

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ERKEN PSİKOTİK BOZUKLUKTA SOSYAL BİLİŞ, BİLGİ
İŞLEME STİLİ VE EŞİK ALTI OTİSTİK ÖZELLİKLER**

Merve Sümeyye GÜRBÜZ
ORCID: 0000-0002-5017-3941

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI
Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
HAZİRAN 2022

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2019970094

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ERKEN PSİKOTİK BOZUKLUKTA SOSYAL BİLİŞ, BİLGİ
İŞLEME STİLİ VE EŞİK ALTI OTİSTİK ÖZELLİKLER**

Merve Sümeyye GÜRBÜZ
ORCID: 0000-0002-5017-3941

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI
Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İbrahim Emre BORA
ORCID: 0000-0002-1598-6832

İZMİR
HAZİRAN 2022

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili Ve Eşik Altı Otistik Özellikler” başlıklı Yüksek Lisans tezim için elde ettiğim verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Merve Sümeyye Gürbüz

Tarih:

TEŞEKKÜR

Bu sürece başlamama fırsat tanıyan, bilgi ve deneyimlerini her an benimle paylaşan, akademik hayatımda benim için çok önemli bir kapıyı aralayan sayın danışman hocam Prof. Dr. İbrahim Emre Bora'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans sürecinin ilk gününden itibaren her koşulda yanımda olan, bilgilerini ve desteklerini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum canım arkadaşlarıma Psk. Merve Ekin, Psk. Muhammed Demir, Psk. Ezgi Cesim'e ve hayatımın her anında benden desteğini, sevgisini, yardımını esirgemeyen Bilal Ogün Eyüboğlu'na hayatıma kattıkları anlam için ne kadar teşekkür etsem azdır.

Tez çalışmasına katılmayı kabul eden, çalışma için vakit ayıran ve sabırla testlere katılan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Hedeflerime ulaşmamda en büyük desteği veren, bu günlere gelebilmemi sağlayan, tereddüt etmeden her zaman yanımda olan, koşulsuz seven ve desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen canım annem Nilgün Gürbüz ve canım kardeşlerime çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.



Canım aileme...

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
KISALTMALAR	xiv
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	2
1.3.Araştırmanın Hipotezleri.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Şizofreni	3
2.1.1 İlk Atak Psikoz ve Yüksek Risk Psikoz	3
2.2.Otizm.....	4
2.2.1 Eşik Altı Otistik Bulgular	5
2.3.Sosyal Biliş	5
2.3.1. Sosyal Bilişin Alt Grupları	5
2.3.2. Şizofrenide Sosyal Biliş.....	7
2.3.3. Otizmde Sosyal Biliş	12
2.4.Bilgi İşleme Stili	13
2.4.1 Karar Verme	13
2.4.2 Global Lokal İşleme	15

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
3.1.Araştırmanın Tipi	20
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları	20
3.4.Çalışma Materyali	22
3.5.Araştırmanın Değişkenleri	22
3.5.1 Bağımlı Değişkenler	22
3.5.1 Bağımsız Değişkenler	22
3.6.Veri Toplama Araçları	22
3.6.1 Klinik Değerlendirme	22
3.6.2 Sosyal Biliş Bataryası	24
3.6.3 Bilgi İşleme Stili	27
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	29
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.10. Etik Kurul Onayı	30
4. BULGULAR.....	31
4.1.Klinik ve Demografik Özellikler	31
4.2.Sosyal Bilişsel İşlevler	32
4.3.Bilgi İşleme Stili	39
4.3.1 Karar Verme	39
4.3.2 Global Lokal İşleme	40
4.4.Otizm Anketi.....	41

4.5.Sosyal Bilişsel İşlevler, Bilgi İşleme Stili ile Klinik Bulguların Korelasyonu	42
4.6.Sosyal Bilişsel İşlevler, Bilgi İşleme Stili ile Otizm Anketinin Korelasyonu	44
5. TARTIŞMA.....	47
5.1.Sosyal Bilişsel İşlevler	47
5.2.Bilgi İşleme Stili	52
5.3.Otistik Bulgular ile Korelasyon	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKÇA.....	58
8. EKLER	74
8.1.EK 1. Olgu Rapor Formu	74
8.2.EK 2. Otizm Anketi	85
8.3.EK 3. Ergen Otizm Anketi	90
8.4.EK 4. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	93
8.5.EK 5. Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği	94
8.6.EK 6. Sosyal Biliş Bataryası	95
8.7.EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları.....	120
8.8.EK 8. Etik Kurul Belgesi	126
8.9.EK 9. Özgeçmiş	127

ERKEN PSİKOTİK BOZUKLUKTA SOSYAL BİLİŞ, BİLGİ İŞLEME STİLİ VE EŞİK ALTI OTİSTİK ÖZELLİKLER

Yüksek Lisans Tezi

Merve Sümeyye Gürbüz

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sinirbilim Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; ilk atak psikoz, yüksek risk psikoz grupları ile sağlıklı kontrollerde sosyal bilişin beş alt boyutunu, bilgi işleme stilini incelemek ve bu gruplarda eşik altı otistik bulguları değerlendirmektir.

Dokuz Eylül Üniversitesinde gerçekleştirilen araştırmanın örneklemini 42 ilk atak psikoz (İAP), 50 yüksek risk psikoz (YRP) ve 34 sağlıklı kontrol (SK) ile toplam 126 kişi oluşturmaktadır. Duygu tanıma için PETT, Zihin Kuramı için İma testi ve GZOT, Sosyal Algı için SODP ve YİGT, Sosyal Bilgi için DÖTT ve SNA, Atıfsal Yanlılık için İKDAÖ testleri kullanılarak sosyal bilişsel işlevler değerlendirilmiştir. Karar Verme için Boncuk Testi, Global Lokal işleme için ise NAVON ve Küplerle Desen testleri uygulanmıştır. Otistik bulguların değerlendirilmesi için Otizm Anketi kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre İAP ve YRP grupları SK grubuna kıyasla sosyal bilişin her alt alanında, karar verme becerilerinde, global lokal işlemede anlamlı ölçüde bozulmalar göstermiştir. SODP ve SNA için anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Gruplar arası kıyaslamaya gidildiğinde; YRP grubunda İAP grubuna kıyasla anlamlı ölçüde daha fazla hipermentalizasyon ($p=0,009$), İAP grubunda ise YRP grubuna kıyasla daha fazla dışsal durumsal atıf ($p=0,031$) yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Global lokal işlemede İAP ve YRP grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Otistik semptomları olan katılımcıların olmayanlara kıyasla sosyal bilişsel işlevlerde, karar verme becerilerinde ve global lokal işlemede daha kötü performans sergilediği gözlenmiştir.

Sonuç olarak, şizofreni grubunda erken tanıya yardımcı olması ve şizofrenisi olan bireylerde otistik semptomlarının tespiti için bu gruplarda çalışmaların yapılması önem taşımaktadır. İAP ve YRP gruplarında sosyal bilişin beş alt alanına aynı anda çalışan, karar verme becerileri ve global lokal işlelemeyi değerlendiren ve buna ek

olarak otistik bulgulara değinen bilinen bir çalışma olmadığından bulunan anlamlı farklılıklar gelecek çalışmalar için yön gösterici nitelikte olabilmektedir.

Anahtar Sözcükler: bilgi işleme stili, ilk atak, otistik bulgular, sosyal biliş, yüksek risk

Tezin Sayfa Adedi: 143

Danışman: Prof. Dr. İbrahim Emre Bora



**SOCIAL COGNITION, INFORMATION PROCESSING STYLE AND
SUBTHRESHOLD AUTISTIC FEATURES IN EARLY PSYCHOTIC
DISORDERS**

Master Thesis

Merve Sümeyye Gürbüz

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Department of Neuroscience

ABSTRACT

The purpose of this study; to examine the five domains of social cognition and information processing in individuals with first episode psychosis, ultra high-risk for psychosis groups and healthy controls, and to evaluate sub-threshold autistic features in these groups.

The sample of the study performed in Dokuz Eylül University constitutes of 42 first episode psychosis (FEP), 50 ultra high-risk for psychosis (UHR-P) and 34 healthy controls (HC) and a total of 126 people. Social cognitive functions were evaluated using PENN-40 for emotion recognition, Hinting Task and RMET for Theory of Mind, PONS for Social Perception, SFRT and SNQ for Social Knowledge, IPSAQ for Attributional Bias. JTC for Decision Making, NAVON for Global Local Processing and Block Design tests were applied. Autism Questionnaire was used to evaluate autistic findings.

According to the results of the study, FEP and UHR-P showed significant impairments in all five domains of social cognition and information processing style compared to the HC group. When comparing the groups; it was concluded that there was a significant hypermentalization error ($p=0.009$) in the FEP group compared to the UHR-P groups and more external situational attribution ($p=0.031$) in the FEP group compared to the UHR-P group. No significant difference was observed between the FEP and UHR-P groups in global local processing. It was observed that participants with autistic symptoms performed worse in social cognitive functions, decision-making skills, and global local processing compared to those without autistic symptoms.

In conclusion, it is important to apply studies in these groups in order to help early onset of schizophrenia and to detect autistic symptoms in individuals with schizophrenia. Since there is no known study that works on five domains of social

cognition at the same time, evaluates decision-making skills and global local processing, and also addresses autistic findings in FEP and UHR-P groups, significant differences can be a guide for future studies.

Keywords: first episode, information processing style, autistic features, social cognition, ultra high risk

Page number: 143

Advisor: Prof. Dr. İbrahim Emre BORA



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Kaybedilen Katılımcı Sayıları ve Nedenleri.....	21
Tablo 2. Araştırma Planı.....	29
Tablo 3. Klinik ve Demografik Özellikler.....	31
Tablo 4. Sosyal Biliş, Duygu Tanıma.....	32
Tablo 5. Sosyal Biliş, Zihin Kuramı.....	34
Tablo 6. Sosyal Biliş, Sosyal Algı.....	35
Tablo 7. Sosyal Biliş, Sosyal Bilgi.....	37
Tablo 8. Sosyal Biliş, Atıfsal Yanlılık.....	38
Tablo 9. Karar Verme, Sonuca Atlama Yanlılığı.....	39
Tablo 10. Global Lokal İşleme.....	40
Tablo 11. Otizm Anketi.....	41
Tablo 12. Klinik Bulguların Korelasyonu.....	43
Tablo 13. Otizm Anketinin Korelasyonu.....	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Akış Şeması.....	28
---------------------------	----



KISALTMALAR

DEÜ – Dokuz Eylül Üniversitesi

DÖTT – Durumsal Özellikleri Tanıma Testi (SFRT)

EAPB – Eşik Altı Psikotik Bulgular

EOA – Ergen Otizm Anketi

GZOT –Gözlerden Zihin Okuma Testi (RMET)

İAP – İlk Atak Psikoz (FEP)

İKDAÖ – İçsel, Kişisel, Durumsal Atıflar Ölçeği (IPSAQ)

KNBÖ – Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (BNSS)

OA – Otizm Anketi

PBDÖ – Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

PETT – Penn Emosyon Tanıma Testi

PFDÖ – Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu

SAY – Sonuca Atlama Yanlılığı

Scan Lab – Sosyal Afektif Nörobilim Laboratuvarı, Social Affective Neuroscience Lab

SK – Sağlıklı Kontrol

SNA – Sosyal Norm Anketi (SNQ)

SODP – Sözel Olmayan Durumlar Profili (PONS)

YİGT – Yüz İfadesinin Güvenirliği Testi (Trustworthiness Task)

YRP – Yüksek Risk Psikoz (UHR-P)

ZK – Zihin Kuramı (ToM)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günlük hayatta insanların amaçlarını, düşüncelerini, duygularını çıkarsamak ve onları anlamlandırmak sosyal etkileşimler açısından oldukça önemlidir. Sosyal bilişsel işlevler dediğimiz bu yetiler şizofreni grubunda sıklıkla çalışılan bir konudur (1). Bu bozukluklar psikozun başlangıcından önce görülebileceğini öne süren metaanaliz çalışmaları (2) olduğu gibi sosyal bilişsel bozulmaların psikoz geliştirmede bir belirteç olamayacağı sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (3).

Şizofreni ve otizm spektrum bozukluğu (OSB), semptomlarının ortaya çıkma dönemleri açısından farklılık gösterdiği ve kendine özgü ve ayırt edici özelliklere sahip olduklarından ayrı kategoriler altında sınıflanmaktadırlar (4). Bununla birlikte, otistik özellikler Eugen Bleuler tarafından şizofreninin bir belirtisi olarak tanımlanmıştır (5). Son yıllarda yapılan çalışmalarda iki spektrum arasındaki ayrımlara yönelmeler görülmektedir (6).

Sosyal bilişsel bozulmalar hem şizofreni hem OSB için önemli bir semptomdur (7–9) ve bu bozulmaların şiddeti benzer düzeydedir (7,10). Bununla birlikte şizofreni tanısı alan bireylerde OSB semptomlarının görülmesi sık rastlanan bir durumdur (11–13). Otistik bulguların şiddetinin artması daha kötü sosyal bilişsel performansa işaret etmektedir (14,15). Ancak otizm semptomlarının şizofreni grubundaki etkisi hala tartışmalı durumdadır. Vaskinn ve Abu-Akel (16) otistik bulguların ve pozitif semptomların şiddetinin zihin kuramı becerilerinde olumlu etkiye sebep olduğunu ileri sürmektedir.

Şizofreni grubunda otistik bulgular çalışıyor olsa da risk gruplarında ve ilk atak grubunda sosyal bilişin her alanının değerlendirildiği ve yine benzer şekilde ilk atak psikoz ve yüksek risk psikoz grubunda sosyal bilişin beş alanının aynı anda değerlendirildiği ve karar verme ile global lokal işlemlemeye bakıldığı bilinen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma, şizofreni bozukluğuna sahip ilk atak psikoz ve

yüksek risk psikoz gruplarında sosyal bilişsel işlevlerin beş alt alanı, karar verme becerileri, global lokal işleme ile bu gruplarda otistik bulguların şiddetinin bu becerilere etkisinin incelenmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

1.2. Çalışmanın amacı

Sosyal bilişin beş alt alanının aynı anda çalışıldığı çalışma çok sınırlı sayıdadır. Buna ek olarak otistik bulguları olan şizofreni hastalarında bu beş boyutun aynı anda çalışıldığı çalışma bulunmamaktadır. Bu sebeple bu çalışmanın amaçları; sosyal bilişin beş boyutunun şizofreni erken evrelerinde ne kadar bozulduğunu göstermek, global/lokal işlemlenin şizofreni erken evrelerinde nasıl etkilendiğini göstermek, karar vermenin şizofreni erken evrelerinde ne kadar bozulduğunu göstermek ve bu sosyal bilişsel bozukluklara, global/lokal işleme bozukluğuna ve karar verme bozukluklarına otistik bulguların ne kadar eşlik ettiğini ayrı ayrı çalışmaktır.

1.3. Çalışmanın hipotezleri:

- i.** Şizofreni hasta grubu ve şizofreni yüksek risk grubunda sosyal bilişin alt alanlarında bozulmalar vardır ve bu bozulmalar kontrol grubuna kıyasla görece yüksektir.
- ii.** Şizofreni hasta grubu ve şizofreni yüksek risk grubunda global/lokal işlemlerde bozulmalar vardır ve bu bozulmalar kontrol grubuna kıyasla görece yüksektir.
- iii.** Şizofreni hasta grubu ve şizofreni yüksek risk grubunda karar verme sürecinde bozulmalar vardır ve bu bozulmalar kontrol grubuna kıyasla görece yüksektir.
- iv.** Sosyal bilişin, global/lokal işlemlenin ve karar vermenin bozuk olduğu şizofreni hasta grubu ve şizofreni yüksek risk grubunda otistik belirtiler gözlenir ve bu belirtiler kontrol grubuna kıyasla görece yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni; ruhsal, motor, bilişsel, nörolojik alanlarda bozulmaların gözlemlendiği ve etiyolojisi üzerine çalışmaların sürdüğü gen-çevre etkileşimli bir bozukluktur. Şizofreni tanısının konabilmesi için; sanrı, varsanı veya dezorganize konuşma belirtilerinden biri mutlaka gözlenmeli ve bunlara ek olarak dezorganize davranış, katatoni veya negatif belirtilerden biri eşlik etmelidir. Aynı zamanda bireyin işlevselliğinde ve öz bakımında azalma görülmelidir. Bu bulgular en az altı ay sürmeli ve bu altı aylık sürecin en az bir ayını açık evre (sanrı, varsanı ve dezorganize konuşmanın gözlemlendiği dönem), açık evre belirtilerinin gözlenmediği prodromal evre ve artakalan evre oluşturmaktadır (4).

Şizofreni gibi psikotik bozuklukların ortaya çıkması gen-çevre etkileşimi ile açıklanmaktadır. Çevresel faktörler arasında doğum öncesi etkilere ebeveynlerin yaşı, hipoksi (oksijen yetmezliği), beslenme eksikliği, annenin enfeksiyon kapması ve annenin stresi sayılabilecekken çocukluk ve yetişkinlik dönemi etkilerine yetiştirilen çevre, kronik stres, kentsel çevre, göç, kanabis ve diğer ilaçların kötüye kullanımı sayılabilmektedir (17).

2.1.1. İlk Atak Psikoz ve Yüksek Risk Psikoz Nedir?

İlk Atak Psikoz

Bu çalışma için ilk atak psikoz olarak değerlendirilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

- Son 18 ay içerisinde şizofreni, şizoafektif, şizofreniform ilk atağını yaşamış olmak

- Klinik olarak stabil olmak

Yüksek Risk Psikoz

Psikoz risk semptomları üç temel başlık altında değerlendirilmektedir. Üç kriterden birinin karşılanması yüksek risk varlığına işaret etmektedir (18).

A.Kısa Aralıklı Psikotik Sendromlar (Brief Intermittent Psychotic Syndrome – BIPS)

Temelde son zamanlarda çok kısa süre ile görülen psikotik sendromlardır. Bu kriterin karşılanabilmesi için şiddet değerlendirme açısından SOPS puanının altı olması ve en az son bir ayda birkaç dakika sıklık açısından belirtilerin görülmüş olması gerekmektedir.

B.Zayıflatılmış Pozitif Semptomlar (Attenuated Positive Symptom – APS)

Zayıflamış psikotik semptomların şiddeti ve sıklığı önem taşımaktadır. Kriterin karşılanabilmesi için şiddet değerlendirmesi SOPS pozitif semptomlardan en az birinin orta, orta düzeyde ciddi veya psikoz olmayan ama ciddi seviyede (moderate, moderately severe, severe but not psychotic) oranlarından birini karşılaması gerekmektedir. Ayrıca son bir ayda haftada en az bir kere yoğun olarak belirtilerin görülmesi beklenmektedir.

C.Genetik Risk ve Bozulma Sendromları (Genetic Risk and Deterioration Syndrome – GRDS)

Genetik risk kriterinin karşılanabilmesi için hastanın afektif veya afektif olmayan psikotik bir bozukluğa sahip birinci dereceden bir akrabasının olması veya kişinin Şizotipal Kişilik Bozukluğu (DSM -5'e göre) kriterlerini karşılaması gerekmektedir. Ayrıca psikososyal işlevsellikte ciddi düşüş beklenmektedir.

2.2. Otizm

Şizofreni semptomları genellikle 20li yaşlarda kendini göstermektedir. Ancak otizm semptomları yaşam boyu sürmektedir ve çok erken dönemde fark

edilebilmektedir. Şizofreni bozukluğunun tanımlandığı ilk yıllarda otizm spektrum bozukluğu ayrı bir tanı olarak ayrılmadan önce otistik bulgular şizofreninin belirtileri olarak sayılmıştır (5). Farklarının yanı sıra şizofreni bozukluğu ve OSB arasında şizofreni ve OSB bazı benzer semptomlar göstermektedir. Bir meta analiz çalışmasına göre şizofreni hastalarında kontrol grubuna kıyasla daha fazla otistik sendrom görülmektedir (13).

2.2.1. Eşik Altı Otistik Bulgular

Şizofreni hastalarında OSB semptomlarını belirlemede sıklıkla Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ, Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) testi kullanılmaktadır. Bu testin alt ölçeği olan Otizm Şiddeti Skoru (POŞS, Autism Severity Score, PAUSS) testi diğer tanı araçlarıyla tanıyı ayırt edicilik açısından güçlü bir ilişkiye sahip bulunmuş (19) ve buna ek olarak şizofreni grubunda otizm semptomlarını belirlemede yüksek duyarlılığa sahiptir (20). POŞS testine ek olarak otizm semptomlarını ölçmede Baron-Cohen ve arkadaşlarının (21) geliştirdiği Otizm Anketi de sıklıkla kullanılmaktadır (OA, Autism Questionnaire, AQ). Bu ölçek ile sosyal beceri, dikkat kaydırma, ayrıntıya dikkat, iletişim, hayal gücü skorları elde edilmektedir.

2.3. Sosyal Biliş

2.3.1. Sosyal Bilişin Alt Grupları

Sosyal biliş, kişilerin sosyal yargıları ve davranışları altında yatan zihinsel temsillerini ve zihinsel süreçlerini anlama yetisidir (22). Şizofrenide sıklıkla çalışılan sosyal biliş; duygu tanıma, zihin kuramı, sosyal algı, sosyal bilgi ve atıfsal yanlılık olarak beş alt gruba ayrılmaktadır (1). Sosyal bilişsel bozukluklar, psikozun başlangıcından önce de gözlenmektedir ve bunlar şizofreninin bir belirteci olabilmektedir ve nörobilişsel bozukluklardan daha belirgindir diyen meta analiz çalışması olduğu gibi (2) sosyal bilişsel bozuklukların psikoz geliştirmede belirteç olmayacağını öne süren meta analiz çalışması da bulunmaktadır (3).

Duygu Tanıma

Yüz ifadesi, ses tonu veya her ikisi birden kullanılarak karşıdakinin duygularının yorumlanması ve kullanılmasıdır. Genellikle görsellerdeki yüz ifadesinin değerlendirilmesi ile şizofrenilerde ölçülür ve şizofreninin her evresinde duygu tanıma bozulmuştur (23). Duygular sözel ölçü ile de algılanabilir (24).

Zihin Kuramı (ZK)

Kişilerin konuşmalarını, eylemlerini onların niyetleri, bilgileri ve inançları yönünden yorumlama becerisidir ve yanlış inançları, ipuçlarını, amaçları, mizahı, metaforu, gafı, ironiyi ve hileyi anlamayı içermektedir (1). Kişinin hem diğerlerinin mental durumunun kendininkinden farklı olduğunu anlaması hem de bu bilgi üzerinden yorum ve çıkarımlar yapmasıdır (25). Yapılan meta-analiz çalışmalarında akut dönem şizofrenide zihin kuramında bozulmanın en fazla olduğu ve iyileşme döneminde de devam ettiği gözlenmiştir (26,27).

Sosyal Algı

Kişinin sosyal roller, sosyal kurallar ve sosyal bağlamı algılama yetisidir ve ilişki algılamayı da içermektedir (1). Sosyal algının duygu algılamadan farkı yargılama gerektirmesidir. Sosyal algı görevlerinde durumsal veya kişilerarası olaylardan sonuç çıkarılması istenirken duygu tanıma görevlerinde ses tonundan duygu tanıma gibi sosyal ipuçlarını içerir (28).

Sosyal Bilgi

Sosyal durum ve etkileşimleri belirleyen sosyal rollerin, kuralların, amaçların farkındalığını içermektedir. Kişinin, belli koşullarda ondan beklenen davranışı bilmesidir. Sosyal bilgi şizofreni alanında çok çalışılmış bir konu değildir ve bir sosyal durumda neler olduğu ve kişinin o duruma nasıl tepki vereceği bilgisinin sınanması ile değerlendirilmektedir (1).

Atıfsal Yanlılık

Bir kişinin pozitif ve negatif olayların sebepleri hakkında içsel (kendisine), dışsal (başkasına) veya durumsal faktörleri hakkında çıkarım yapmasıdır. Atıfsal yanlılık, kendine hizmet eden yanlılık ve kişiselleştirme yanlılığı olarak ayrılmaktadır. Kendine hizmet eden yanlılıkta kişi, olumlu sonuçları kendi eylemlerine atfederken olumsuz sonuçları başkalarının eylemlerine atfetmektedir. Kişiselleştirme yanlılığında ise olumsuz sonuçlar eylemlere değil kişilere atfedilmektedir (29). Şizofrenisi olan bireylerde düşmanca atıflar yaygın olarak görülmektedir (1).

2.3.2. Şizofrenide Sosyal Biliş

Duygu Tanıma

Şizofrenide en çok çalışılan alt boyutlardan biridir. Yalnızca şizofreni hastalarında değil hem risk grubunda hem de şizofreni tanımlı bireylerin birinci derece akrabalarında da duygu tanımanın bozulduğunu gösteren çalışmalar vardır (30). Bir diğer çalışmada ise Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) ve Wisconsin Kart Eşleme Testinde (WKET) şizofreni hastalarının sağlıklı annelerinin puanları, sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuştur (31). Şizofrenide duygu tanıma bozuklukları öncelikle üzüntü, korku ve öfke gibi negatif emosyonlarda kendini göstermektedir (32). Gong ve arkadaşları (33) yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında üzüntü, öfke ve iğrenme duygularını tanıma bozukluğunun şizofrenide negatif bulgularla ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Kontrol grubuna kıyasla paranoid şizofrenisi olan bireylerin şaşkınlık, küçümseme, üzüntü, iğrenme ve nötr yüzleri tanıma daha düşük performans sergilediği gözlenmiştir. Buna ek olarak perseküsyon sanrılarının nötr yüzleri tanıma ile negatif korelasyona sahip olduğunu gösterilmiştir (34). Yapılan birçok çalışma, şizofrenide mutlu yüzlerin hatırlanmasında “avantaj etkisi” olarak tanımlanan, mutlu yüzleri hatırlamada daha kısa tepki süresi ve daha yüksek tutarlılık gözlemlenmiştir (35–38). Şizofreni hastalarının olumsuz duyguları tanıma bazı güçlükler yaşadığını ancak olumlu duyguları tanıma sağlıklı kontrollerle benzer performans sergilediklerini göstermişlerdir. Kuzey Afrikalı Xhosa

halkıyla çalışan (39) şizofreni hastalarının olumsuz emosyonları tanımada, özellikle yüksek yoğunluktaki, sağlıklı kontrollere kıyasla önemli ölçüde kötü performans sergilediklerini ve buna ek olarak nötr yüzleri tanımada da birçok hata yaptıklarını gözlemlemiştir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında, şizofrenisi olan bireylerin korku ve öfke gibi negatif emosyonlarda sağlıklı kontrollere kıyasla daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (40). Şizofrenisi olan bireyler, kızgın yüzleri iğrenme veya korku olarak yorumlama ve iğrenme ifadelerini üzüntü olarak yanlış yorumlama hataları göstermektedir (41,42). Genel olarak literatürde şizofrenisi olan bireylerin nötr yüzlerde ve öfke emosyonunu tanımada güçlük olduğu bilgisi yer alsa da buna ters düşen sonuçlar da bulgulanmıştır (43). Romero-Ferrero ve arkadaşları (44) şizofrenide korku emosyonunu tanımada güçlük olduğunu bulmuştur. Allott ve arkadaşları ise (45) bu korku emosyonunu tanımadaki güçlüğü şizofreninin genetik bir özelliği olabileceğini ileri sürmüştür. İlk atak psikoz ve sağlıklı kontroller arasında nötr yüz ve öfke emosyonunu tanıma konusunda anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir (46). Ancak Barkl ve arkadaşları (47), meta analiz çalışmasında ilk atak psikoz ve sağlıklı kontroller arasında öfke emosyonu için anlamlı bir fark gözlemlememiştir. Schneider ve arkadaşları (48) şizofrenisi olan bireylerin mutlu ve üzgün yüzleri ayırt edemediğini ve hedef duyguyu üzgün olarak tanımladıklarını gözlemlemiştir ve ayrıca bu katılımcılar sağlıklı kontrollere kıyasla mutlu emosyonunu tanımada güçlükler sergilemişlerdir. Yıldırım ve arkadaşları (49) ve Hargreaves ve arkadaşları (50) da bu çalışma ile aynı doğrultuda bulgulara erişmişlerdir.

Zihin Kuramı

Zihin kuramı kavramı ilk kez şempanzelerle yapılan bir araştırmada kullanılmıştır ve başkalarının davranışlarını mental durumlarına dayanarak açıklama yeteneği olarak tanımlanmıştır (51). Zihin kuramı ile ilişkili nöral mekanizmalarda yapısal veya fonksiyonel bozukluklar şizofreniyi de içine alan bazı psikopatolojilere sebep olur (52,53). Langdon ve Coltheart (54) ise zihin kuramı kavramı yerine mentalizasyon kavramını kullanmışlardır ve yetersiz mentalizasyon becerisinin psikotik semptomları açıklamada önemli bir role sahip olduğunu vurgulamışlardır.

Jahshan ve arkadaşları (55) yüksek şizotipal bozukluğun düşük şizotipal bozukluktan zihin kuramı açısından farklılık göstermediği sonucuna ulaşmışlardır. Ancak literatürde bu görüşe karşı erken başlangıçlı şizofrenide, remisyon döneminde ve şizotipide yetersiz ZK olduğu bilgisi de yer almaktadır (56). Şizofrenide perseküsyon sanrıları ile zayıf ZK becerisi arasında ilişki vardır (57). Şizofrenide ZK becerisinin bozulduğunu öne süren birçok çalışma bulunmaktadır (26,56,58–61).

ZK becerisi çocuklukta kazanılır ve hastalar şizofreni başlangıcına kadar kendi mentalizasyon becerilerini geliştirirler. Bu durumda hastalar, bu becerileri bozulmuş olsa da başkalarının zihin durumunu çıkarsamaya ve bazı çıkarımlar yapmaya devam ederler. Bunun da ötesinde bu çıkarımlarının yanlış olduğunun farkında bile olmayabilirler. Frith'e göre; şizofreni mental durumu temsil bozukluğu olarak yorumlanabilir. Bu modele göre şizofrenide psikotik semptomlar, mentalizasyon eksikliği ile açıklanır. Şizofrenide başlangıçta mentalizasyon becerisi normaldir ve hastalık geliştikçe bu beceri hasarlanmaktadır. Remisyon döneminde ise normal kontrollerle kıyaslandığında ZK becerisi daha az bozulmuş yapıdadır, yani durumsaldır (52). Frith ve arkadaşları ZK eksikliğinin durumsal olduğu görüşünü destekleyen çalışmalar yapmışlardır (62–64). Hardy-Baylé ise ZK eksikliğini psikotik semptomlar yerine dezorganize düşünceler ve dezorganize konuşmaya bağlar (64). ZK eksikliğinin yalnızca akut dönemde değil, remisyon da devam ettiğini ileri süren, durumsal yerine karakteristik olarak değerlendiren çalışmalar da vardır. (61,65). Bu konuda yapılan meta-analiz çalışmalarında ZK becerisinde bozulmanın en fazla akut dönemde olduğu ve remisyon döneminde de devam ettiği gösterilmiştir (26,60).

ZK becerisinin getirilerinden olan imayı anlamayı çalışan araştırmalarda, şizofrenisi olan bireylerin imayı anlamada başarısız olduğu sonucuna ulaşılmıştır (56,62,65). Janssen ve arkadaşları (65) çalışmalarında ayrıca; kontrollerle kıyaslandığında şizofreni remisyon grubunun ima testinde hata yapma riskini en yüksek, şizofreni akrabalarının hata yapma riskini ise orta seviyede bulmuşlardır. Herold ve arkadaşları (61) ise şizofreni hastalarının metafor, ironi, birince ve ikinci derece yanlış inanç testlerinden yalnızca ironide belirgin bozukluk gösterdiğini

bulmuşlardır. Şizofrenisi olan bireylerde düşmanca atıflar yaygın olarak görülmektedir (1). Kronik şizofrenisi olan bireylerin ima testinde sağlıklı kontrollerle olan performans farkı, ilk atak psikoz grubunun sağlıklı kontrollerle olan performans farkından daha fazla bulunmuştur (66). Aynı çalışmada GZOT'ta şizofreni grubunun kontrole kıyasla daha düşük sonuçlar aldığı gözlenmiştir ancak bu testte kronik şizofreni ve ilk atak psikoz grubunun performans açısından birbirinden anlamlı ölçüde farklı sonuçlar göstermediği bulunmuştur. Bohec ve arkadaşları (67) yapmış oldukları derleme çalışmasında, zihin kuramında iyi performans sergilemenin hipermentalizasyon ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi bu durumun zihinsel durumları hatalı yorumlamakla ilişkili olduğunu düşünen çalışmaların da bulunduğunu belirtmişlerdir. Yüksek risk psikoz grubunun GZOT'ta kontrol grubuna kıyasla daha kötü performans, şizofreni grubuna kıyasla daha iyi performans sergilediği gözlemlenmiştir. Buna ek olarak yüksek risk grubu ve şizofreni grubunun, pozitif ve nötr ifadelerde kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde düşük performans sergilediği bulgulanmıştır (68).

Şizofrenide ZK eksikliği ve negatif semptomlar arasında büyük ilişki vardır ve yapılan çalışmalar negatif bulgularda ZK eksikliğinin daha çok görüldüğünü destekler niteliktedir (59,62,69–73). Asosyal davranış ve küntleşmiş duygulanımın negatif belirtiler gösteren şizofreni hastalarında gözlenmesi ZK veya sosyal çıkarsama eksikliğinin göstergesidir. Bu kişilerin otizmlili kişilerle çok benzer davranışlar sergiledikleri iddia edilmektedir (62). Kronik negatif belirtileri olan özellikle erkek şizofrenlerde sıklıkla çocukluk çağı sosyal yetersizlik görülmektedir(74). Otizmlili çocuklar sıklıkla düşünceleri anlamada, diğer insanların niyetlerini çıkarsamada sorunlar yaşamaktadırlar (75). Baron ve Cohen (75) otizmlili çocuklarda ZK becerisini ilk kez incelemişlerdir ve otizmlili çocuklarda ZK becerisi olmadığını sonucuna ulaşmışlardır. Şizofreni ve otizmin en temel benzerliği otizmde belirgin ve şiddetli iletişim ve sosyal etkileşim hataları ve şizofrenide negatif belirtilerdir (76). Yanlış inanç testlerini geçen yüksek fonksiyonlu otizmlili (YFO) çocuklarda bile sosyal içgörüyü ölçen testlerde yetersiz performans görülmektedir (77,78). YFO ve Asperger

sendromlu çocukların GZOT performansı normal kontroller ve Tourette sendromlu çocuklardan düşüktür (21). GZOT sosyal zekadaki hafif, kolay algılanamayan bozuklukları tespit etmede faydalı bir testtir (21). Daha genç otizmlı çocuklarda da zihin okumanın bozulduğu bilinmektedir (79). Pilowsky ve arkadaşları (80) şizofrenisi olan çocuklarda ve otizmlı çocuklarda yaptıkları çalışmada dört zihin kuramı testinden üçünde bu iki grup arasında fark gözlemlenmemiştir.

Sosyal Algı

Şizofrenisi olan bireyler, sözel olmayan ipuçlarından yüz ifadeleri (38) ve el, vücut hareketlerini (81,82) anlamlandırmada güçlükler yaşamaktadır. Şizofrenisi olan kişiler kontrol grubuna kıyasla sosyal algıyı ölçen SODP testinde anlamlı ölçüde düşük performans sergilemektedir (81). Paranoid şizofreniye sahip bireylerin bilişsel bozulmalarının paranoid şizofrenisi olmayan bireylerden daha düşük ölçüde olduğunu gösteren çalışmalar vardır (83). Zalewski ve arkadaşları (84) ise 32 çalışmayı incelemiş ve bu iki grup arasında bulunan bilişsel bozulmaların tutarlı olmadığını sonucuna ulaşmışlardır. Toomey ve arkadaşları (85), şizofrenisi olan bireylerin birinci derece akrabalarında SODP performansı ve sürekli dikkat arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Klinik yüksek risk grubunda da sosyal algının bozulduğu gözlenmektedir (2). Sosyal algıda bozulma ile pozitif semptomlar (81) ve negatif semptomlar (86) arasında ilişki bulan çalışmalar olduğu gibi bu ilişkiyi gözlemlenmeyen çalışmalar (82,87) da bulunmaktadır. Zihin kuramı ve sosyal algı kıyaslandığında, yalnızca zihin kuramı bozukluğu sonradan psikoz geliştirmeyi öngörebilmektedir (88). Bu bulguya göre, atıfsal yanlılık klinik yüksek risk grubunda en çok bozulan sosyal bilişsel performans olsa da zihin kuramının asıl belirteç olduğu sonucuna erişilmektedir (2).

Sosyal Bilgi

Sosyal bilgi becerileri, diğer sosyal bilişsel becerilere kıyasla daha az çalışılmıştır ve daha az bozulma göstermektedir (24). Yapılan çalışmalarda genellikle farklı sosyal bilgi testleri uygulanmıştır. Kronik şizofreni (89,90) ve klinik yüksek risk

grubunda (89) sosyal bilgi becerilerinde kontrol grubuna kıyasla bozulmalar görülmektedir.

Atıfsal Yanlılık

Lee ve arkadaşları (2) yapmış olduğu meta analiz çalışmasında klinik yüksek risk grubunda tüm sosyal biliş bileşenlerinde sağlıklı gruba kıyasla bozulmalar olduğunu ve bozulmanın en çok atıfsal yanlılıkta gözlemlendiği sonucuna ulaşmıştır. Sonradan psikoz geliştiren grup, psikoz geliştirmeyen klinik risk grubundan daha fazla zihin kuramı bozukluğu gösterse de psikoz geliştirmeyen klinik risk grubunda, psikoz geliştiren klinik risk grubuna kıyasla daha fazla dışsal kişisel atıf görüldüğü gözlemlenmiştir. Benzer şekil DeVyllder ve arkadaşları (91) da klinik grupta ve sağlıklı kontrollerde olumsuz olaylarda dışsal kişisel atıf yaygındır ve bu durum semptomlardan bağımsızdır. An ve arkadaşları (92) da ilk atak psikoz grubunda perseküsyon sanrıları ile düşmanca algılama yanlılığı arasında ve yüksek risk grubunda düşmanca algılama ve başkalarını suçlama ile paranoid semptomlar arasında ilişki gözlemlenmiştir. Şizofrenisi olan bireylerle sağlıklı kontroller arasında atıfsal yanlılık bozukluğu için anlamlı fark gözlemlenmeyen çalışmalar da mevcuttur (24). Lee ve arkadaşları (2), klinik risk grubunda yüksek atıfsal yanlılık bozukluğu bulunmasının bu grubun daha çok heterojen olmasından kaynaklı olabileceği veya gerçekten psikoz için riske sahip olmadıkları sonucuna ulaşmıştır.

2.3.3. Otizmde Sosyal Biliş

Yapılan meta-analiz çalışmalarında otizmde şizofreni prevelansı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (93,94). Crescenzo ve arkadaşlarının (13) yapmış olduğu şizofrenide otistik semptomları inceleyen meta-analiz çalışmasında; şizofrenisi olan kişilerde kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek oranda otistik semptomlar bulunduğu ancak bu semptomların otizmlili kişilerde görülen otistik semptomlardan daha az oranda olduğu gösterilmiştir ve otistik semptomlar şizofrenide yüksek prevelans gösterebilir sonucuna ulaşılmıştır. Kincaid ve arkadaşlarının (95) yaptığı meta-analiz çalışması da psikotik kişilik özelliği

gösteren kişilerde ve psikotik bozukluğu olan kişilerde otizm prevalansını yüksek bularak bu bulguyu desteklemişlerdir.

2.4. Bilgi İşleme Stili

2.4.1. Karar Verme

Şizofrenide, halüsinasyon ve delüzyon gibi pozitif bulgular karar verme becerinde Sonuca Atlama ve Algıya Atlama gibi bozulmalara sebep olmaktadır (96). Sonuca atlama; delüzyon bulguları olan şizofrenide elde bulunan yetersiz bağlamsal bilgiye dayanarak düşünmeden, aceleci, tamamıyla ikna olmuş bir şekilde karar vermek ve kararını değiştirmeye çok açık olmak olarak tanımlanmaktadır (97). Sonuca Atlama yanlılığının delüzyona özgü olduğunu söyleyen çalışmalar (96–98) olduğu gibi genel olarak şizofreni ile ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalar (99) da bulunmaktadır. Peters ve arkadaşlarının (100) şizofreni tanısının bulunup bulunmadığına bakmaksızın yalnızca delüzyon varlığını incelediği çalışmada, delüzyonu bulunan kişilerde delüzyonu bulunmayan kişilerden daha fazla Sonuca Atlama hataları olduğunu bulgulamıştır. Fine ve arkadaşları (101) ise Sonuca Atlama yanlılığının delüzyonu olan bireylerde gözlemlendiğini ancak bunun şizofreninin ikincil bir semptomu olmadığını ileri sürmüştür. Algıya Atlama yanlılığı ise daha çok halüsinasyon ile ilişkili bulunmuştur (96,102).

Boncuk Testi'nde iki farklı yöntem kullanılmaktadır. Karar İçin Çekme (Draws to Decision) yönteminde kişiler boncuğun hangi kavanoza ait olduğunu tahmin etmek için ihtiyaç duydukları kadar boncuk talep etmektedirler. Karar için çekme yönteminde delüzyonu olan hastalar kontrol grubuna göre tahminde bulunmak için daha az boncuk talep etmektedir (101). Serrano-Guerrero ve arkadaşlarının (103) affektif olmayan psikoz, özellikle şizofreni, grubu üzerinde yaptığı çalışmada; klinik grup, birinci veya ikinci çekişte son kararını verirken kontrol grubu karar vermek için daha çok boncuğa ihtiyaç duymaktadır. Moritz ve arkadaşları ise (104) beklenenin aksine şizofreni grubunda artan Karar İçin Çekme, yani azalan bir Sonuca Atlama gözlemlemiştir.

Şizofreni grubunun son kararları verirken kendine daha az güvendiği ve bunun özgüven ve pozitif semptomlarla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (104).

Kesinlik İçin Çekme (Draws to Certainty) yönteminde katılımcılar araştırmacının önceden belirlediği sayıda, eşit olarak boncuk görmektedir. Her boncuk çekildiğinde katılımcıların belirli kavanoza ait olma olasılığını tahmin etmeleri istenmektedir (101). Kesinlik için çekme yönteminde delüzyonu olan hastalar kontrol grubuna göre karşıt delil olsa bile hipotezleri reddetme eğiliminde olmaktadır (105). Sonuca Atlama yanlılığını değerlendirmede en güvenilir ölçek Karar İçin Çekmedir (101).

Şizofrenide Karar Verme

Şizofrenide, son deneyimlenen uyaran anormal bir şekilde dikkat çekmektedir ve karar vermede etkili olmaktadır (106). Uyarana atfedilen bu anormal değer sebebiyle hastalar Boncuk Testi'nde delilleri isabetsiz bir şekilde değerlendirmektedir. Bu sebeple karar verme eşiği çok hızlı bir şekilde değişmektedir (106). Şizofreni hastaları kontrol grubuna göre daha düşük karar verme eşiğine sahiptir (104).

Young ve Bentall'a göre (107), delüzyon olan hastalar art arda gelen bilgileri işleme gücünü yaşadığı için Boncuk Testi'nde düşüncesizce kararlar alabilmektedir. Dudley ve Over (108) ise delüzyonu olan hastaların onaylayıcı muhakeme stiline sahip olmasının bunda etkili olduğunu ileri sürmektedir. Bazı çalışmalar Sonuca Atlama yanlılığının bilgi toplamadan kaynaklandığını, olasılık tahmini ve hipotez değerlendirme gibi genel muhakeme becerilerinin eksikliğinden kaynaklanmadığını ileri sürmektedir (100).

Otizimde Karar Verme

Otizimli bireyler belirsiz durumlarda doğru kararı verme güçlü yaşamaktadır (109). Otizmde özellikle zayıf sosyal beceriler, bozulmuş karar verme becerileri ile ilişkilidir (110). Entelektüel olarak karar verme yetisine sahip otizimli bireylerde

kontrol grubuna kıyasla karar vermede güçlükler yaşandığı gözlenmiştir (111). Boncuk Testi ile Sonuca Atlama yanlılığının otizm spektrum bozukluğunda incelendiği ilk çalışmada (112), otizm grubu kontrol grubuna kıyasla karar vermek için daha fazla boncuğa ihtiyaç duyulmuştur. Bunun da ötesinde, otizm semptomlarının derecesi ile talep edilen boncuk arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır (112). Brosnan ve arkadaşlarına (112) göre; otizmi olan bireylerin şizofrenisi olan bireylerin aksine karara varmadan önce daha fazla boncuğa ihtiyaç duyması bu iki hastalığın zıt örüntülere sahip olduğunu göstermektedir. Sonuca Atlamanın Resim Karar Verme testi ile değerlendirildiği bir çalışmada (113), otizm grubunun yalnızca bir resim görerek karar vermediği ve bu karardan kesinlikle emin olduğu gözlenmiştir. Brosnan ve arkadaşlarının (112) aksine Sahuquillo-Leal ve arkadaşları (113) otizm spektrum bozukluğunda Sonuca Atlama yanlılığı bulunduğunu sonucuna varmıştır.

2.4.2. Global/Lokal İşleme

David Navon'un (114) Hiyerarşik Yapı'sına göre; görsel algı sistemimiz ilk olarak global şekli algılar. Globale yanıtımızın lokale yanıtımızdan hızlı olmasına Global Avantaj Etkisi denmektedir. Eğer lokal harf ile global harf uyumsuz ise lokal olanı algılama süremiz uzamaktadır ve bu duruma da Global İnterferans Etkisi denmektedir. Bu iki etki birlikte Global Üstünlük Etkisini oluşturmaktadır. Global üstünlük etkisi, objenin boyutuna ve lokal element sayısına bağlı olsa da birçok durumda geçerlidir, özellikle genç sağlıklı bireylerde. Robertson ve arkadaşları (115) katılımcılara global ve lokal uyaranlar sunmuşlardır. Sol hemisfer hasarı olanlar lokal uyarana daha yavaş, sağ hemisfer hasarı olanlar ise global uyarana daha yavaş tepki vermiştir. Buradan yola çıkılarak sol hemisfer lokali, detayı; sağ hemisfer globali, büyük resmi temsille ilişkilidir sonucuna varılmıştır (115). Ayrık beyin hastalarında yapılan bir çalışmada (116) hastalar sunulan tarafa bağlı olmaksızın, normal katılımcılar ve unilateral lezyonlu hastalar gibi hedef uyarıyı tanıyabilmektedirler. Ancak ayrık beyin hastaları sağ görsel alana sunulan uyaranlarda lokal hedefleri ve sol görsel alana sunulan uyaranlarda global hedefleri daha hızlı tanımaktadırlar (116). İnme geçiren bireylere Navon testi yaptırılmış ve hafızadan çizimleri istenmiştir. Sol

hemisferde hasar olanlar lokal elementleri göremese de globali üretebilmiş, sağ hemisferde hasar olanlar ise global elementleri göremediği durumda yalnızca lokali üretebilmişlerdir (117). Her iki hemisfer de hem global hem lokal bilgiyi işleme kapasitesine sahiptir ancak sağ hemisferde global işleme, sol hemisferde lokal işleme avantajı bulunmaktadır (118).

Şizofrenide Global Lokal İşleme

Şizofrenisi olan bireyler çevrenin distraksiyonuna açıktır (119) ve ilgisiz detaylara aşırı bir dikkat yöneltmektedirler (5). Şizofrenisi olan bireyler ilgili uyarılarla ilgisiz uyarıyı ayırt etmede sıkıntı yaşarlar ve görsel alanı işlerken bütüne odaklanmak yerine parçalara dikkatlerini verirler (120). Şizofreni grubunda (121,122) ve erken başlangıçlı şizofrenide (120) global işleme avantajı bulan çalışmalar bulunmaktadır. Ancak tam tersi olarak şizofreni grubunda (123,124) ve şizotipi grubunda (125) lokal işleme avantajı bulan çalışmalar da bulunmaktadır. Carter ve arkadaşları (121) global ve lokal görevlerde bölünmüş dikkati kronik şizofreni üzerinde çalıştığı araştırmalarında; şizofreni grubunda global işleme avantajı bulurken kontrol grubunda ise lokal işleme avantajı gözlemlemişlerdir. Sol hemisfer hasarına bağlı aşırı global işleme avantajının, yönlendirilmiş dikkat ile üstesinden gelinebilmektedir (121,122). Global ve lokal işleme görevlerinde (121,123) ve bölünmüş dikkat görevlerinde (122) şizofreni grubunun tepki süresi kontrol grubuna göre daha uzundur ve şizofreni kronik grubunda lokal işleme hasarı gözlenmektedir. Ferman ve arkadaşları (123) hasta grubunda lokal uyarana global uyarandan daha hızlı tepki verildiğini gözlemlemiştir. Bu sonuç, sol hemisferde yüksek aktivite, sağ hemisferde düşük aktivite olduğunu öne süren Asimetri Hipotezi'ni desteklemektedir. Hasta grubunda lokal işleme avantajı ve global işleme dezavantajı görülürken kontrol grubunda böyle bir duruma rastlanmamıştır. Bunlara ek olarak normal grupta, uyumsuz global çeldirici olduğu durumlarda lokal uyarana tepkinin yavaşlamasına sebep olan global interferans etkisi görülmüştür. Tüm bu sonuçların sebebi; sol temporal lobda yüksek aktivitede veya sağ temporal lobda düşük aktiviteden veya her ikisinden kaynaklanmaktadır (123). Goodarzi ve

arkadaşları (125) şizofrenide global işleme hasarı olduğunu ve bunun sağ hemisfer hasarı ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Şizofreni hastalarında bölünmüş dikkat çalışan Granholm ve arkadaşları (122) hastaların aşırı global işleme avantajı gösterdiğini görmüşlerdir. Kontrol grubu dikkati lokalden global işleme döndürme avantajı gösterirken hastalarda böyle bir duruma rastlanmamıştır. Ferman ve arkadaşlarının (123) aksine hasta grubunda interferans etkisi görülmüştür (122). Johnson ve arkadaşlarının (124) araştırmasının sonucuna göre; şizofreni grubunda global işleme görevlerinde hasar görülmektedir ve bu global hedefi tanıma hasarı kadın hasta grubunda daha belirgindir. Kadın hastalar erkeklere göre lokal uyarana daha hızlı ve globale daha yavaş tepki vermektedirler (124).

Kronik şizofrenide bölünmüş dikkatte bozukluk vardır, yönlendirilmiş dikkatte bozukluk yoktur diyen çalışmalar vardır (121,122). Bunun üzerine Bellgrove ve arkadaşları (120) bölünmüş dikkati ve yönlendirilmiş dikkati iki ayrı düzenek üzerinden erken başlangıçlı şizofreni grubunda incelemişlerdir. İlk deneyin sonucuna göre; erken başlangıçlı şizofreni grubunda global avantaj ve global interferans etkisi gözlenmiştir (122,123). Bu sonuç Navon'un (114) Global Üstünlük Etkisini destekler niteliktedir. Ancak hasta grubunun kontrol grubundan yavaş olmaması, önceki bulguları desteklememektedir. İkinci deneyin sonucuna göre; erken başlangıçlı şizofreni grubunda lokal işleme eksikliği bulunmaktadır ve bunun sebebi uzaysal dikkati globalden lokale çevirme (shifting) problemidir (120).

Pozitif semptom şiddeti ile lokal interferans (uyumsuz lokal çeldirici olduğu durumlarda global uyarana tepkinin yavaşlaması) arasında ilişki gözlenirken negatif semptom şiddeti ile interferans arasında ilişki bulunamamıştır. Yüksek pozitif semptom ve düşük negatif semptom gösteren hastalar, yüksek negatif semptom ve düşük pozitif semptom gösteren hastalara göre anlamlı ölçüde daha fazla lokal interferans etkisi bildirmiştir (123).

Otizimde Global Lokal İşleme

Global/lokal işleme bozuklukları şizofrenide görüldüğü gibi otizmde de belirgindir. Frith (126) bağlamı anlamada veya büyük resmi görmede kısıtlılık anlamına gelen Zayıf Merkezi Bağdaşım (ZMB, Weak Central Coherence) teorisini ileri sürmüştür. Frith'e göre; otizmlili bireyler nesneleri küçük parçalar olarak yorumlarlar. Otizmlili çocuklar, nörogelişimsel bozukluğu olmayanlara göre detayları daha iyi algılamaktadırlar ancak ayrıntılar içinde boğuldukları için büyük resmi görememektedirler (127). Happe ve Frith'in (127) çalışması, otizmlili bireylerin kontrol grubuna göre Küplerle Desen testinde daha hızlı performans gösterdiği sonucuna ulaşması bu teoriyi desteklemektedir. ZMB teorisi ayrıca Wechsler Zeka Ölçeği'ndeki Gömülü Figür Testi ve Küplerle Desen gibi görsel-uzaysal görevlerdeki üstün başarısını da açıklamaktadır. ZMB'ye göre otizmde lokal işleme becerisi, global görsel uyarıyı tek bir element olarak görme güdüsüne direnmeyi sağlamaktadır (128). Mottron ve Burack (129) Gelişmiş Algısal İşleyiş (Enhanced Perceptual Functioning) modelini ortaya atmışlardır. Bu modele göre; otizmde gelişen ve artan algı anatomisi lokal işlemlemeyi yönetmektedir. Otizmlilerde görülen üstün görsel uzaysal becerinin sebebi gelişmiş algıdır, global işlemlemedeki eksiklikten kaynaklanmamaktadır (129). Mottron ve arkadaşlarının (130) Hiyerarşileştirme Eksikliği Modeli'ne göre (HEM, Hierarchization Deficit Model) otizmlili bireyler, global ve lokal görevlerde eşit performans gösterme kapasitesine sahiptir. Ancak otizmlili bireylerde varsayılan bilgi işleme yöntemi lokal, diğer bireylerde globaldir. Otizmliler uyarılara spesifik önem atfetmezler onları işleme hiyerarşisine sokarlar. Bu hiyerarşide ise global işlemlemeden çok lokal işlemlemeye öncelik verilmektedir. ZMB teorisinin aksine HEM, otizmlilerin Gömülü Figür Testi'nde ve Küplerle Desen'deki üstün başarısını lokal işleme avantajı veya global bozukluk yerine verimsiz global strateji ile açıklamaktadır (130). Ancak ZMB ve HEM teorilerinin ön gördüğü sonuçlar benzerdir (131). Lokal ve global harflerin eşleştiği Navon testinde otizmlili grup için anlamlı ölçüde kolaylaştırıcı etki bulunmuştur. Aynı çalışmada (132) normal gelişen çocuklar

için global testte lokal interferans etkisi, otizimli çocuklar için lokal testte global interferans etkisi gözlenmiştir.

Crespi ve Badcock (133) otizmde lokal işlemeleme avantajı, pozitif şizofrenide ise global işlemeleme avantajı olduğunu öne srmştir. Crespi ve Badcock'un bu teorisinden yola çıkararak Russel-Smith ve arkadaşları (134) Gömülü Figür Testinde otizm benzeri özellik gösterenlerin, pozitif şizotipi özellik gösterenlerden daha iyi performans sergileyeceği sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca yüksek otizm benzeri özellik gösterenler, düşük otizm benzeri özellik gösterenlerden daha iyi performans sergilemektedir ve yüksek pozitif şizotipi benzeri özellik gösterenler düşük pozitif şizotipi benzeri özellik gösterenlerden daha kötü performans sergilemektedir çıkarımını yapmıştır. Russel-Smith ve arkadaşları (134) yapmış oldukları çalışma ile Crespi ve Badcock'un teorisini desteklemişlerdir. Ancak Loas (135) şizofrenide pozitif semptomun ağırlıklı olması ise Gömülü Figür Testinde gösterilen performans arasında anlamlı ilişki bulamamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi:

Olgu kontrol çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler Anabilim Dalı Sosyal Bilişsel Afektif Sinirbilim Laboratuvarı (SCAN LAB), Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Servisi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği ve Çocuk Psikiyatri Servisi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları

Araştırmanın örneklemi, polikliniklere başvuran ve klinik görüşmeleri sonucunda kriterleri karşılayan ilk atak psikoza (İAP) sahip 62, yüksek risk psikoza (YRP) olan 71 ve 40 sağlıklı kontrolden (SK) bazıları çalışmaya alınamamıştır. Kaybedilen katılımcıların sayıları ve kaybedilme sebepleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Bunun sonucunda çalışmanın örneklemi 42 ilk atak psikoz, 50 yüksek risk psikoz, 34 sağlıklı kontrol oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü psikotik bozuklukta daha önce bu konular üzerine yapılan çalışmaların etki boyutuna bakılarak G-power üzerinden hesaplanmıştır. Hesaplanan örneklem büyüklüğü otistik özelliklerdeki varyasyon düşünülerek %50 oranında artırılmıştır. Çalışmanın hasta grubu Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ile Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalardan ve Psikiyatri Servisi'nde yatılı hastalardan oluşmaktadır. Risk grubu, hasta grubun ailelerinden veya polikliniğe başvuran kişilerden kriterleri karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden oluşmaktadır. Sağlıklı kontrollere ise; evrenden bir kişiyle bağlantı kurulan, o kişinin yardımıyla diğer kişilerle bağlantı sağlanan ve bu şekilde zincirleme devam eden kartopu yöntemi ile ulaşılmaktadır. Bu yöntemle kriterleri karşılayan hastane

alışanlarına, onlar aracılığıyla yakınlarına ve o yakınların da tanıdıklarına erişilmektedir. Sosyal bilişsel testlerin uygulanabilmesi için DEÜ Tıp Fakóltesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı, DEÜ Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı, DEÜ Sinirbilimler Anabilim Dalı Başkanlığı izinleri alınmıştır. Klinik değerlendirme Prof. Dr. İbrahim Emre BORA, Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE ve Doç. Dr. Burak Baykara tarafından uygulanmıştır. Klinik değerlendirme sonucu tanısı belirlenen katılımcılara sosyal biliş bataryası uygulanmıştır. Çalışmanın akış şeması şekil-1’de sunulmuştur.

Örnekleme için ortak ölçüt 15-35 yaş arasında olmak olarak belirlenmiştir. Yüksek risk psikoz grubu için dahil olma kriteri; silik psikoz sendromu, kısa aralıklı psikoz sendromu ya da genetik risk ve işlevsellik kaybı sendromunu karşılamaktır. İlk atak psikoz grubu için dahil olma kriteri, son 18 ay içinde ilk nonafektif psikotik atağını geçirmiş olmaktır. Sağlıklı kontrol grubu ise; kendisinde psikiyatrik tedavi öyküsü ve madde/alkol bağımlılığı olmayan yaş, eğitim ve cinsiyet bakımından risk gruplarına eşleştirilmiş genç erişkin ve ergenlerden oluşmaktadır. Her bir grup için dışlama kriterleri şunlardır: madde kullanımına ya da tıbbi bir hastalığa bağlı belirtilere sahip olmak, bilişsel işlevleri etkileyecek derecede ciddi bedensel rahatsızlığa sahip olmaktır. Sağlıklı kontroller için ek olarak birinci derece akrabalarında psikotik bozukluk olması dışlama kriteridir.

Tablo 1. Kaybedilen Katılımcı Sayıları ve Nedenleri

	Reddeden (N)	Ulaşılamayan (N)	Dışlanan (N)
İlk Atak Psikoz	3	14	3
Yüksek Risk Psikoz	7	14	0
Sağlıklı Kontrol	0	6	0
Toplam	10	34	3

N: Katılımcı Sayısı

3.4. Çalışma Materyali

Sosyal bilişsel işlevler Ek-2’de sunulmuş olan Sosyal Biliş Bataryası ile değerlendirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı değişkenler:

Sosyal biliş bataryasından alınan sosyal bilişin beş alt boyutu (sosyal bilgi, sosyal algı, duygu tanıma, zihin kuramı ve atıf stili), global/lokal bilgi işleme stili, karar verme ve eşik altı otistik bulgular çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5.2. Bağımsız değişkenler:

Örnekleme grupları (sağlıklı kontrol, yüksek risk psikoz ve ilk atak psikoz), katılımcıların yaşları ve cinsiyetleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Veri toplama Araçları

3.6.1. Klinik Değerlendirme

Olgu Rapor Formu

Örneklemede yer alan bireylerin yaşları, cinsiyetleri, eğitim ve meslek/iş durumları, medeni durumları, nörogelişimsel ve psikososyal gelişim öyküleri, travma öyküsü, premorbid uyumları, madde ve alkol kullanımı, tıbbi eş tanıları, aile öykülerini, DSM-5 Otizm Spektrum ve İletişim Bozuklukları Klinisyen Şiddet Değerlendirmesi ve DSM-5 Psikozun Boyutlarının Klinisyen Belirti Şiddeti Değerlendirmesini içermektedir (Ek-1).

Otizm Anketi (OA, Autism Spectrum Quotient, AQ)

Baron-Cohen ve arkadaşlarının (21) geliştirdiği Otizm Anketi'nin Türkçe formu ve Ritvo Otizm Asperger Tanı Ölçeği'nin 14 soruluk tarama versiyonu, 18 yaş altı grupta ise Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (ASSQ-TR) ve OA ergen versiyonu kullanılmıştır (136–138). Bireyle görüşmede Asperger Sendromu Tanısal Görüşmesi kullanılmıştır (139). Sosyal, iletişimsel ve tekrarlayıcı davranış/kısıtlı ilgi alanlarının şiddeti Sosyal İletişim Bozukluğu Ölçeği, Tekrarlayıcı Davranış Ölçeği ve Pragmatik Profil Ölçeği'nden alınan maddelerle klinik görüşme içerisinde değerlendirilmiştir (Ek-2 ve Ek-3).

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ, Scale for the Assessment of Positive Symptoms- SAPS)

Andreasen (140) tarafından geliştirilmiş ve Türk örneklemine Erkoç ve arkadaşları (141) tarafından uyarlanmıştır. Şizofrenide pozitif belirtilerin düzeyini, dağılımını ve şiddetinin ölçmeyi amaçlayan klinisyenin değerlendirdiği bir ölçektir. Varsanılar, sanrılar, garip (bizar) davranış ve pozitif formal düşünce bozukluğu olmak üzere 4 alt ölçek, toplam 34 madde içermektedir (Ek-4).

Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (KNBÖ, Brief Negative Symptom Scale, BNSS)

13 maddeden oluşmakta ve altı alt ölçeği bulunmaktadır: anhedoni, stres, asosyallik, avolasyon, duygulanımda küntlük ve aloji. Ölçeğin kullanım kılavuzunda yarı yapılandırılmış görüşme için önerilen soruları içeren yönerge bulunmaktadır. Her madde için hastayı derinlemesine incelemeyi sağlayacak sorular da yer almaktadır. Maddeler 0-6 puan aralığında değişmektedir. Semptomun olmayışı 0 puana denk gelirken semptomun çok ciddi olması 6 puana tekabül etmektedir. 13 maddenin puanı toplanarak 0'dan 78'e kadar olabilen ölçeğin toplam skoru elde edilir. Aynı şekilde alt ölçekler için de her alt maddenin puanı toplanır (142). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Dr. Irmak Polat Nazlı ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır (143).

3.6.2. Sosyal Biliş Bataryası (Bora ve ark, HAZIRLANMAKTA)

Ek-6'da sunulmuştur.

Duygu Tanıma

Penn Emosyon Tanıma (PETT, Penn Emotion Recognition Test, Penn-40)

Inquisit programında yer alan Penn Emosyon Tanıma Testi (PETT) kullanılmıştır. 40 tane yüz resminin kullanıldığı ve bir tane pratik ile başlayan testte farklı ırktan insanların üzgün, mutlu, korkmuş, öfkeli ve nötr yüz ifadeleri bulunmaktadır. Çalışmada kullanılan versiyonunda iğrenmiş yüz ifadesi bulunmamaktadır. Kişi her bir resim için hangi duyguyu ifade ediyorsa o seçeneği seçmesi ve hiçbir duygu göremiyorsa nötr seçeneğini seçmesi beklenmektedir (41). Her temel emosyonun doğru sayısı dışında, yanlış skorların ne ölçüde negatif emosyonların artmış atıfla ilişkili olduğu hesaplanmıştır.

Zihin Kuramı

Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

Gözlerden Zihin Okuma Testi zihin kuramı ve emosyon tanıma yetilerini değerlendirmede en sık kullanılan testlerden biridir (144). Gözler testinin Türkçe formu 34 sorudan oluşur (49). Her bir resim için bir doğru yanıt ve üç çeldirici olmak üzere dört seçenek bulunmaktadır. Uygulama sırasında katılımcının her bir çift göz resimdeki kişinin düşündüğü ya da hissettiğini en iyi tarif eden seçeneği işaretlemesi istenir. Her sorunun yalnızca bir doğru yanıtı vardır. Değerlendirmede doğru yanıtlanan soru sayısı esas alınır. Alınan puanın yüksek olması sosyal biliş ve ZK yetilerinin iyi olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca, uyaran olarak fotoğraflar negatif, pozitif ve nötr olarak 3 grup olarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu şekilde negatif uyaranlara karşı bir yanlılık olup olmadığı değerlendirilmiştir.

İma testi (Hinting Task)

Her madde imayı tanımayı içeren bir hikaye içermektedir. İlk soruya doğru yanıt verilmediği durumda ipucu sonrası tekrar yanıt beklenmektedir (62). Bu çalışmada kullanılacak versiyonunda, hikaye katılımcıya okunduktan sonra, hikayedeki karakterin gerçekte ne demek istediği sorulur ve spontan yanıt alınır. Spontan yanıtın sonra kişiye konuşmanın devamında karakterin ne söylediği iletilir ve hipermantelizasyon, hipomentalizasyon hatalarını işaret eden seçeneklerin ve doğru yanıtın olduğu üç adet madde verilir. Kişi bu maddelerden birini seçtikten sonra karakterin konuşmanın devamında söylediği diğer cümle söylenir ve aynı şekilde üç madde verilerek katılımcının birini seçmesi beklenir. Testin sonucunda spontan cevap skoru, seçeneklerin sunulduğu skor ve toplam skor elde edilmektedir.

Sosyal Algı

Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (SODP, Profile of Nonverbal Sensitivity, PONS)

SODP testinin 40 maddelik görsel kısa formu uygulanmıştır. Test 40 siyah beyaz, sessiz sahneden oluşmaktadır. Kişinin yüzünden, vücut dilinden ve jestlerinden bulunduğu emosyonel ve zihinsel durumu algılaması istenmektedir. Toplamda 7 dakika 43 saniye sürmektedir. Kişi sahneleri izledikten hemen sonra karşısına iki seçenek çıkmaktadır ve katılımcıdan verilen iki seçenekten birini seçmesi beklenmektedir. Test sonucunda yüz ve vücut puanları elde edilmektedir (145).

Yüz İfadesinin Güvenirliği Testi (YİGT, Trustworthiness Task)

10 kişinin yüzlerinden oluşan 70 farklı resim içermektedir. Her bir kişinin 7 farklı formda yüz ifadesi bulunmaktadır. Bunlar; +3, +2, +1, nötr, -1, -2, -3 olarak derecelendirilen pozitif, negatif ve nötr ifadelerdir (146). Her bir dereceden onar tane resim bulunmaktadır. Kişi rastgele sıralanan bu yüz ifadelerine bakarak bu kişinin

güvenilir veya güvenilir değil olduğunu söylemektedir. Testin sonucunda pozitif ve negatif yüzlerin sonuçları elde edilmektedir.

Sosyal Bilgi

Durumsal Özellikleri Tanıma Testi (DÖTT, Situational Feature Recognition Test, SFRT)

Kişiye 9 tane durumdan oluşan bir form verilmektedir. Her bir durum için eylemler ve amaçların yazılı olduğu formdan, o durumla ilgili olanların işaretlenmesi beklenmektedir. Sık karşılaşılan sosyal durumlarla ilgili bilgi düzeyi ölçülmektedir (147). Tanıdık / tanıdık olmayan, soyut / somut durumlar için alt skorlar elde edilmektedir: tanıdık soyut, tanıdık somut, tanıdık olmayan soyut, tanıdık olmayan somut.

Sosyal Norm Anketi (SNA, Social Norm Questionnaire, SNQ)

Kramer ve arkadaşlarının (148) oluşturduğu Sosyal Norm Anketi'nde (SNA) yakın arkadaşların veya ailenin yanında gerçekleşmeyen, yabancıların veya sadece tanıdık olunan kişilerin yanında gerçekleşiyormuş gibi hayal edilmesi istenen 22 farklı durum bulunmaktadır. Kişilere bu durumlar okunup sosyal olarak kabul edilebilir bulup bulmadığı sorulmaktadır. Testin sonucunda kural ihlal, kurala aşırı bağlılık skorları elde edilmektedir.

Atıf Stili

İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği (İKDAÖ, Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire, IPSAQ)

16 maddeden oluşan ölçekte 8 negatif ve 8 pozitif durum bulunmaktadır. Kişilerden bu durumların kendi başlarına geliyormuş gibi düşünmeleri ve bu duruma neyin sebep olabileceği sorulmaktadır. Kişi bu sebebi açıklarken yaptığı atıfların içsel, durumsal veya dışsal olarak mı yapıldığını ölçen bir ölçektir (29).

3.6.3. Bilgi İşleme Stili

Karar Verme

İnquisit programında yer alan Boncuk Testi, Sonuca Atlama (Jumping to conclusions) testlerinin en bilinenidir (97). Katılımcılara değişik oranlarda kırmızı ve mavi boncuklar içeren (15:85) 2 kavanoz gösterilir. Bilgisayar rastgele, aynı kavanozdan boncuklar çekmektedir. Her seferinde tek bir boncuk çekilir ve çekilen her boncuk bir sonraki çekilmeden önce kavanoza geri konulur. Katılımcının görevi bilgisayarın hangi kavanozdan seçtiğini bulmaktır. Katılımcılar, hangi kavanozdan çekildiğine karar vermeden önce istedikleri kadar boncuk seçebilmektedirler. Ekranın altında görülen boncuklar katılımcıya daha önceki seçimini hatırlatırlar. Test ile sonuca atlama yanlılığı ve reaksiyon süresi ölçülmektedir.

Global/lokal İşleme

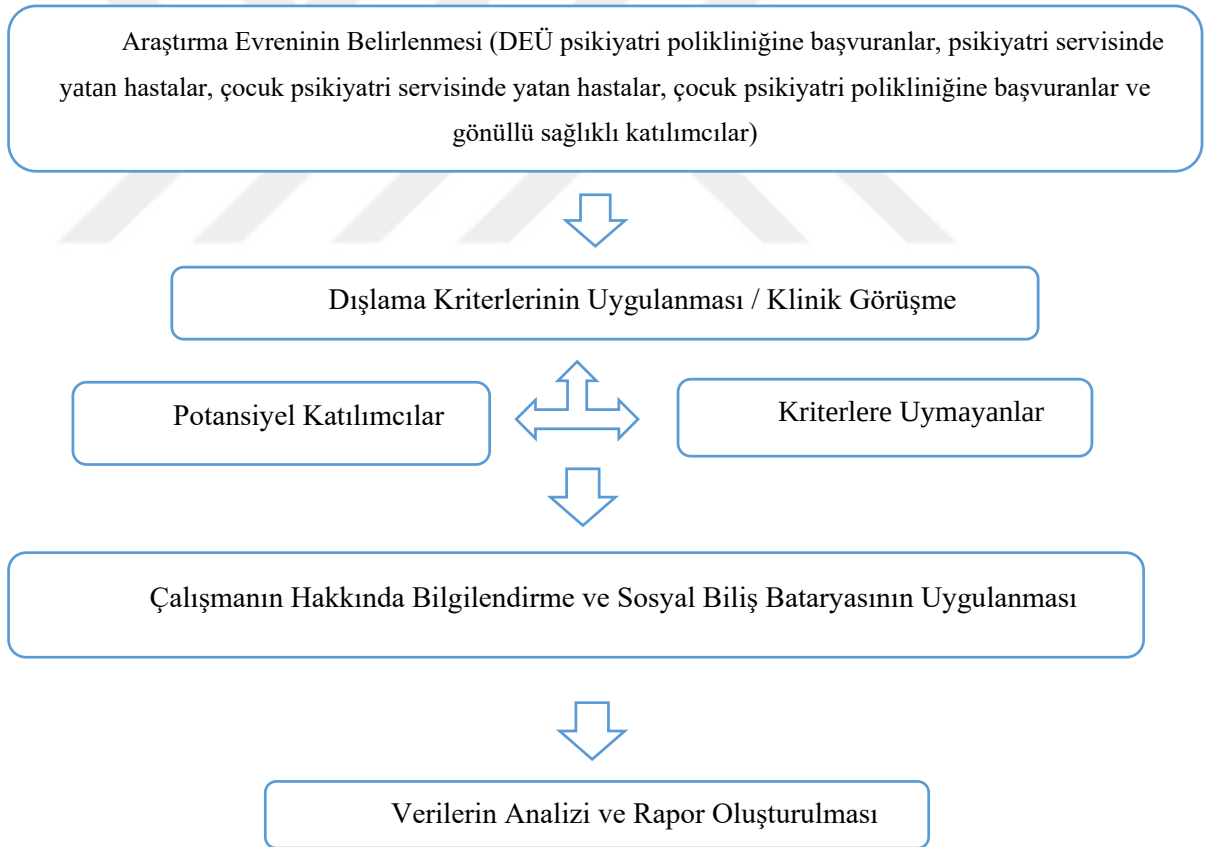
Küplerle Desen

Wechsler Yetişkin Zekâ Ölçeği-IV içinde yer alan Küplerle Desen alt testi uygulanmıştır (149). Uygulamada kırmızı, beyaz ve yarısı kırmızı, yarısı beyaz renklerden oluşan 9 tane küp kullanılmaktadır. İlk uygulamada uygulayıcı birinci maddeyi kendisi küplerle yapıp katılımcının yapmasını beklemektedir. İlk denemede yapamayan katılımcıya ikinci deneme şansı verilmektedir. Eğer katılımcı ikinci denemede de yapamazsa katılımcı doğru yapana kadar maddelerde geriye doğru gidilmelidir. İlk maddede doğru yapan katılımcılar ikinci maddeden itibaren desenin bulunduğu kartlara bakarak küplerle deseni oluşturur ve önceki maddelerde doğru yaptığı kabul edilmektedir. İlk üç madde için süre 60 saniyedir. Dördüncü ve beşinci maddede bulunan desenler için 9 küp gerekmektedir ve bu maddeler için belirlenen süre 120 saniyedir. Katılımcı iki maddede üst üste hata yaparsa test sonlandırılmalıdır. Testin Türkiye standardizasyon çalışması 2014 yılında Sezgin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (150).

NAVON Testi

Katılımcılara Psytoolkit sitesi üzerinden NAVON testi uygulanmaktadır (151,152). Katılımcının, H veya O harflerinden birini büyük (global) veya küçük (lokal) formatta gördüğünde B tuşuna, H veya O harflerini büyük veya küçük formatta görmediği durumda ise N tuşuna basması gerekmektedir. Büyük formatta farklı bir harften oluşan büyük bir H harfi veya O harfi bulunmaktadır. Küçük formatta ise farklı bir harfi oluşturan küçük H veya O harfi bulunmaktadır. Eğer cevap doğru ise sistem “Doğru”, yanlış ise “Yanlış” demektedir. Eğer görür görmez tepki verilmezse sistem “Yavaş” geribildiriminde bulunmaktadır. Test sonucunda global, lokal ve hedef olmayan uyaranlar için hata skoru ve reaksiyon sürelerinin verileri elde edilmektedir.

Verilerin elde edilme süreci olan akış şeması Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. Akış Şeması

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Tablo 2. Araştırma Planı

Eylöl 2020-Haziran 2022	Literatür okuma
Eylöl-Ekim 2020	Tez konusu belirleme
Ekim-Kasım 2020	Tez önerisi hazırlanması
	Tez önerisi sunumu
Aralık 2020-Ocak 2021	Etik kurul düzeltme
	Etik kurul onayı
Ocak 2021-Nisan 2022	Veri toplama süreci
Nisan-Haziran 2022	İstatistiksel Analizler
	Tez yazım

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri *Statistical Package for Social Sciences (SPSS 28)* programı ile analiz edilmiştir. Uygulanan bütün testlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Demografik (yaş, cinsiyet, eğitim yılı) ve klinik bilgiler (PBDÖ, KNBÖ, EAPB, Depresyon) uygunluk durumuna göre tek yönlü varyans analizi olan One-Way ANOVA veya Ki-Kare testi ile analiz edilmiştir. Bağımlı değişken verilerinin normal dağılımına Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$) ile bakılmıştır. Normal dağılıma uygun olmadığı belirlenen üç veya daha fazla gruplarda Kruskal Wallis H Varyans Analizi

kullanılmıştır. İkili grup kıyaslamaları Bonferroni düzeltmesi ile posthoc analizleri uygulanarak yapılmıştır. Sosyal bilişsel işlevler, karar verme ve global lokal işleme skorları ile klinik verilerin ve otistik bulguların ilişkisi Spearman Korelasyon analizi ile anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilerek değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama süreci boyunca COVID-19 pandemisi sebebiyle bazı katılımcılara ulaşılmada güçlük yaşanmıştır ve bazı katılımcıların risk oluşturması sebebi ile hastaneye gelmeyi istememeleri veri toplama sürecini olumsuz etkilemiştir. Çalışmaya dahil olan katılımcılara test uygulamaları sırasında maske, mesafe ve hijyen koşulları sağlanmıştır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma 18 Ocak 2021 tarihinde 2021/02-70 karar numarası ve 5852-GOA prokoton numarası ile Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Etik Kurul kararı ile onaylanmıştır. Etik Kurul Onay Formu EK-8'de sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Klinik ve Demografik Özellikler

Çalışmanın örneklemini 42 ilk atak psikoz (İAP), 50 yüksek risk psikoz (YRP) ve 34 sağlıklı kontrol (SK) olmak üzere toplam 126 katılımcı oluşturmaktadır. Yaş ortalaması ve standart sapma İAP için $22,21 \pm 4,72$, YRP için $19,98 \pm 3,76$ ve SK için $22,38 \pm 4,33$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların cinsiyet dağılımı 24 İAP, 24 YRP ve 23 SK kadın; 18 İAP, 26 YRP ve 11 SK erkek katılımcı şeklindedir. Cinsiyet üç grup için anlamlı dağılmamıştır [$\chi^2(2) = 3,192$, $p=0,203$], ancak yaş [$F(2,123) = 4,463$, $p=0,013$], eğitim yılı [$F(2,121) = 6,283$, $p=0,003$] için anlamlı dağılım gözlemlenmiştir.

Tablo 3. Klinik ve Demografik Özellikler

	İAP (N=42) (Ort $\pm$ Std)	YRP (N=50) (Ort $\pm$ Std)	SK (N=34) (Ort $\pm$ Std)	p
Yaş	22,21 $\pm$ 4,72	19,98 $\pm$ 3,76	22,38 $\pm$ 4,33	0,013*
Eğitim (Yıl)	12,48 $\pm$ 3,30	11,80 $\pm$ 2,19	13,97 $\pm$ 2,85	0,003*
Cinsiyet (K/E)	24/18	24/26	23/11	0,203**
Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ, SAPS)				
Varsanı	3,75 $\pm$ 4,93	-	-	-
Sanrı	9,65 $\pm$ 7,70	-	-	-
Garip davranış	0,53 $\pm$ 1,66	1,12 $\pm$ 2,18	-	0,025*
PFDB	2,6 $\pm$ 3,40	2,98 $\pm$ 4,14	-	<0,001*
Toplam Skor	14,84 $\pm$ 11,03	-	-	-
Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (KNBÖ, BNSS)	29,65 $\pm$ 15,77	21,68 $\pm$ 14,24	0,14 $\pm$ 0,52	<0,001*
Depresyon	4,33 $\pm$ 4,07	7,54 $\pm$ 4,96	0,43 $\pm$ 1,17	<0,001*
Eşik altı Psikotik Bulgular (EAPB)	-	11,14 $\pm$ 4,72	0,11 $\pm$ 0,42	<0,001*

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma, **PFDB:** Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu. * Tek Yönlü Varyans Analizi, **Ki Kare Testi

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği'nin alt skorlarından olan garip davranış [$F(2,108) = 3,802, p=0,025$] ve PFDB [$F(2,115) = 7,674, p<0,001$] için gruplar arası anlamlı fark gözlenmiştir. Buna ek olarak; Depresyon [$F(2,112) = 27,752, p<0,001$], KNBÖ [$F(2,115) = 43,429, p<0,001$] ve EAPB [$F(2,76) = 77,293, p<0,001$] için de gruplar arası anlamlı farklar görülmüştür. Demografik ve klinik özellikler Tablo 3'te sunulmuştur.

4.2. Sosyal Bilişsel İşlevler

Duygu Tanıma

Duygu tanıma becerisini ölçen PETT testinde korku [$\chi^2(2) = 10.654, p=0.005$] öfke [$\chi^2(2) = 14.4, p<0.001$] ve toplam puan [$\chi^2(2) = 18.65, p<0.001$] için gruplar arası anlamlı farklar bulunmuştur. PETT testinin alt skorları için gruplara ait değerler Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Sosyal Biliş, Duygu Tanıma

	İAP (N=42) (Ort ± Std)	YRP (N=50) (Ort ± Std)	SK (N=34) (Ort ± Std)	<i>p</i>	<i>p</i> İkili Karşılaştırma
PETT toplam	30,67 ± 4,38	31,93 ± 4,36	34,59 ± 2,75	<0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,016
Mutlu	7,53 ± 0,77	7,55±0,85	7,76±0,55	0,283	
Üzgün	6,33±1,87	7,04±1,08	7,32±0,94	0,063	
Korku	5,65±1,99	6,28±1,95	6,85±1,48	0,005	İAP-SK = 0,004
Öfke	4,9±1,69	5,04±1,85	6,21±1,04	<0,001	İAP-SK = 0,001 YRP-SK = 0,008
Nötr	6,25±1,94	6,02±1,92	6,44±1,99	0,370	
Üzgün Yanlılığı	2,42±2,44	2,85±2,58	1,71±1,73	0,095	
Öfke Yanlılığı	0,79±1,5	0,81±1,12	0,88±1,27	0,478	
Korku Yanlılığı	1±0,93	1,23±2,03	0,85±0,86	0,804	
Mutlu Yanlılığı	0,93±1,18	0,81±1,12	0,35±0,54	0,062	

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma, **PETT:** Penn Emosyon Testi. Kruskal Wallis. *p* ikili karşılaştırma, Bonferroni Düzeltmesiyle Kruskal Wallis analizini ifade etmektedir.

Uygulanan Bonferroni düzeltmesi ile ikili grup karşılaştırmaları yapıldığında, İAP grubu SK grubuna kıyasla öfke [$\chi^2(2) = 29.235, p=0,001$], korku [$\chi^2(2) = 25.883, p=0,004$] ve toplam skorda [$\chi^2(2) = 35.3, p=0,000$] istatistiksel olarak anlamlı düşüş göstermiştir. Buna ek olarak, YRP grubu SK grubuna göre öfke skorunda [$\chi^2(2) = 24.001, p=0,008$] ve toplam skorda [$\chi^2(2) = 22.488, p=0,016$] düşüş göstermektedir.

Zihin Kuramı

Zihin Kuramını ölçmek için uygulanan GZOT alt skorları olan negatif [$\chi^2(2) = 7.831, p= 0,020$] ve nötr puanlar [$\chi^2(2) = 27.552, p<0.001$] için ve toplam puan [$\chi^2(2) = 24.693, p<0.001$] için gruplar arası anlamlı fark gözlenmiştir. GZOT için gruplara ait değerler Tablo 5'te sunulmuştur.

Bonferroni düzeltmesi sonrası gruplar arası farklar incelendiğinde İAP grubunun SK grubuna göre negatif [$\chi^2(2) = 22.812, p=0.016$], nötr [$\chi^2(2) = 35.331, p=0.000$] ve toplam skor [$\chi^2(2) = 36.536, p=0.000$] için anlamlı derecede düşüş gösterdiği gözlemlenmiştir. Benzer şekilde YRP grubunun SK grubuna göre nötr [$\chi^2(2) = 40.314, p=0.000$] ve toplam skorda [$\chi^2(2) = 36.592, p=0.000$] ve buna ek olarak pozitif alt skorda da [$\chi^2(2) = 19.066, p=0.048$] anlamlı derecede düşük performans sergilemiştir.

Zihin Kuramı için uygulanan bir diğer test olan İma testinde tüm alt skorlar için gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir: spontan hipomentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 11.006, p=0.004$], spontan hipermentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 7.149, p=0.028$], seçeneklerin sunulduğu durumda hipomentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 22.153, p<0.001$], seçeneklerin sunulduğu durumda hipermentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 7.715, p=0.021$], toplam hipomentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 20.551, p<0.001$], toplam hipermentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 9.180, p=0.010$], toplam spontan skor [$\chi^2(2) = 19.007, p<0.001$], seçeneklerin sunulduğu toplam skor [$\chi^2(2) = 21,705, p<0.001$] ve toplam skor [$\chi^2(2) = 24.127, p<0.001$]. İma Testi için gruplara ait alt skorlar Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Sosyal Biliş, Zihin Kuramı

	İAP (N=42) (Ort ± Std)	YRP (N=50) (Ort ± Std)	SK (N=34) (Ort ± Std)	<i>p</i>	<i>p</i> İkili Karşılaştırma
GZOT					
Pozitif	5,10±1,39	4,78±1,6	5,58±1,18	0,054	YRP-SK = 0,048
Negatif	5,70±1,66	6,08±1,53	6,74±1,21	0,020	İAP-SK = 0,016
Nötr	10,57±2,59	10,08±2,71	13,13±1,43	<0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,00
Toplam	21,43±3,56	20,94±4,68	25,33±2,54	<0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,00
İma					
Spontan Hipo-Hata	4,07±2,71	3,11±2,24	2,06±1,65	0,004	İAP-SK = 0,003
Spontan Hiper-Hata	1,26±1,62	1,98±1,96	1,09±1,1	0,028	
Seçenek Hipo-Hata	7,37±3,75	5,49±3,91	3,29±2,74	<0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,028
Seçenek Hiper-Hata	2,45±2,05	3,85±2,73	2,82±1,85	0,021	İAP-YRP= 0,017
Toplam Hipo-Hata	11,43±6	8,57±5,82	5,35±4,03	<0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,044
Toplam Hiper-Hata	3,71±3,21	5,64±3,70	3,91±2,43	0,010	İAP-YRP= 0,009
Toplam Spontan Skoru	4,67±2,27	5,11±1,95	6,82±2,05	<0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,001
Toplam Seçenek Skoru	10,19±3,62	10,74±3,45	13,88±2,9	<0,001	İAP-SK = 0,000 YRP-SK= 0,000
Toplam Skor	14,86±5,40	15,91±4,81	20,66±4,55	<0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,00

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma. **GZOT:** Gözlerden Zihin Okuma Testi. **Hipo-Hata:** Hipomentalizasyon Hatası, **Hiper-Hata:** Hipermentalizasyon Hatası. **Seçenek:** Seçeneklerin Sunulduğu skor. Kruskal Wallis. *p* ikili karşılaştırma, Bonferroni Düzeltmesiyle Kruskal Wallis analizini ifade etmektedir.

Gruplar arası farkları incelemek için Bonferroni düzeltmesi yapıldığında, İAP grubunun SK grubuna göre anlamlı derecede düşüş gösterdiği alt skorların spontan hipomentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 26.903$, $p=0.003$], seçeneklerin sunulduğu durumda hipomentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 38.546$, $p=0.001$], toplam hipomentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 37.186$, $p=0.000$], toplam spontan skor [$\chi^2(2) = 33.585$, $p=0.000$], seçeneklerin sunulduğu toplam skor [$\chi^2(2) = 35.999$, $p=0.000$] ve toplam skor olduğu [$\chi^2(2)$

=38.294, $p=0.001$] gözlemlenmiştir. YRP grubunun SK grubuna göre anlamlı düşüş gösterdiği skorlar ise; seçeneklerin sunulduğu hipomentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 20.820$, $p=0.028$], toplam hipomentalizasyon hatası skoru [$\chi^2(2) = 19.534$, $p=0.044$], toplam spontan skor [$\chi^2(2) = 27.909$, $p=0.001$], seçeneklerin sunulduğu toplam skor [$\chi^2(2) = 30.139$, $p=0.001$] ve toplam skor [$\chi^2(2) = 31.321$, $p=0.001$] olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak İAP grubunun YRP grubuna göre; seçeneklerin sunulduğu durumda hipermentalizasyon hatası [$\chi^2(2) = 20.722$, $p=0.017$] ve toplam hipermentalizasyon hatası skorunda [$\chi^2(2) = 22.309$, $p=0.009$] anlamlı derecede düşük performans gösterdiği gözlenmiştir.

Sosyal Algı

Sosyal Algıyı ölçmek için uygulanan SODP testi için gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır. Gruplara ait değerler Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Sosyal Biliş, Sosyal Algı

	İAP (N=42) (Ort ± Std)	YRP (N=50) (Ort ± Std)	SK (N=34) (Ort ± Std)	p	p İkili Karşılaştırma
SODP					
Yüz	13,33±2,07	13,83±1,74	13,97±1,68	0,208	
Vücut	13,67±2,09	13,96±2,24	14,5±1,38	0,217	
Toplam	27,02±3,23	27,83±3,05	28,47±2,16	0,116	
YİGT					
Pozitif 1	6,77±2,81	6,04±2,85	7,5±2,42	0,63	
Pozitif 2	7,47±2,71	6,51±2,95	8,29±1,98	0,017	YRP-SK = 0,014
Pozitif 3	7,98±2,84	6,91±3,11	8,5±2,29	0,037	YRP-SK = 0,039
Pozitif Toplam	22,12±7,92	19,49±8,26	24,35±6,3	0,017	YRP-SK = 0,014
Negatif 1	5,23±2,79	5,66±2,77	4,79±2,43	0,404	
Negatif 2	6,70±3,04	6,74±2,73	6,76±2,63	0,971	
Negatif 3	7,98±2,42	8±2,81	8,74±2,09	0,253	
Negatif Toplam	19,91±7,86	10,19±7,5	20,32±5,96	0,985	
Toplam 60	42,02±7,33	39,68±8,91	44,68±6,05	0,037	YRP-SK = 0,03

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma, **SODP:** Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (PONS). **YİGT:** Yüz İfadesinin Güvenirliği. Kruskal Wallis. p ikili karşılaştırma, Bonferroni Düzeltmesiyle Kruskal Wallis analizini ifade etmektedir.

YİGT’de ise Pozitif 2 [$\chi^2(2) = 8.124, p=0.017$], Pozitif 3 [$\chi^2(2) = 6.598, p=0.037$], Pozitif toplam skor için [$\chi^2(2) = 8.171, p=0.017$] ve 60 resmin toplam skoru için [$\chi^2(2) = 6.617, p=0.037$] gruplar arası anlamlı fark gözlenmiştir.

Bonferroni düzeltmesi sonrası gruplar kıyaslandığında, YRP ve SK grupları arasında Pozitif 2 [$\chi^2(2) = 22.471, p=0.014$], Pozitif 3 [$\chi^2(2) = 19.145, p=0.039$], Pozitif toplam skoru [$\chi^2(2) = 22.762, p=0.014$] ve 60 resmin toplam skoru için [$\chi^2(2) = 20.780, p=0.030$] istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüş olduğu gözlemlenmiştir.

Sosyal Bilgi

Sosyal Bilgi alt boyutunu ölçmek için uygulanan DÖTT testinin tanıdık somut durum doğru skoru [$\chi^2(2) = 18.040, p<0.001$], tanıdık olmayan somut durum doğru skoru [$\chi^2(2) = 6.942, p=0.031$], tanıdık soyut durum doğru skoru [$\chi^2(2) = 20.860, p<0.001$], tanıdık olmayan soyut durum doğru skoru [$\chi^2(2) = 13.7056, p=0.001$] ve tanıdık olmayan soyut durum yanlış pozitif skorlarında [$\chi^2(2) = 6.046, p=0.049$] gruplar arası anlamlı farklılık gözlenmiştir. Gruplara ait değerler Tablo 7’de sunulmuştur.

Bonferroni düzeltmeleri yapıldığında İAP grubunun SK grubuna kıyasla somut tanıdık durum doğru skoru [$\chi^2(2) = 33.822, p=0.000$], somut tanıdık olmayan durum doğru skoru [$\chi^2(2) = 21.786, p=0.025$], soyut tanıdık durum doğru skoru [$\chi^2(2) = 37.821, p=0.000$] ve soyut tanıdık olmayan durum doğru skorunda [$\chi^2(2) = 29.888, p=0.001$] anlamlı düşüş gösterdiği gözlemlenmiştir. YRP grubunun SK grubuna göre somut tanıdık durum doğru skoru [$\chi^2(2) = 26.839, p=0.003$] ve soyut tanıdık durum doğru skorunda [$\chi^2(2) = 21.672, p=0.021$] anlamlı düşüş gösterdiği gözlenmiştir.

SNA testinin sonuçları incelendiğinde yalnızca 22 madde için toplam skorda [$\chi^2(2) = 6.367, p=0.041$] gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur. Ancak Bonferroni düzeltmesi yapıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenememiştir. SNA testi için gruplara ait değerler Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Sosyal Biliş, Sosyal Bilgi

	İAP (N=42) (Ort ± Std)	YRP (N=50) (Ort ± Std)	SK (N=34) (Ort ± Std)	<i>p</i>	<i>p</i> İkili Karşılaştırma
DÖTT					
Somut_D_Tanıdık	0,72±0,16	0,76±0,12	0,85±0,08	< 0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,003
Somut_D_Tanıdık	0,73±0,18	0,76±0,15	0,82±0,11	0,031	İAP-SK = 0,025
Soyut_D_Tanıdık	0,68±0,20	0,78±0,14	0,87±0,09	< 0,001	İAP-SK = 0,00 YRP-SK = 0,021
Soyut_D_Tanıdık Olmayan	0,72±0,21	0,8±0,17	0,88±0,12	0,001	İAP-SK = 0,001
Somut_YP_Tanıdık	0,1±0,078	0,12±0,1	0,09±0,07	0,364	
Somut_YP_Tanıdık Olmayan	0,12±0,99	0,13±0,13	0,11±0,1	0,855	
Soyut_YP_Tanıdık	0,1±0,81	0,12±0,1	0,07±0,05	0,231	
Soyut_YP_Tanıdık Olmayan	0,1±0,11	0,09±0,13	0,05±0,05	0,049	
SNA					
Kural İhlal	9,74±1,58	9,85±1,57	10,06±1,28	0,738	
Kural Aşırı_20	5,95±1,65	5,66±1,77	6,06±1,48	0,686	
Kural Aşırı_22	6,81±1,91	6,89±2,34	8,06±2,98	0,326	
Toplam_20	15,7±1,6	15,57±1,78	16,06±1,56	0,325	
Toplam_22	16,56±1,65	16,55±1,7	17,18±2,79	0,041	

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma, **DÖTT:** Durumsal Özellikleri Tanıma Testi, **D:** Doğru, **YP:** Yanlış pozitif, **SNA:** Sosyal Norm Anketi. Kruskal Wallis. *p* ikili karşılaştırma, Bonferroni Düzeltmesiyle Kruskal Wallis analizini ifade etmektedir.

Atıfsal Yanlılık

Atıfsal Yanlılık alt boyutunu ölçmek için kullanılan İKDAÖ testinin alt skorlarından; seçenekli pozitif durumda dışsal durumsal atıf skoru [$\chi^2(2) = 6.194$, $p=0.045$], seçenekli negatif durumda dışsal kişisel atıf skoru [$\chi^2(2) = 8.959$, $p=0.011$], seçenekli dışsal kişisel atıf toplam skoru [$\chi^2(2) = 8.028$, $p=0.018$], spontan cevapta içsel atıf toplam skoru [$\chi^2(2) = 6.009$, $p=0.05$], negatif durumda dışsal kişisel atıf toplam skoru [$\chi^2(2) = 6.412$, $p=0.041$], dışsal kişisel atıf toplam skoru [$\chi^2(2) = 7.269$, $p=0.026$] ve dışsal durumsal atıf toplam skorunda [$\chi^2(2) = 6.936$, $p=0.031$] anlamlı farklar gözlenmiştir. İKDAÖ testi için gruplara ait değerler Tablo 8’de detaylı olarak sunulmuştur.

Tablo 8. Sosyal Biliş, Atıfsal Yanlılık

	İAP (N=42) (Ort ± Std)	YRP (N=50) (Ort ± Std)	SK (N=34) (Ort ± Std)	<i>p</i>	<i>p</i> İkili Karşılaştırma
İKDAÖ					
Seçenek_P_İç	3,72±1,44	3,74±2,02	3,88±1,72	0,954	
Seçenek_P_DK	1,05±0,95	1,61±1,92	1,62±1,39	0,279	
Seçenek_P_DD	3,21±1,5	2,62±1,8	2,5±1,24	0,045	
Seçenek_N_İç	2,65±1,76	2,3±1,63	2,03±1,11	0,282	
Seçenek_N_DK	2,23±2,03	2,85±1,84	3,18±1,38	0,011	İAP-SK= 0,010
Seçenek_N_DD	3,28±1,87	2,83±1,79	2,79±1,2	0,394	
Seçenek_İç_Toplam	6,37±2,52	6,04±2,87	5,91±2,22	0,544	
Seçenek_DK_Toplam	3,28±2,49	4,47±3,13	4,79±2,01	0,018	İAP-SK= 0,016
Seçenek_DD_Toplam	6,49±2,75	5,45±2,81	5,29±1,62	0,076	
Spontan_P_İç	4,67±1,39	4,77±1,68	4,15±1,28	0,061	
Spontan_P_DK	1,12±1,20	1,34±1,29	1,56±1,28	0,249	
Spontan_P_DD	2,23±1,34	1,87±1,47	2,29±1,49	0,270	
Spontan_N_İç	3,67±2,06	3,79±1,81	3,16±1,52	0,502	
Spontan_N_DK	2,09±1,44	2,57±1,6	2,5±1,6	0,330	
Spontan_N_DD	2,16±1,54	1,62±1,33	2,24±1,18	0,065	
Spontan_İç_Toplam	8,42±2,98	8,55±2,78	7,41±2,09	0,05	
Spontan_DK_Toplam	3,21±2,17	3,91±2,23	4,06±2,45	0,224	
Spontan_DD_Toplam	4,40±2,27	3,55±2,5	4,5±2	0,059	
P_İç_Toplam	8,4±2,22	8,6±3,23	8,03±2,65	0,567	
P_DK_Toplam	2,16±1,69	2,96±2,77	3,18±2,29	0,179	
P_DD_Toplam	5,44±2,21	4,38±2,72	4,79±2,37	0,081	
N_İç_Toplam	6,4±3,19	6,04±3,04	5,29±2,34	0,342	
N_DK_Toplam	4,37±3,21	5,53±3,09	5,68±2,6	0,041	
N_DD_Toplam	5,44±2,66	4,45±2,56	5,03±1,9	0,212	
İç_Toplam	14,79±4,45	14,87±5,76	13,41±3,7	0,245	
DK_Toplam	6,49±4,17	8,43±4,73	8,85±3,71	0,026	İAP-SK= 0,029
DD_Toplam	10,88±3,86	8,81±4,38	9,82±1,7	0,031	İAP-YRP= 0,031

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma, **İKDAÖ:** İçsel, Kişisel, Durumsal Atıflar Ölçeği, **P:** Pozitif, **N:** Negatif, **İç:** İçsel, **DK:** Dışsal Kişisel, **DD:** Dışsal Durumsal, **Seçenek:** Seçeneklerin Verildiği Durum. Kruskal Wallis. *p* ikili karşılaştırma, Bonferroni Düzeltmesiyle Kruskal Wallis analizini ifade etmektedir.

Bonferroni düzeltmesi sonrası gruplar arası ikili karşılaştırmalara göre; İAP grubu SK grubuna kıyasla seçenekli negatif durumda dışsal kişisel atıf skoru [$\chi^2(2) = 23.847, p=0.010$], seçenekli dışsal kişisel atıf toplam skoru [$\chi^2(2) = 22.870, p=0.016$],

dışsal kişisel atıf toplam skoru [$\chi^2(2) = 21.308, p = 0.029$] ve dışsal durumsal atıf toplam skorunda [$\chi^2(2) = 19.308, p = 0.031$] istatistiksel olarak anlamlı düşüş göstermektedir.

4.3. Bilgi İşleme Stili

4.3.1. Karar Verme

Sonuca Atlama Yanlılığını Ölçen Boncuk Testi'nin tüm alt skorlarında gruplar arası anlamlı farklar gözlenmiştir: Çekilen Boncuk Sayısı [$\chi^2(2) = 10.138, p = 0.006$], SAY [$\chi^2(2) = 7.756, p = 0.021$], Ortalama Tepki Süresi [$\chi^2(2) = 7.483, p = 0.024$]. Gruplara ait değerler Tablo 9'da sunulmuştur.

Bonferroni düzeltmesi ile gruplar kıyaslandığında; İAP grubunun SK grubuna göre Çekilen Boncuk Sayısı [$\chi^2(2) = 22.317, p = 0.012$], Sonuca Atlama Yanlılığı [$\chi^2(2) = 18.193, p = 0.032$], Ortalama Tepki Süresi [$\chi^2(2) = 22.302, p = 0.021$] skorlarında anlamlı derecede farklılık gösterdiği bilgisi elde edilmiştir. Buna ek olarak, Çekilen Boncuk Sayısı skorunda YRP grubu SK grubuna kıyasla anlamlı fark [$\chi^2(2) = 21.097, p = 0.017$] göstermiştir.

Tablo 9. Karar Verme, Sonuca Atlama Yanlılığı

	İAP (N=42) (Ort ± Std)	YRP (N=50) (Ort ± Std)	SK (N=34) (Ort ± Std)	<i>p</i>	<i>p</i> İkili Karşılaştırma
Boncuk Testi					
Çekilen Boncuk Sayısı	2,6±3,37	2,34±2,34	4,74±6,6	0,006	İAP-SK= 0,012 YRP-SK= 0,017
SAY	0,56±0,5	0,53±0,5	0,26±0,45	0,021	İAP-SK= 0,032
Ort. Tepki Süresi	11133,63±7834,57	10876,99±11363,24	7959,45±7160,1	0,024	İAP-SK= 0,021

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma. **SAY:** Sonuca Atlama Yanlılığı. Kruskal Wallis. *p* ikili karşılaştırma, Bonferroni Düzeltmesiyle Kruskal Wallis analizini ifade etmektedir.

4.3.2. Global Lokal İşleme

Global lokal işlemlerin değerlendirilmesinde NAVON ve Küplerle Desen testleri kullanılmıştır. NAVON için Global Hata [$\chi^2(2) = 9.893$, $p=0.007$] ve Hedef Olmayan Hata skorları [$\chi^2(2) = 7.813$, $p=0.020$] için gruplar arası anlamlı fark gözlenmiştir. Bonferroni düzeltmesi sonrası analiz sonucunda İAP grubunun SK grubuna kıyasla Global Hata [$\chi^2(2) = 23.470$, $p=0.009$] ve Hedef Olmayan Hata skorlarında [$\chi^2(2) = 21.472$, $p=0.020$] istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla hata yaptığı gözlenmiştir. NAVON testi için gruplara ait değerler Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Global Lokal İşleme

	İAP (N=42) (Ort $\pm$ Std)	YRP (N=50) (Ort $\pm$ Std)	SK (N=34) (Ort $\pm$ Std)	p	p İkili Karşılaştırma
NAVON					
Global hata	6,53 $\pm$ 3,44	4,77 $\pm$ 2,94	3,88 $\pm$ 2,09	0,007	İAP-SK = 0,009
Lokal hata	5,16 $\pm$ 2,69	4,91 $\pm$ 2,48	4,84 $\pm$ 1,99	0,923	
Global tepki süresi	627,60 $\pm$ 237,73	671,48 $\pm$ 127,43	685,61 $\pm$ 157,50	0,503	
Lokal tepki süresi	6839 $\pm$ 1061	674,63 $\pm$ 82,69	692,91 $\pm$ 71,14	0,312	
Hedef olmayan hata	9,42 $\pm$ 5,93	7,26 $\pm$ 5,12	5,68 $\pm$ 4,29	0,020	İAP-SK = 0,020
Hedef olmayan tepki süresi	659,2 $\pm$ 176,57	696,01 $\pm$ 83,61	722,61 $\pm$ 72,49	0,226	
Küplerle Desen					
Toplam Skor	17,74 $\pm$ 6,4	22,55 $\pm$ 6,9	27,77 $\pm$ 6,59	<0,001	İAP-SK = 0,000 İAP-YRP= 0,007

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma. Kruskal Wallis. p ikili karşılaştırma, Bonferroni Düzeltmesiyle Kruskal Wallis analizini ifade etmektedir.

Küplerle Desen testinde gruplar arası anlamlı fark gözlenmiştir [$\chi^2(2) = 22.600$, $p<0.001$]. Bonferroni düzeltmesi sonrası yapılan değerlendirme sonucunda İAP grubunun, YRP [$\chi^2(2) = 22.495$, $p=0.007$] ve SK [$\chi^2(2) = 38.376$, $p=0.000$] gruplarına

kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük performans sergilediği gözlenmiştir. Küplerle Desen testi için gruplara ait değerler Tablo 10’da verilmiştir.

4.4. Otizm Anketi

Otizm Anketi’nin alt skorları olan sosyal beceri [$\chi^2(2) = 19.858, p < 0.001$], iletişim [$\chi^2(2) = 24.155, p < 0.001$], hayal gücü [$\chi^2(2) = 15.417, p < 0.001$] ve toplam skoru [$\chi^2(2) = 21.560, p < 0.001$] için gruplar arası anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bonferroni düzeltmesi sonrası gruplar arası kıyaslamaya gidildiğinde; İAP grubunun sosyal beceri [$\chi^2(2) = 29.529, p = 0.001$], iletişim [$\chi^2(2) = 25.061, p = 0.005$], hayal gücü [$\chi^2(2) = 31.004, p = 0.000$] ve toplam skorda [$\chi^2(2) = 28.856, p = 0.001$] SK grubundan anlamlı derecede daha düşük skor aldığı gözlenmiştir. Buna ek olarak, YRP grubunun SK grubuna kıyasla sosyal beceri [$\chi^2(2) = 33.850, p = 0.000$], iletişim [$\chi^2(2) = 38.895, p = 0.000$] ve toplam skorda [$\chi^2(2) = 36.324, p = 0.000$] anlamlı ölçüde düşüş göstermiştir. Otizm Anketi için gruplara ait değerler Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Otizm Anketi

	İAP (N=42) (Ort $\pm$ Std)	YRP (N=50) (Ort $\pm$ Std)	SK (N=34) (Ort $\pm$ Std)	<i>p</i>	<i>p</i> İkili Karşılaştırma
Otizm Anketi					
Sosyal Beceri	5 $\pm$ 2,18	5,40 $\pm$ 2,19	2,79 $\pm$ 2,26	<0,001	İAP-SK = 0,001 YRP-SK = 0,000
Dikkat Kaydırma	4,80 $\pm$ 1,65	5,35 $\pm$ 2,17	4,33 $\pm$ 1,86	0,163	
Ayrıntıya Dikkat	5 $\pm$ 1,76	5,63 $\pm$ 2,06	4,88 $\pm$ 2,23	0,217	
İletişim	3,37 $\pm$ 1,96	4,40 $\pm$ 2,17	1,63 $\pm$ 1,79	<0,001	İAP-SK = 0,005 YRP-SK = 0,000
Hayal Gücü	4,73 $\pm$ 1,78	3,72 $\pm$ 2,14	2,67 $\pm$ 1,71	<0,001	İAP-SK = 0,000
Toplam Skor	22,90 $\pm$ 6,79	24,49 $\pm$ 6,48	16,29 $\pm$ 5,80	<0,001	İAP-SK = 0,001 YRP-SK = 0,000

İAP: İlk Atak Psikoz, **YRP:** Yüksek Risk Psikoz, **SK:** Sağlıklı Kontrol, **Ort:** Ortalama, **Std:** Standart Sapma. Kruskal Wallis. *p* ikili karşılaştırma, Bonferroni Düzeltmesiyle Kruskal Wallis analizini ifade etmektedir.

4.5. Sosyal Bilişsel İşlevler, Bilgi İşleme Stili ile Klinik Bulguların Korelasyonu

Duygu tanıma becerilerini değerlendiren PETT testinin üzgün ($r=-0.292$, $p=0,001$), korku ($r=-0.224$, $p=0,015$), öfke ($r=-0.310$, $p<0,001$) alt skorları ve toplam skoru ($r=-0.279$, $p=0,003$) ile depresyon arasında yüksek ve orta düzeyde negatif korelasyon gözlenmiştir. PETT toplam skoru ayrıca KNBÖ ($r=-0.370$, $p<0,001$) ve EAPB ($r=-0.268$, $p=0,019$) ile de negatif yönde anlamlı bir korelasyon göstermiştir. Buna ek olarak, EAPB öfke ile negatif yönde ($r=-0.275$, $p=0,016$), mutlu yanlılığı ile pozitif yönde ($r=0.237$, $p=0,038$) korelasyona sahiptir. Duygu tanıma ve klinik bulgular için korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri Tablo 12’de verilmiştir.

Zihin kuramı GZOT ve İma testi ile değerlendirilmiştir. GZOT için toplam skor ($r=-0.460$, $p<0,001$), negatif skor ($r=-0.244$, $p=0,011$), pozitif skor ($r=-0.293$, $p=0,002$) ve nötr skorlar ($r=-0.240$, $p=0,012$) ile garip davranış arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. PFDB ile GZOT toplam skor ($r=-0.310$, $p<0,001$), negatif skor ($r=-0.247$, $p=0,008$), pozitif skor ($r=-0.265$, $p=0,004$) ve nötr skor ($r=-0.254$, $p=0,006$) arasında güçlü korelasyon görülmüştür. KNBÖ ile de GZOT’nin bütün alt testleri arasında anlamlı korelasyon elde edilmiştir. İma toplam skoru KNBÖ, EAPB ve PFDB ile negatif korelasyona sahiptir. Buna ek olarak toplam hipomentalizasyon hatası PFDB ($r=0.283$, $p=0,002$) ve KNBÖ ($r=0.244$, $p=0,009$) ile güçlü pozitif korelasyon göstermiştir.

Sosyal algı becerisini değerlendiren YİGT toplam skoru ve SODP için klinik verilerle anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. YİGT pozitif alt skoru ile depresyon arasında negatif korelasyon ($r=-0.224$, $p=0,017$) ve negatif alt skoru ile depresyon arasında pozitif korelasyon ($r=0.198$, $p=0,035$) olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Tablo 12. Klinik Bulguların Korelasyonu

	Depresyon	Negatif Bulgular (KNBÖ)	Eşik altı Psikotik Bulgular (EAPB)	Garip Davranış	Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu (PFDB)
PETT	-0,279** 0,003	-0,370** <0,001	-0,268** 0,019	-	-
GZOT	-0,209* 0,027	-0,460** <0,001	-0,371** <0,001	-0,283** 0,003	-0,310** <0,001
İma	-	-0,298** 0,001	-0,389** <0,001	-	-0,275** 0,003
SNA	-	-0,203* 0,029	-	-	-
DÖTT		-0,392**	-0,288*		-0,199*
Somut- Doğru- Tanıdık		<0,001	0,011	-	0,033
DÖTT		-0,211*	-	-	-
Somut- Doğru- Tanıdık Olmayan		0,023			
DÖTT		-0,373**	-0,289*	-	-
Soyut- Doğru- Tanıdık		<0,001	0,011		
DÖTT		-0,282**	-	-	-
Soyut- Doğru- Tanıdık Olmayan		0,002			
İKDAÖ		-0,230*	-0,275*		
Toplam Dışsal Kişisel Atıf	-	0,013	0,015	-	-
Küplerle Desen	-	-0,282** 0,002	-	-	-
NAVON			0,236*		
Global Hata	-	-	0,019	-	-
NAVON		0,244*	0,248*		
Hedef Olmayan Hata	-	0,015	0,013	-	-

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır, ** $p < 0.001$ düzeyinde anlamlıdır, Spearman Korelasyon Testi, alttaki koyu renkli değerler p anlamlılık değeri, üstteki değer ise r korelasyon katsayısını göstermektedir. **PENN:** Penn Emosyon Testi. **GZOT:** Gözlerden Zihin Okuma Testi. **SNA:** Sosyal Norm Anketi. **DÖTT:** Durumsal Özellikleri Tanıma Testi. **İKDAÖ:** İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği.

Sosyal bilgiyi değerlendirmek için uygulanan SNA testi ile KNBÖ arasında düşük negatif korelasyon gözlenmiştir. DÖTT tanıdık somut durum doğru skoru ile KNBÖ ($r=-0.392, p<0,001$), EAPB ($r=-0.288, p=0,011$) ve PFDB ($r=-0.199, p=0,033$) ile yüksek ve orta düzeyde negatif korelasyon göstermiştir. KNBÖ ile tanıdık olmayan soyut durum doğru skoru ($r=-0.211, p=0,023$) ve tanıdık olmayan soyut durum doğru skoru ($r=-0.282, p=0,002$) arasında orta düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur. Buna ek olarak tanıdık soyut durum doğru skor ile KNBÖ ($r=-0.373, p<0,001$) ve EAPB ($r=-0.289, p=0,011$) arasında negatif yönlü yüksek bir korelasyon gözlenmiştir.

Atıfsal Yanlılığı değerlendiren İKDAÖ testi için toplam dışsal kişisel atıf skor ile KNBÖ ($r=-0.230, p=0,013$) ve EAPB ($r=-0.275, p=0,015$) arasında negatif yönlü korelasyon gözlemlenmiştir.

Karar Verme becerilerini ölçmek için uygulanan Sonuca Atlama testinin skorlarına göre KNBÖ ile sonuca atlama yanlılığı ($r=0,184, p=0,049$) ve ortalama tepki süresi ($r=0.197, p=0,034$) arasında düşük pozitif korelasyon gözlenmiştir. Çekilen boncuk sayısı ile PFDB ($r=-0.196, p=0,035$) ve EAPB ($r=-0.229, p=0,045$) arasında negatif yönlü düşük bir korelasyon olduğu görülmüştür.

Global Lokal İşleme için uygulanan Küplerle Desen skoru ile KNBÖ arasında negatif bir korelasyon gözlenmiştir. NAVON testinin alt skorundan olan global hata ile EAPB ($r=0.236, p=0,019$) arasında pozitif yönlü bir korelasyon vardır. Hedef olmayan hata skoru ile KNBÖ ($r=-0.244, p=0,015$) ve EAPB ($r=-0.248, p=0,013$) arasında ise pozitif yönlü bir korelasyon gözlemlenmiştir.

4.6. Sosyal Bilişsel İşlevler, Bilgi İşleme Stili ile Otizm Anketinin Korelasyonu

Otizm anketinin toplam skoru ile PETT ($r=-0.246, p=0,011$), GZOT ($r=-0.248, p=0,012$), İma ($r=-0.298, p=0,002$), DÖTT tanıdık somut durum doğru skoru ($r=-0.206, p=0,034$), DÖTT tanıdık soyut durum doğru skoru ($r=-0.260, p=0,007$), küplerle desen ($r=-0.263, p=0,007$) ve YİGT pozitif toplam skoru ($r=-0.330, p<0,001$) arasında negatif

yönlü; DÖTT tanıdık soyut durum yanlış pozitif skoru ($r=0.227$, $p=0,019$) ve YİGT negatif toplam skoru ($r=0.209$, $p=0,031$) arasında pozitif yönlü korelasyon gözlenmiştir.

Tablo 13. Otizm Anketinin Korelasyonu

	Toplam Skor	Sosyal Beceri	Dikkat Kaydırma	Ayrıntıya Dikkat	İletişim	Hayal Gücü
PETT	-0,246*	-0,263*	-	-	-0,209*	-
	0,011	0,006			0,031	
GZOT	-0,248*	-0,260**	-	-	-0,207*	-
	0,012	0,008			0,036	
İma	-0,298**	-0,261**	-	-0,220*	-0,285**	-0,204*
	0,002	0,007		0,023	0,003	0,036
DÖTT	-0,206*	-0,191*	-	-	-	-
Somut- Doğru- Tanıdık	0,034	0,049				
DÖTT	-0,260**	-0,295**	-	-	-	-0,299**
Soyut- Doğru- Tanıdık	0,007	0,002				0,002
DÖTT	0,227*	-	-	0,204*	0,263**	-
Soyut- Yanlış Pozitif-Tanıdık	0,019			0,036	0,006	
Küplerle Desen	-0,263**	-0,196*	-	-	-0,243*	-0,302**
	0,007	0,045			0,013	0,002
NAVON	-	-	0,247*	-	-	-
Lokal Hata			0,018			
YİGT	-0,330**	-0,301**	-	-	-0,371**	-
Pozitif Toplam	<0,001	0,002			<0,001	
YİGT	0,209*	0,213*	-	-	0,339**	
Negatif Toplam	0,031	0,027			<0,001	

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır, ** $p < 0.001$ düzeyinde anlamlıdır, Spearman Korelasyon Testi, alttaki koyu renkli değerler p anlamlılık değeri, üstteki değer ise r korelasyon katsayısını göstermektedir. **PENN**: Penn Emosyon Testi. **GZOT**: Gözlerden Zihin Okuma Testi. **DÖTT**: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi. **YİGT**: Yüz İfadesinin Güvenirliği Testi.

Otizm Anketi alt skoru olan sosyal beceri ile PETT ($r=-0.263$, $p=0,006$), GZOT ($r=-0.260$, $p=0,008$), İma ($r=-0.261$, $p=0,007$), DÖTT tanıdık somut durum doğru skoru

($r=-0.191$, $p=0,049$), DÖTT tanıdık soyut durum doğru skoru ($r=-0.295$, $p=0,002$), Küplerle desen ($r=-0.263$, $p=0,007$) ve YİGT pozitif toplam skoru ($r=-0.330$, $p<0,001$) arasında negatif yönlü; YİGT negatif toplam skoru ($r=0.209$, $p=0,031$) ile arasında pozitif yönlü korelasyon gözlenmiştir.

Dikkat Kaydırma alt skoru ile yalnızca NAVON lokal hata skoru ($r=0.247$, $p=0,018$) ile pozitif yönlü bir korelasyon gözlemlenmiştir.

Ayrıntıya dikkat; İma ($r=-0.220$, $p=0,023$) ile negatif yönlü; DÖTT tanıdık soyut durum yanlış pozitif skoru ($r=0.204$, $p=0,036$) ile pozitif yönlü korelasyon göstermiştir.

İletişim skoru ile PETT ($r=-0.209$, $p=0,031$), GZOT ($r=-0.207$, $p=0,036$), İma ($r=-0.285$, $p=0,003$), Küplerle Desen ($r=-0.243$, $p=0,013$), YİGT pozitif toplam skoru ($r=-0.371$, $p<0,001$) arasında negatif yönlü; DÖTT tanıdık soyut durum yanlış pozitif skoru ($r=0.263$, $p=0,006$) ve YİGT negatif toplam skoru ($r=0.339$, $p<0,001$) ile de pozitif yönlü yüksek korelasyon sergilemiştir.

Hayal gücü alt skoru ise İma ($r=-0.204$, $p=0,036$), DÖTT tanıdık soyut durum doğru skoru ($r=-0.299$, $p=0,002$) ve Küplerle Desen ($r=-0.302$, $p=0,002$) ile negatif yönlü bir korelasyona sahiptir.

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyal Bilişsel İşlevler

Genellikle duygu tanıma, zihin kuramı, sosyal algı, sosyal bilgi ve atıfsal yanlılık olarak beş alt boyut altında incelenen sosyal biliş, şizofrenide de sıklıkla çalışılan alanlardan biridir (1).

Duygu Tanıma

Kişilerin yüz ifadesinin, sesinin veya ikisinin birden değerlendirilmesi ile karşıdaki kişinin duygusunun yorumlanmasına duygu tanıma denmektedir. Yapılan bu çalışmanın sonucuna göre; ilk atak psikoz ve yüksek risk psikoz gruplarında genel bir duygu tanıma bozukluğu bulunmuştur. Risk grubunda (30,153) ve şizofreni tanıılı bireylerin birinci derece akrabalarında (30) duygu tanımanın bozulduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi şizofreninin her evresinde bozulduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (23). Calvo ve Nummenmaa'nın yapmış olduğu çalışmalar (35,36) şizofrenisi olan bireylerin mutlu yüzleri hatırlama avantajı olduğunu göstermiştir ancak bu çalışma sonucunda pozitif emosyonlar için gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bir çalışmada ise şizofrenisi olan bireylerin mutlu yüzleri negatif emosyon olarak yorumlama hatası gösterdikleri sonucuna ulaşmıştır (42). PETT testinde ilk atak psikoz grubu, sağlıklı kontrole kıyasla mutlu seçeneğini seçme yanlılığı için anlamlı olmaya yakın sonuç sergilemiştir ($p=0,062$). Çalışma sonucunda, genel olarak korku ve öfke için de anlamlı farklar gözlenmiştir. Gruplar arası kıyaslama yapıldığında; ilk atak psikoz grubunun ve yüksek risk psikoz grubunun PETT toplam skoru ve öfke skorunda sağlıklı kontrole kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük performans gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna ek olarak ilk atak psikoz grubu sağlıklı kontrollere kıyasla korku emosyonunu tanımada da anlamlı ölçüde bozulma göstermiştir. Edwards ve arkadaşları (38) şizofreni hastalarının olumsuz emosyonları tanımada güçlük yaşadığını fakat olumlu emosyonlarda sağlıklı kontrollerle benzer performans gösterdiğini bulgulamıştır. Benzer şekilde üzüntü (32,33,154), öfke (32,33,40,47), korku (32,40,44,45,154)ve nötr (39) emosyonlarda

bozulmalar gözlemleyen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu çalışmada nötr uyaranlar için anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Gong ve arkadaşları (33) üzüntü, öfke, iğrenme ile negatif bulgular arasında ilişki gözlemlemiştir. Kohler ve arkadaşları (155) da negatif bulgular ve duygu tanıma bozukluğu arasında bir ilişki bulgulamıştır. Bu çalışmada ise üzüntü, korku ve öfke ile KNBÖ arasında negatif korelasyon olduğu sonucu elde edilmiştir. Buna ek olarak; duygu tanıma skoru ile depresyon, KNBÖ, EAPB arasında düşük düzeyde negatif korelasyon da gözlenmiştir. Macfie ve arkadaşları (89) benzer şekilde kronik psikoz grubu ve klinik yüksek risk grubu için duygu tanıma bozukluğu ile pozitif semptomlar ve dezorganize semptomlar arasında ilişki gözlemlemiştir. Kohler ve arkadaşlarının (155) bulgularının aksine duygu tanıma bozukluğu ile PFDB arasında bir ilişki gözlenememiştir.

Zihin Kuramı

Zihin kuramı, şizofrenisi olan bireylerde emosyon tanıma ile en çok çalışılan alanlardan biridir ve başkalarının davranışlarını zihinsel durumlarına dayanarak yorumlama becerisi olarak tanımlanmaktadır (51). Şizofrenide zihin kuramı becerisinin bozulduğu sonucuna ulaşan birçok çalışma bulunmaktadır (26,56,58–60,66,153). Yapılan bu çalışmanın sonucu literatürle paralellik göstermektedir. GZOT sonuçlarına göre ilk atak psikoz grubu, negatif ve nötr emosyonlarda sağlıklı kontrole kıyasla anlamlı derecede düşük performans göstermiştir. Garcia-Fernandez ve arkadaşlarının (66) yapmış olduğu çalışma da bu bulguyu desteklemektedir, ancak GZOT için kronik şizofreni ve ilk atak psikoz grubunun performans açısından anlamlı bir farklılık göstermediği de vurgulanmıştır. Zhang ve arkadaşları (68) yüksek risk grubunun ve şizofreni grubunun pozitif ve nötr ifadelerde kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde düşük performans sergilediğini bulgulamıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde nötr emosyonlar için aynı gruplarda anlamlı fark gözlenmiştir, ancak pozitif ifadelerde anlamlı fark yalnızca yüksek risk psikoz ve sağlıklı kontroller arasında bulunmuştur.

Zihin kuramı getirilerinden olan imayı anlamada, çalışmanın sonucuna göre, genel olarak ilk atak ve yüksek risk gruplarında kontrole kıyasla bir bozulma gözlemlenmiştir. İma testinin her alt skoru istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermiştir. Bu bulgu ilk atak psikoz veya yüksek risk psikoz ile çalışılmış olan diğer çalışmalar ile de desteklenmektedir (56,65,66,153,156,157). İlk atak grubu ve yüksek risk grubunun, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla, daha fazla hipomentalizasyon hatası yaptığı ve daha düşük skorlar aldığı gözlenmiştir. Yüksek risk psikoz grubu ilk atak psikoz grubundan anlamlı derecede daha fazla hipermentalizasyon hatası, ilk atak psikoz grubu ise yüksek risk psikoz grubuna kıyasla anlamlı olmaya yakın daha fazla hipomentalizasyon hatası ($p=0,058$) sergilemişlerdir. Buna ek olarak, seçeneklerin sunulduğu durumda her grubun spontan cevap verme durumuna göre daha iyi performans sergilediği gözlenmiştir. Bohec ve arkadaşlarının (67) yapmış olduğu derleme çalışmasının sonuçlarına göre; pozitif şizotipi ve hipomentalizasyon arasında ilişki bulunmuştur (158) ve bazı çalışmalara göre zihin kuramı görevlerinde iyi performans sergilemenin hipermentalizasyon ile ilişki olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bu çalışmada, ilk atak psikoz grubunda hipomentalizasyon hatasının, yüksek risk grubunda ise hipermentalizasyon hatasının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ancak şizotipi skorları ile bu mentalizasyon hataları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Greig, Bryson ve Bell (159) zihin kuramı becerisinde bozulma ile düşünce bozukluğu arasında korelasyon olduğunu gözlemlemiştir. Yapılan bu çalışmada da benzer şekilde zihin kuramını ölçmek için uygulanan GZOT ve ima testlerinin toplam skorları ile PFDB arasında negatif yönlü korelasyon gözlenmiştir. Buna ek olarak KNBÖ ve EAPB ile GZOT ve ima arasında, depresyon ve garip davranışlar ile yalnızca GZOT arasında negatif korelasyon görülmüştür. Gruplar arasında incelendiğinde ise yalnızca yüksek risk psikoz grubunda PFDB ile ima arasında pozitif yönlü; GZOT toplam skoru, GZOT negatif, GZOT pozitif, GZOT nötr skorları arasında ise negatif yönlü korelasyon gözlenmiştir. Garcia-Fernandez (2020) kronik şizofreni grubunda GZOT ile depresyon arasında pozitif yönlü korelasyon gözlemlemiştir ancak bu çalışma sonucunda psikoz grubu için klinik bulgular ile anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir. Yine aynı çalışmada, bu çalışmada da olduğu

gibi, ima ve GZOT için ilk atak psikoz grubu için özel olarak pozitif veya KNBÖ ile anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir.

Sosyal Algı

Sosyal algı; kişinin sosyal kurallar ve sosyal bağlamı algılama yetisidir ve duygu tanımadan farkı, yargılama içermesidir (1). Toomey ve arkadaşları (81) şizofrenisi olan bireylerin SODP testinde sağlıklı kontrole kıyasla daha düşük performans sergilediğini bulgulamıştır. Buna ek olarak, paranoid şizofrenisi olan bireylerin SODP testinde paranoid olmayan şizofrenisi olan bireylere kıyasla daha iyi performans gösterdiklerini gözlemlemişlerdir. Mini-PONS (SODF) uygulanarak değerlendirilen bir diğer çalışma da hasta ve kontrol grupları arasındaki performans farkını gözlemlemiştir ancak yüz ve vücut skorları için gruplar arası fark gözlemlememiştir (87). Bu araştırmada gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır. İlk atak psikoz grubu için SODP yüz skoru ile depresyon arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon gözlenmiştir. Chappellier ve arkadaşları (87) hasta ve kontrol grupları için negatif semptomlar ile Mini-PONS (SODP) skorları arasında korelasyon elde edememiştir.

YİGT ölçeğinde pozitif², pozitif³, toplam pozitif skor ve toplam skor için anlamlı fark gözlenmiştir. Gruplar arası ikili kıyaslama yapıldığında yüksek risk psikoz grubunun sağlıklı kontrollere kıyasla bu skorlar için anlamlı derecede performans düşüklüğü sergilediği görülmüştür. Healey ve arkadaşları (88) ise boylamsal çalışmalarında zamanla klinik yüksek risk grubunun daha pozitif olarak değerlendirmeye başladığı sonucuna ulaşmıştır. Couture ve arkadaşları (160) yüksek risk grubunun negatif yüzlere kontrol grubuna kıyasla daha pozitif yaklaştığını gözlemlemiştir ancak klinik bulgular ile anlamlı ilişki olduğuna dair bir bulgu elde edememiştir. Yüksek risk grubunun sağlıklı grupla kıyaslanması sırasında pozitif¹ skoru için de anlamlıya yakın fark olduğu görülmüştür ($p=0,059$). İlk atak psikoz ile sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Yüksek risk grubu ve sağlıklı kontrol grubu için YİGT negatif skorları ile depresyon arasında düşük düzeyde

pozitif korelasyon gözlenmiştir. Ancak ilk atak psikoz grubunda herhangi bir anlamlı korelasyona rastlanmamıştır.

Sosyal Bilgi

Sosyal bilgi, sosyal bilişte az çalışılan kategorilerden biridir. Diğer sosyal bilişsel becerilere kıyasla daha az bozulma göstermektedir (24). Lee ve arkadaşlarının (2) yapmış olduğu metaanaliz çalışmasında yalnızca bir çalışma için (161) kronik şizofreni, ilk atak psikoz ve klinik yüksek risk grupları arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir, diğer çalışmalar klinik yüksek risk grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark gözlememiştir (153). Bu çalışmanın sonucuna göre; ilk atak psikoz ve yüksek risk psikoz gruplarında DÖTT testi için sağlıklı kontrole kıyasla bozulma gözlenmiştir. Ancak SNA testinde yalnızca toplam skor için anlamlı bir fark gözlenmiş ve gruplar arası bakıldığında anlamlı farka rastlanmamıştır. Sosyal bilgide bozulmalar kronik şizofreni (89,90) ve klinik yüksek risk şizofreni grupları için (89) negatif semptomların şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada ise sosyal bilgi becerisini ölçen test skorları ile KNBÖ ve EAPB arasında negatif yönlü korelasyona rastlanmıştır.

Atıfsal Yanlılık

Savla ve arkadaşları (24) yapmış oldukları metaanaliz çalışmasında kontrol grubu ve şizofreni grubu arasında atıfların yönü açısından bir fark olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Şizofrenide pozitif semptomlar, depresyon ve ajitasyon ile düşmanca atıflar arasında ilişki bulan çalışmalar da vardır (162). Depresif bozukluğu olan şizofreni hastalarında kendini suçlama gibi negatif atıflar kontrol grubuna kıyasla daha fazla gözlenmektedir (163). Yapılan bu çalışmanın sonucunda ise dışsal kişisel atıflar için ilk atak psikoz ve sağlıklı kontrol grupları arasında anlamlı fark gözlenmiştir ve buna ek olarak dışsal durumsal atıflarda ilk atak psikoz ve yüksek risk psikoz grupları anlamlı fark göstermektedir. Langdon ve arkadaşları (163) atıfsal yanlılığın ilk atak psikozda çok belirgin olmadığını ileri sürmektedir ve bununla birlikte olumsuz durumlarda içsel atıf yapmaktan kaçındıklarını bulgulamıştır. Yüksek risk psikoz

grubunda dışsal kişisel atıflar ile negatif semptomlar ve paranoid semptomlar arasında pozitif korelasyon gözlemlenmiştir (92,164). Bentall ve arkadaşları (165) paranoid semptomları olan şizofreni grubunun, bu semptomlara sahip olmayan şizofreni grubuna kıyasla negatif durumlarda dışsal atıfta bulunma eğilimine daha çok sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Hem hasta grubu hem kontrol grubunda benzer dışsal kişisel atıf gözlemlenmiştir ancak bu atıflar ile klinik semptomlar arasında bir ilişki bulunamamıştır (91). Bu çalışmada ise dışsal kişisel atıflar ile negatif semptomlar ve EAPB arasında korelasyon gözlenmiştir.

5.2. Bilgi İşleme Stili

şizofrenisi olan bireyler kontrol grubuna kıyasla daha düşük sayıda boncuk çekerek karar verme eğilimindedir (104). Bu çalışmayı destekler niteliktedir. İlk atak psikoz grubu ve yüksek risk grupları sağlıklı kontrole kıyasla anlamlı derecede daha az boncuk çektiği sonucuna ulaşılmıştır. İlk atak psikoz grubunda yapılan bir çalışmada (166) psikotik semptomların şiddeti ve negatif semptomların şiddeti ile Sonuca Atlama Yanlılığı arasında anlamlı negatif bir ilişki gözlenmiştir. Bu çalışmada negatif semptomlarla ilgili herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Xenaxi ve arkadaşları (166) ayrıca pozitif psikotik semptomlar ile az sayıda çekilen boncuk sayısı arasında ilişki gözlemlemişlerdir. Yapılan bu çalışmada karar vermeden önce çekilen boncuk sayısı ile EAPB ve PFDB arasında düşük negatif bir korelasyon gözlenmiştir. Buna ek olarak sağlıklı kontrol grubunda depresyon ile çekilen boncuk sayısı arasında orta dereceli pozitif korelasyon bulgulanmıştır.

Global lokal işlemeleme görevlerinde şizofreni grupları ve kontrol gruplarının benzer performans gösterdiği, ancak işlemeleme görevi eldiriciyle birlikte verildiğinde ve bu lokal düzeyde olduğunda hasta grubu sağlıklı kontrole kıyasla daha fazla hata yapmaya eğiliminde olmaktadır (167). Ancak yapılan bu çalışmada ilk atak psikoz ve sağlıklı kontrol grupları için global hata ve hedef olmayan hata skorlarında anlamlı fark gözlenmiştir. Johnson ve arkadaşları (124) da bu çalışma ile benzer şekilde şizofreni grubunda global işlemelemede bozulma olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Bellgrove ve arkadaşları (120) görsel alanı işlerken şizofrenisi olan bireylerin lokale odaklandığını öne sürmüştür. Bu çalışmada da lokal işleme de hata görülmemiştir. Ferman ve arkadaşları (123) pozitif semptom şiddeti ile global hata arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Bu çalışmada da benzer şekilde global hata ile EAPB arasında pozitif yönlü korelasyon gözlenmiştir. Buna ek olarak hedef olmayan hata ile de KNBÖ ve EAPB arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu sonucu elde edilmiştir.

Küplerle Desen testi şizofreni grubunda genellikle global ve lokal işleme yerine performans IQ değerlendirmesi için kullanılmıştır. Sorensen ve arkadaşları (168) şizofreni grubu ve kontrol grubu arasında Küplerle Desen testi için anlamlı fark gözlemlememiştir. Ancak bu ilk atak psikoz ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulan çalışmalar da mevcuttur (169). Bu çalışmada ise; ilk atak psikoz sağlıklı kontrolden ve yüksek risk psikoz grubundan anlamlı ölçüde düşük skora sahip olduğu ve bu düşük performans ile KNBÖ arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğu bilgisi elde edilmiştir. Yüksek risk psikoz grubunda küplerle desen skoru ile garip davranış arasında pozitif yönlü korelasyon gözlenmiştir.

5.3. Otistik Bulgular ile Korelasyon

Otizmde görülen, sosyal etkileşimde zorlanma, iletişim, duygu işleme ve motor anormallikler şizofrenide de görülmektedir (19). Metaanaliz çalışmalarında otizmde şizofreni prevalansı (170) şizofrenide otistik semptomlar (171) ise kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Şizofrenide otistik semptomların şiddeti arttıkça sosyal bilişsel beceriler o derece kötüleşmektedir (11,15). Bu çalışmada da benzer şekilde şizofreni grubunda otistik bulgular kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Crescenzo ve arkadaşlarının (13) metaanaliz çalışmasının sonucunda şizofreni hastalarının kontrol grubuna kıyasla OA toplam skorda ve OA sosyal beceri, OA dikkat kaydırma, OA iletişim ve OA hayal gücü alt ölçeklerinde anlamlı ölçüde daha yüksek skorlara sahiptir, ancak bu iki grup arasında OA ayrıntıya dikkat alt ölçeği için anlamlı fark gözlenmemiştir. Yapılan bu çalışmanın sonucunda ise; OA toplam skor,

OA sosyal beceri, OA iletişim ve OA hayal gücü için gruplar arası anlamlı fark gözlenmiştir ve bu testler için ilk atak psikoz grubu kontrol grubundan, yüksek risk psikoz grubu da kontrol grubundan anlamlı ölçüde fark göstermiştir. Fakat ilk atak psikoz ve yüksek risk grupları birbirinden anlamlı olarak fark sergilememiştir. Crescenzo ve arkadaşları ile (13) benzer şekilde bu çalışmada da OA dikkat kaydırma ve OA ayrıntıya dikkat alt ölçekleri için anlamlı fark gözlenememiştir.

Kantrowitz ve arkadaşlarının (172) yapmış olduğu metaanaliz ve derleme çalışmasının sonuçlarına göre; şizofreni hastaları duygu tanıma testinde otizmi olan gruba kıyasla daha iyi performans göstermektedir ve daha genç katılımcılarla yapılan çalışmalarda bu iki grup arasında anlamlı fark daha büyük etki büyüklüğüne sahip olarak bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise şizofreni hastalarının hem işitsel hem görsel duygu tanıma görevlerinde kötü performans gösterirken yüksek fonksiyonlu otizm grubunun yalnızca görsel duygu tanımada bozulmalar gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (173). Barlati ve arkadaşları (11) otistik belirtiler gösteren şizofreni hastalarında duygu tanıma bozukluğu gözlemlememiştir. Bu çalışmanın sonucunda ise; otistik belirtileri yüksek olan katılımcıların duygu tanıma testlerinde daha kötü performans sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle ilk atak psikoz grubunda mutlu yüz ile OA hayal gücü, korku ve öfke için OA toplam skoru, öfke ve nötr için ise OA sosyal beceri skorları arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Buna ek olarak ilk atak grubunda öfke yanlılığı ile OA toplam skor, OA sosyal beceri, OA dikkat kaydırma arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon gözlenmiştir.

Bazı çalışmalarda GZOT ve diğer ZK testleri için şizofreni ve otizm arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (172). Ancak Martinez ve arkadaşları (174) şizofreni grubunun zihin kuramı testlerinde otizmden daha iyi performans gösterdiği ve bu iki grubun kontrol grubuna kıyasla daha kötü skor aldığı sonucuna ulaşmıştır. Buna ek olarak ZK skoru ile şizofreni için dezorganizasyon ve her iki grup için Otizm Anketi skoru ile negatif korelasyon elde edilmiştir. İma testi ve GZOT ile paranoya arasında negatif korelasyon bulan çalışmalar da bulunmaktadır (175). Bu sonuçlar, Vaskinn ve Abu-Akel (16) şizofreni/şizoafektif bozukluğu olan katılımcılarda otizm semptomları

ve pozitif psikotik semptomları daha yüksek yatan hastaların daha az hipermentalizasyon hatası yaptığını ve bütün ZK testlerinde daha iyi performans gösterdiği sonucuyla çelişmektedir. Bu çalışmanın sonucuna göre; GZOT ile OA toplam skor, OA sosyal beceri, OA iletişim ve İma ile OA toplam skor, OA sosyal beceri, OA ayrıntıya dikkat, OA iletişim ve OA hayal gücü arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Gruplar için ayrı ayrı bakıldığında yalnızca ilk atak psikoz grubunda İma testi ile OA ayrıntıya dikkat ve OA iletişim skorları arasında negatif korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde otistik bulguları olan şizofreni hastalarında sosyal bilişin alt boyutlarından olan atıfsal yanlılık, sosyal bilgi ve sosyal algıyı çalışan bilindik çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma sonucunda sosyal algı için YİGT Pozitif toplam skor ile OA toplam skoru, OA sosyal beceri, OA iletişim alt skorları arasında negatif yönlü; YİGT Negatif toplam skor ile OA toplam skor arasında pozitif yönlü korelasyon gözlenmiştir. Bununla birlikte, gruplar arası incelendiğinde ilk atak psikoz grubunda YİGT Pozitif toplam skoru ile OA toplam skoru, OA sosyal beceri ve OA hayal gücü arasında negatif yönlü; yüksek risk psikoz grubunda ise YİGT Negatif toplam skoru ile OA toplam skor, OA sosyal beceri, OA dikkat kaydırma ve OA hayal gücü arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon gözlenmiştir. SODP-40 yüz skoru için ise ilk atak psikoz grubunda OA dikkati kaydırma arasında negatif yönlü bir korelasyona rastlanmıştır.

Sosyal bilgiyi değerlendirmek için uygulanan DÖTT ve SNA testlerinden SNA ile otizm skorları arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir. Gruplar arası bakıldığında yalnızca ilk atak psikoz grubunda OA hayal gücü skoru ile negatif yönlü bir korelasyon gösterdiği görülmüştür. DÖTT tanıdık soyut durum doğru skoru ile OA toplam, OA sosyal beceri ve OA hayal gücü arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak DÖTT tanıdık soyut durum doğru skoru yüksek risk psikoz grubunda OA sosyal beceri alt skoru ile negatif yönlü bir korelasyona sahiptir. DÖTT tanıdık soyut durum yanlış pozitif skoru ise OA toplam, OA sosyal beceri ve OA iletişim skorları ile pozitif yönlü korelasyon göstermiştir.

Bununla birlikte, bu alt skor ilk atak psikoz grubunda OA dikkat kaydırma skoru ile pozitif yönlü bir korelasyon sergilemiştir.

Atıfsal yanlılık ile OA skorları arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmezken gruplar arası incelendiğinde, ilk atak psikoz grubunda İKDAÖ dışsal kişisel toplam skoru ile OA toplam, OA dikkat kaydırma, OA iletişim ve OA hayal gücü ile orta dereceli negatif yönlü korelasyona sahip olduğu gözlenmiştir.

Global lokal işleme için NAVON lokal hata ile OA dikkat kaydırma arasında düşük dereceli pozitif bir korelasyona rastlanmıştır. İlk atak psikoz grubunda NAVON lokal uyaranlara tepki süresi ile OA toplam arasında pozitif yönlü; yüksek risk psikoz grubunda NAVON global hata ile OA dikkat kaydırma arasında negatif yönlü bir korelasyon bulgulanmıştır. Küplerle Desen ile OA toplam, OA sosyal beceri, OA iletişim ve OA hayal gücü arasında negatif yönlü düşük korelasyonlara rastlanmıştır. Buna ek olarak ilk atak psikoz grubunda Küplerle Desen ile OA toplam ve OA dikkati kaydırma arasında orta düzey negatif yönlü korelasyon olduğu sonucu elde edilmiştir.

Karar Verme için uygulanan Boncuk Testi ile OA skorları arasında anlamlı bir korelasyona denk gelinmezken yüksek risk grubunda Boncuk Testi ortalama tepki süresi ile OA dikkati kaydırma arasında orta düzeyde negatif yönlü korelasyonun varlığı tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofrenide sosyal bilişsel işlevlerin bozulduğu bilinmektedir. Bu bozulmaların şizofreninin her evresinde olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Sosyal bilişin alt alanlarından olan duygu tanıma ve zihin kuramı bu bağlamda en çok çalışılan alanlardır. Birbirini destekleyen çalışmalar olduğu gibi çelişen sonuçlara da rastlanmaktadır. Sosyal bilgi, sosyal algı ve atıfsal yanlılık bu bağlamda görece daha az çalışılmıştır. Bu çalışmada sosyal bilişin beş alt alanı değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; ilk atak psikoz ve yüksek risk psikoz gruplarında sağlıklı kontrollere kıyasla her alt alanda bozulmalar mevcuttur. Gruplar arası kıyaslamalarda

yüksek risk psikoz grubunun ilk atak psikoz grubuna kıyasla daha fazla hipermentalizasyon hatası yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak, ilk atak psikoz hastalarının yüksek risk grubundan daha fazla dışsal durumsal atıf yaptığı bilgisi elde edilmiştir. Genel olarak performans IQ ölçümü için kullanılan ama bu çalışmada global lokal işlemeyi değerlendirmek için faydalanan küplerle desen testinde ilk atak psikoz ve yüksek risk psikoz grupları birbirinden anlamlı bir şekilde farklı sonuçlar almıştır. Elde edilen bu bilgiler; ilk atak psikoz ve yüksek risk psikoz olgularının ayırt edilebilmesi için değerlendirilebilir ölçüdedir.

Şizofreni ve otizm spektrum bozukluğunun eş tanı olabildiği bilgisinden yola çıkılarak şizofrenisi olan bireylerde otistik bulgular incelenmiştir. Her iki bozukluk da sosyal bilişsel açıdan benzer eksikliklere sahiptir. Her iki bozukluğa sahip bireyler, bu becerileri değerlendiren testlerde daha da kötü performans sergilemektedir. Otistik belirtilere sahip psikotik bireylerde sosyal bilişin beş alt alanının birlikte veya ayrı ayrı çalışılan çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu çalışma ile otistik semptomları olan şizofreni hastalarının otizm semptomları olmayan hastalara kıyasla sosyal bilişsel işlevlerde, karar verme becerilerinde ve global lokal işlemelemede daha kötü performans sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu işlevlerde bozulmaların tedaviye yanıt üzerinde olumsuz etkisi olabilmektedir. Otizm semptomlarının şiddetinin tespiti ile hastaların işlevselliğinin artırılması ve bireyselleştirilmiş tedavi programlarının tanımlanabilmesi için otistik semptomlara sahip şizofrenili bireylerle sosyal bilişsel işlevlerin çalışıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple bu becerileri inceleyen, daha yüksek örneklem sayısına sahip boylamsal çalışmalar literatür için çok değerli olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophr Bull*. 2008 Nov 1;34(6):1211–20.
2. Lee TY, Hong S bin, Shin NY, Kwon JS. Social cognitive functioning in prodromal psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2015 May 1;164(1–3):28–34.
3. van Donkersgoed RJM, Wunderink L, Nieboer R, Aleman A, Pijnenborg GHM. Social Cognition in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis: A Meta-Analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 2015 Oct 28 [cited 2022 May 12];10(10):e0141075. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0141075>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013 May 22 [cited 2022 May 16]; Available from: /record/2013-14907-000
5. Bleuler: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien - Google Akademik [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Dementia%20praecox%20oder%20Gruppe%20der%20Schizophrenien&publication_year=1911&author=Bleuler%2CE.
6. Barlati S, Deste G, Ariu C, Vita A. Autism spectrum disorder and schizophrenia: Do they overlap? *Int J Emerg Ment Health*. 2016 Jan 1;18(1):760–3.
7. Pinkham AE, Morrison KE, Penn DL, Harvey PD, Kelsven S, Ludwig K, et al. Comprehensive comparison of social cognitive performance in autism spectrum disorder and schizophrenia. *Psychol Med* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 May 12];50(15):2557–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31576783/>
8. Pinkham AE. Social Cognition in Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(2):14–9.
9. Sasson NJ, Morrison KE, Kelsven S, Pinkham AE. Social cognition as a predictor of functional and social skills in autistic adults without intellectual disability. *Autism research*. 2020 Feb 1;13(2):259–70.
10. Eack SM, Bahorik AL, Mcknight SAF, Hogarty SS, Greenwald DP, Newhill CE, et al. Commonalities in Social and Non-Social Cognitive Impairments in Adults with Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2013;148(0):24–8.
11. Barlati S, Deste G, Gregorelli M, Vita A. Autistic traits in a sample of adult patients with schizophrenia: prevalence and correlates. *Psychological Medicine* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 May 14];49(1):140–8. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/autistic->

traits-in-a-sample-of-adult-patients-with-schizophrenia-prevalence-and-correlates/BA90DC520168F8585308B281896AFA11

12. Bechi M, Agostoni G, Buonocore M, Bosinelli F, Spangaro M, Bianchi L, et al. The Influence of Premorbid Adjustment and Autistic Traits on Social Cognitive Dysfunction in Schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 May 14];26(3):276–85. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-the-international-neuropsychological-society/article/abs/influence-of-premorbid-adjustment-and-autistic-traits-on-social-cognitive-dysfunction-in-schizophrenia/0C87EA3135EB8A255A8AF5FB7DCEDC3B>
13. de Crescenzo F, Postorino V, Siracusano M, Riccioni A, Armando M, Curatolo P, et al. Autistic symptoms in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(FEB):78.
14. Deste G, Vita A, Penn DL, Pinkham AE, Nibbio G, Harvey PD. Autistic symptoms predict social cognitive performance in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2022 May 12];215:113–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31780344/>
15. Vita A, Barlati S, Deste G, Rocca P, Rossi A, Bertolino A, et al. The influence of autistic symptoms on social and non-social cognition and on real-life functioning in people with schizophrenia: Evidence from the Italian Network for Research on Psychoses multicenter study. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2022 May 12];63(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33168115/>
16. Vaskinn A, Abu-Akel A. The Interactive Effect of Autism and Psychosis Severity on Theory of Mind and Functioning in Schizophrenia. *Neuropsychology*. 2019 Feb 1;33(2):195–202.
17. Rutten BPF, Mill J. Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders. *Schizophr Bull*. 2009 Nov 1;35(6):1045–56.
18. LANGUAGE Contri E, Addington J, Cadenhead K, Cannon T, Cornblatt B, Davidson L, et al. STRUCTURED INTERVIEW FOR PSYCHOSIS-RISK SYNDROMES. 2017;
19. Kästner A, Begemann M, Michel TM, Everts S, Stepniak B, Bach C, et al. Autism beyond diagnostic categories: Characterization of autistic phenotypes in schizophrenia. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 May 13 [cited 2022 May 14];15(1):1–12. Available from: <https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0494-x>
20. Deste G, Barlati S, Gregorelli M, Lisoni J, Turrina C, Valsecchi P, et al. Looking through autistic features in schizophrenia using the PANSS Autism Severity Score (PAUSS). 2018 [cited 2022 May 16]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.074>

21. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2001;31(1).
22. Smith ER, Semin GR. Situated Social Cognition: <https://doi.org/10.1111/j1467-8721.2007.00490.x> [Internet]. 2016 Jun 24 [cited 2022 May 16];16(3):132–5. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1111/j.1467-8721.2007.00490.x?casa_token=Tt8vwsm7ZXwAAAAA%3AhdgVGeIo1j5F14z2rKQ8xvcM3cJ2XvuCzgm9x3Mcd9SBuC9xAAWr2QMtFJGDUp6p-UOwqOXmFLU
23. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. 2008; Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/34/3/408/1881693>
24. Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW. Deficits in Domains of Social Cognition in Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2013 Sep 1 [cited 2022 May 12];39(5):979–92. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/39/5/979/1924210>
25. Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophr Bull*. 2005 Oct 1;31(4):882–7.
26. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2007 Jul;191(JULY):5–13.
27. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2009;109(1–3):1–9.
28. Sergi MJ, Green MF. Social perception and early visual processing in schizophrenia. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2003 Feb 1 [cited 2022 May 16];59(2–3):233–41. Available from: www.elsevier.com/locate/schres
29. Kinderman P, Bentall RP. Self-discrepancies and persecutory delusions: Evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology* [Internet]. 1996 [cited 2022 May 16];105(1):106–13. Available from: [/record/1996-00404-012](http://record/1996-00404-012)
30. Ay R, Böke Ö, Pazvantoğlu O, Şahin AR, Sarisoy G, Arik AC, et al. Social cognition in schizophrenia patients and their first-degree relatives. *Noropsikiyatri Arsivi*. 2016 Dec 1;53(4):338–43.
31. Aydın O, Balıkçı K, Taş C, Ünal Aydın P, Çökmüş FP, Esen Danacı A. Şizofreni hastalarının anneleri ile sağlıklı kontrollerin yürütücü işlev, sosyal biliş ve

plazma oksitosin düzeylerinin karşılaştırılması: Yeni bir endofenotip arayışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(4):307–13.

32. Barkhof E, de Sonnevile LMJ, Meijer CJ, de Haan L. Specificity of facial emotion recognition impairments in patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2015 Mar 1;2(1):12–9.

33. Gong B, Li Q, Zhao Y, Wu C. Auditory emotion recognition deficits in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021 Nov 1;65:102820.

34. Mitrovic M, Ristic M, Dimitrijevic B, Hadzi Pesic M. Facial Emotion Recognition and Persecutory Ideation in Paranoid Schizophrenia. *Psychological Reports* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 May 4];123(4):1099–116. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0033294119849016?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

35. Nummenmaa L, Calvo MG. Dissociation between recognition and detection advantage for facial expressions: A meta-analysis. *Emotion*. 2015 Apr 1;15(2):243–56.

36. Calvo MG, Nummenmaa L. Perceptual and affective mechanisms in facial expression recognition: An integrative review. <https://doi.org/10.1080/0269993120151049124> [Internet]. 2015 Aug 17 [cited 2022 May 4];30(6):1081–106. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699931.2015.1049124>

37. Calvo MG, Beltrán D. Recognition advantage of happy faces: Tracing the neurocognitive processes. *Neuropsychologia*. 2013 Sep 1;51(11):2051–61.

38. Edwards J, Jackson HJ, Pattison PE. Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: A methodological review. *Clinical Psychology Review*. 2002;22(6):789–832.

39. Leppänen JM, Niehaus DJH, Koen L, du Toit E, Schoeman R, Emsley R. Emotional face processing deficit in schizophrenia: A replication study in a South African Xhosa population. *Schizophrenia Research*. 2006 Jun 1;84(2–3):323–30.

40. Kohler CG, Walker JB, Martin EA, Healey KM, Moberg PJ. Facial Emotion Perception in Schizophrenia: A Meta-analytic Review. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2010 Sep 1 [cited 2022 May 4];36(5):1009–19. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/36/5/1009/1865312>

41. Kohler CG, Turner TH, Bilker WB, Brensinger CM, Siegel SJ, Kanes SJ, et al. Facial emotion recognition in schizophrenia: Intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2003 Oct 1 [cited 2022 May 11];160(10):1768–74. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.160.10.1768>

42. Lee SC, Lin H, Shih CL, Chen KW, Liu CC, Kuo CJ, et al. Error patterns of facial emotion recognition in patients with schizophrenia. *Journal of*

Affective Disorders [Internet]. 2022;300:441–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.130>

43. Zhang T, Ma Y, Shi C, Xu Y, Gao Z, Zhao W, et al. Article 633717 (2021) Facial Emotion Recognition in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* | www.frontiersin.org [Internet]. 2021;1:633717. Available from: www.frontiersin.org

44. Romero-Ferreiro MV, Aguado L, Rodriguez-Torresano J, Palomo T, Rodriguez-Jimenez R, Pedreira-Massa JL. Facial affect recognition in early and late-stage schizophrenia patients. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2022 May 4];172(1–3):177–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.010>

45. Allott KA, Rice S, Bartholomeusz CF, Klier C, Schlögelhofer M, Schäfer MR, et al. Emotion recognition in unaffected first-degree relatives of individuals with first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2022 May 4];161(2–3):322–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.12.010>

46. Catalan A, Artaza MG de, Bustamante S, Orgaz P, Osa L, Angosto V, et al. Differences in Facial Emotion Recognition between First Episode Psychosis, Borderline Personality Disorder and Healthy Controls. *PLOS ONE* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 May 4];11(7):e0160056. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0160056>

47. Barkl SJ, Lah S, Harris AWF, Williams LM. Facial emotion identification in early-onset and first-episode psychosis: A systematic review with meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2014 Oct 1;159(1):62–9.

48. Schneider F, Gur RC, Koch K, Backes V, Amunts K, Shah NJ, et al. Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2006 Mar 1 [cited 2022 May 4];163(3):442–7. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.163.3.442>

49. Yildirim E, Yalinçetin B, Sevilmiş Ş, Kutay Ö, Alptekin K. Is There Any Relation Between Impaired Emotion Perception and Thought Disorder in Schizophrenia? *Archives of Neuropsychiatry* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2022 May 4];55(2):118. Available from: [/pmc/articles/PMC6060655/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3060655/)

50. Hargreaves A, Mothersill O, Anderson M, Lawless S, Corvin A, Donohoe G. Detecting facial emotion recognition deficits in schizophrenia using dynamic stimuli of varying intensities. *Neuroscience Letters*. 2016 Oct 28;633:47–54.

51. Premack D, Woodruff G. Premack and Woodruff : Chimpanzee theory of mind. *Behavioral and Brain Sciences*. 1978;4(1978):515–26.

52. Frith. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. - *PsycNET* [Internet]. 1992. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1993-97187-000>

53. Brüne M. Social cognition and psychopathology in an evolutionary perspective: Current status and proposals for research. *Psychopathology*. 2001;34(2):85–94.
54. Langdon R, Coltheart M. Mentalising , schizotypy , and schizophrenia. 1999;71:43–71.
55. Jahshan CS, Sergi MJ. Theory of mind, neurocognition, and functional status in schizotypy. *Schizophrenia Research*. 2007;89(1–3):278–86.
56. Harrington L, Siegert RJ, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2005;10(4):249–86.
57. Harrington L, Langdon R, Siegert RJ, McClure J. Schizophrenia, theory of mind, and persecutory delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2005;10(2):87–104.
58. Brüne M. “Theory of mind” in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*. 2005;31(1):21–42.
59. Bora E. Ş izofreni Spektrum Bozukluklar ı nda Zihin Kuram ı . 2009;20(3):269–81.
60. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Theory of mind impairment: A distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009 Oct;120(4):253–64.
61. Herold R, Tényi T, Lénárd K, Trixler M. Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychol Med*. 2002 Aug 1;32(6):1125–9.
62. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1995;17(1):5–13.
63. Corcoran R, Cahill C, Frith CD. The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: A study of “mentalizing” ability. *Schizophrenia Research*. 1997;24(3):319–27.
64. Sarfati Y, Hardy-Baylé MC, Besche C, Widlöcher D. Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: A non- verbal exploration with comic strips. *Schizophrenia Research*. 1997;25(3):199–209.
65. Janssen I, Krabbendam L, Jolles J, van Os J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internet]. 2003 Aug 1 [cited 2022 May 16];108(2):110–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1600-0447.2003.00092.x>
66. García-Fernández L, Cabot-Ivorra N, Romero-Ferreiro V, Pérez-Martín J, Rodríguez-Jimenez R. Differences in theory of mind between early and chronic stages in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 2020 Aug 1;127:35–41.
67. Bohec AL, Baltazar M, Tassin M, Rey R. Théorie de l’esprit et schizotypie : une revue de la littérature. *L’Encéphale*. 2021 Jun 1;47(3):254–62.

68. Zhang TH, Tang YY, Cui HR, Lu X, Xu LH, Liu XH, et al. Theory of Mind Impairments in Youth at Clinical High Risk of Psychosis. <http://dx.doi.org/10.1080/0033274720151123592> [Internet]. 2016 Jan 2 [cited 2022 May 4];79(1):40–55. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00332747.2015.1123592>
69. Mazza M, de Risio A, Surian L, Roncone R, Casacchia M. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2001;47(2–3):299–308.
70. Bell MD, Mishara AL. Does negative symptom change relate to neurocognitive change in schizophrenia? Implications for targeted treatments. *Schizophrenia Research*. 2006;81(1):17–27.
71. Martino DJ, Bucay D, Butman JT, Allegri RF. Neuropsychological frontal impairments and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2007;152(2–3):121–8.
72. Mizrahi R, Korostil M, Starkstein SE, Zipursky RB, Kapur S. The effect of antipsychotic treatment on Theory of Mind. *Psychological Medicine*. 2007;37(4):595–601.
73. Langdon R, Coltheart M, Ward PB, Catts S v. Mentalising, executive planning and disengagement in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2001;6(2):81–108.
74. Foerster A, Lewis S, Owen M, Murray R. Pre-morbid adjustment and personality in psychosis. Effects of sex and diagnosis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1991 [cited 2022 May 16];158(FEB.):171–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2012907/>
75. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*. 1985;21(1):37–46.
76. Social Psychiatry: Theory, Methodology, and Practice - Google Books [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: https://books.google.com.tr/books?id=a2YxLwDXmwsC&pg=PA65&lpg=PA65&dq=elective+affinities+in+schizophrenia+and+childhood+autism&source=bl&ots=ySaI1F95p2&sig=ACfU3U1tP4SqRspV_fhqrk-wIZING5BTGQ&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwio8PansIHoAhUUTBUIHW1DAUYQ6AEwBXoECAkQAQ#v=onepage&q&f=false
77. Tager-Flusberg H. Evaluating the theory-of-mind hypothesis of autism. *Current Directions in Psychological Science*. 2007;16(6):311–5.
78. Ruffman T, Garnham W, Rideout P. Social understanding in autism: Eye gaze as a measure of core insights. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2001;42(8):1083–94.
79. Baron-Cohen. Theory of Mind and the Triad of Perspectives on Autism and Asperger Syndrome ... - Olga Bogdashina - Google Books [Internet]. 1995. [cited

2022 May 16]. Available from: [https://books.google.com.tr/books?id=JeoPBQAAQBAJ&pg=PA308&dq=Baron-Cohen,+S.+\(1995\).+Mindblindness:+An+essay+on+autism+and+theory+of+mind.+Boston:+MIT+Press.&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjP0Peg9OT3AhUnSfEDHR4MARwQ6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=Baron-Cohen%2C%20S.%20\(1995\).%20Mindblindness%3A%20An%20essay%20on%20autism%20and%20theory%20of%20mind.%20Boston%3A%20MIT%20Press.&f=false](https://books.google.com.tr/books?id=JeoPBQAAQBAJ&pg=PA308&dq=Baron-Cohen,+S.+(1995).+Mindblindness:+An+essay+on+autism+and+theory+of+mind.+Boston:+MIT+Press.&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjP0Peg9OT3AhUnSfEDHR4MARwQ6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=Baron-Cohen%2C%20S.%20(1995).%20Mindblindness%3A%20An%20essay%20on%20autism%20and%20theory%20of%20mind.%20Boston%3A%20MIT%20Press.&f=false)

80. Pilowsky T, Yirmiya N, Arbelle S, Mozes T. Theory of mind abilities of children with schizophrenia, children with autism, and normally developing children. *Schizophrenia Research*. 2000 Apr 7;42(2):145–55.

81. Toomey R, Schulberg D, Corrigan P, Green MF. Nonverbal social perception and symptomatology in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2002 Jan 1;53(1–2):83–91.

82. Walther S, Stegmayer K, Sulzbacher J, Vanbellingen T, Müri R, Strik W, et al. Nonverbal Social Communication and Gesture Control in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2022 May 12];41(2):338–45. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/41/2/338/2526113>

83. Seidman LJ. Schizophrenia and brain dysfunction: An integration of recent neurodiagnostic findings. *Psychological Bulletin* [Internet]. 1983 Sep [cited 2022 May 4];94(2):195–238. Available from: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1026563060>

84. Zalewski C, Johnson-Selfridge MT, Ohriner S, Zarrella K, Seltzer JC. A review of neuropsychological differences between paranoid and nonparanoid schizophrenia patients. *Schizophr Bull* [Internet]. 1998 [cited 2022 May 4];24(1):127–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9502551/>

85. Toomey R, Seidman LJ, Lyons MJ, Faraone S v., Tsuang MT. Poor perception of nonverbal social–emotional cues in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*. 1999 Nov 30;40(2):121–30.

86. Walther S, Eisenhardt S, Bohlhalter S, Vanbellingen T, Müri R, Strik W, et al. Gesture Performance in Schizophrenia Predicts Functional Outcome After 6 Months. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 May 12];42(6):1326–33. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/42/6/1326/2399500>

87. Chapellier V, Pavlidou A, Maderthaner L, von Känel S, Walther S. The Impact of Poor Nonverbal Social Perception on Functional Capacity in Schizophrenia. *Front Psychol* [Internet]. 2022 Feb 23 [cited 2022 May 12];13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35282219/>

88. Healey KM, Penn DL, Perkins D, Woods SW, Addington J. Theory of mind and social judgments in people at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia*

Research [Internet]. 2013 Nov [cited 2022 May 12];150(2–3):498–504. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.08.038>

89. Macfie WG, Spilka MJ, Bartolomeo LA, Gonzalez CM, Strauss GP. Emotion regulation and social knowledge in youth at clinical high-risk for psychosis and outpatients with chronic schizophrenia: Associations with functional outcome and negative symptoms. *Early Intervention in Psychiatry* [Internet]. 2022 Apr [cited 2022 May 12]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.13287>

90. Kee KS, Horan WP, Salovey P, Kern RS, Sergi MJ, Fiske AP, et al. Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2009 Jan 1;107(1):61–8.

91. Devylder JE, Ben-David S, Kimhy D, Corcoran CM. Attributional style among youth at clinical risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2013 Feb;7(1):84–8.

92. An SK, Kang JI, Park JY, Kim KR, Lee SY, Lee E. Attribution bias in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2010 May 1;118(1–3):54–61.

93. Zheng Z, Zheng P, Zou X. Association between schizophrenia and autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*. 2018 Aug 1;11(8):1110–9.

94. Lugo Marín J, Alviani Rodríguez-Franco M, Mahtani Chugani V, Magán Maganto M, Díez Villoria E, Canal Bedia R. Prevalence of Schizophrenia Spectrum Disorders in Average-IQ Adults with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018;48(1):239–50.

95. Kincaid DL, Doris M, Shannon C, Mulholland C. What is the prevalence of autism spectrum disorder and ASD traits in psychosis? A systematic review. *Psychiatry Research* [Internet]. 2017;250(December 2016):99–105. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.017>

96. Bristow E, Tabraham P, Smedley N, Ward T, Peters E. Jumping to perceptions and to conclusions: Specificity to hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2014;154(1–3):68–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.004>

97. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task. *The journal of nervous and mental disease*. 1991 Apr 1;179(4):194–201.

98. Moritz S, Woodward TS. Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2022 May 17];44(2):193–207. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/014466505X35678>

99. Menon M, Pomarol-Clotet E, McKenna PJ, McCarthy RA. Probabilistic reasoning in schizophrenia: A comparison of the performance of deluded and nondeluded schizophrenic patients and exploration of possible cognitive underpinnings. <http://dx.doi.org/10.1080/13546800544000046> [Internet]. 2007 Nov [cited 2022 May 17];11(6):521–36. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13546800544000046>
100. Peters ER, Thornton P, Siksou L, Linney Y, MacCabe JH. Specificity of the jump-to-conclusions bias in deluded patients. *British Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2008 Jun 1 [cited 2022 May 17];47(2):239–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/014466507X255294>
101. Fine C, Gardner M, Craigie J, Gold I. Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2007;12(1):46–77.
102. Böker KBE, Hijman R, Kahn RS, de Haan EHF. Perception, mental imagery and reality discrimination in hallucinating and non-hallucinating schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2000 Nov 1 [cited 2022 May 17];39(4):397–406. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/014466500163392>
103. Serrano-Guerrero E, Ruiz-Veguilla M, Martín-Rodríguez A, Rodríguez-Testal JF. Inflexibility of beliefs and jumping to conclusions in active schizophrenia. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020;284(October 2019):112776. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112776>
104. Moritz S, Scheunemann J, Lüdtko T, Westermann S, Pfuhl G, Balzan RP, et al. Prolonged rather than hasty decision-making in schizophrenia using the box task. Must we rethink the jumping to conclusions account of paranoia? *Schizophrenia Research* [Internet]. 2020;(xxxx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.056>
105. Garety PA, Hemsley DR. *Delusions: investigations into the psychology of delusional reasoning* [Internet]. Psychology Press; 1997 [cited 2022 May 17]. 171 p. Available from: <https://www.routledge.com/Delusions-Investigations-Into-The-Psychology-Of-Delusional-Reasoning/Garety-Hemsley/p/book/9780863777851>
106. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003 Jan 1;160(1):13–23.
107. Young HF, Bentall RP. HYPOTHESIS-TESTING IN PATIENTS WITH PERSECUTORY DELUSIONS - COMPARISON WITH DEPRESSED AND NORMAL SUBJECTS. *British journal of clinical psychology*. 1995 Sep 1;34(3):353–69.
108. Dudley REJ, Over DE. People with delusions jump to conclusions: a theoretical account of research findings on the reasoning of people with delusions.

Clinical Psychology & Psychotherapy [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2022 May 17];10(5):263–74. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpp.376>

109. Carlisi CO, Norman L, Murphy CM, Christakou A, Chantiluke K, Giampietro V, et al. Shared and Disorder-Specific Neurocomputational Mechanisms of Decision-Making in Autism Spectrum Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Cereb Cortex* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 May 17];27(12):5804–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29045575/>

110. Thiébaud FI, White SJ, Walsh A, Klargaard SK, Wu HC, Rees G, et al. Does Faux Pas Detection in Adult Autism Reflect Differences in Social Cognition or Decision-Making Abilities? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016 Jan 1;46(1):103–12.

111. Goldstein G, Johnson CR, Minshew NJ. Attentional Processes in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2001 Aug;31(4):433–40.

112. Brosnan M, Chapman E, Ashwin C. Adolescents with autism spectrum disorder show a circumspect reasoning bias rather than “jumping-to-conclusions.” *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014;44(3):513–20.

113. Sahuquillo-Leal R, Ghosn F, Moreno-Giménez A, Almansa B, Serrano-Lozano E, Ferrín M, et al. Jumping to conclusions in autism: integration of contextual information and confidence in decision-making processes. *European Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2019;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01409-2>

114. Navon D. Forest before trees: The precedence of global features in visual perception. *Cogn Psychol*. 1977 Jan 1;9(3):353–83.

115. Robertson LC, Lamb MR, Knight RT. Effects of lesions of temporal-parietal junction on perceptual and attentional processing in humans. *The Journal of neuroscience*. 1988 Jan 1;8(10):3757–69.

116. Robertson LC, Lamb MR, Zaidel E. Interhemispheric Relations in Processing Hierarchical Patterns: Evidence From Normal and Commissurotomized Subjects. *Neuropsychology*. 1993 Jan 1;7(3):325–42.

117. Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR (George R. Cognitive neuroscience: the biology of the mind. [cited 2022 May 17];645. Available from: https://books.google.com/books/about/Cognitive_Neuroscience.html?hl=tr&id=0zvp0QEACAAJ

118. Ivry RB, Robertson LC. The two sides of perception. 1998;315.

119. Braff DL. Information processing and attention dysfunctions in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1993 Jan 1;19(2):233–59.

120. Bellgrove MA, Vance A, Bradshaw JL. Local-global processing in early-onset schizophrenia: Evidence for an impairment in shifting the spatial scale of attention. *Brain and Cognition*. 2003;51(1):48–65.
121. Carter CS, Robertson LC, Nordahl TE, Chaderjian M, Oshora-Celaya L. Perceptual and attentional asymmetries in schizophrenia: Further evidence for a left hemisphere deficit. *Psychiatry Research*. 1996 May 17;62(2):111–9.
122. Granholm E, Filoteo JV, Perry W, Braff D. Hemispheric and attentional contributions to perceptual organization deficits on the global-local task in schizophrenia. *Neuropsychology*. 1999 Apr 1;13(2):271–81.
123. Ferman TJ, Primeau M, Delis D, Jampala C v. Global-local processing in schizophrenia: Hemispheric asymmetry and symptom-specific interference. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 1999 Jul 1;5(5):442–51.
124. Johnson SC, Lowery N, Kohler C, Turetsky BI. Global-local visual processing in schizophrenia: Evidence for an early visual processing deficit. *Biological Psychiatry*. 2005;58(12):937–46.
125. Goodarzi MA, Wykes T, Hemsley DR. Cerebral lateralization of global-local processing in people with schizotypy. *Schizophrenia Research*. 2000 Sep 29;45(1–2):115–21.
126. Frith U. Autism: Explaining the enigma. 2003 [cited 2022 May 17]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2003-00578-000>
127. Happé F, Frith U. The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006 Jan;36(1):5–25.
128. Shah A, Frith U. Why do autistic individuals show superior performance on the block design task? *Journal of child psychology and psychiatry*. 1993 Jan 1;34(8):1351–64.
129. Mottron L, Burack J. Enhanced perceptual functioning in the development of autism. 2001 [cited 2022 May 17]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2001-01233-007>
130. Mottron L, Burack JA, Iarocci G, Belleville S, Enns JT. Locally oriented perception with intact global processing among adolescents with high-functioning autism: evidence from multiple paradigms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2022 May 17];44(6):904–13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1469-7610.00174>
131. Bölte S, Holtmann M, Poustka F, Scheurich A, Schmidt L. Gestalt perception and local-global processing in high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007;37(8):1493–504.

132. Soriano MF, Ibáñez-Molina AJ, Paredes N, Macizo P. Autism: Hard to Switch from Details to the Whole. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2018;46(6):1359–71.
133. Crespi B, Badcock C. Psychosis and autism as diametrical disorders of the social brain. *Behav Brain Sci*. 2008 Jun 1;31(3).
134. Russell-Smith SN, Maybery MT, Bayliss DM. Are the autism and positive schizotypy spectra diametrically opposed in local versus global processing? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010;40(8):968–77.
135. Loas G. Visual-spatial processing and dimensions of schizophrenia: A preliminary study on 62 schizophrenic subjects. *European psychiatry*. 2004 Sep 1;19(6):370–3.
136. Eriksson MA, Westerlund J, Hedvall Å, Åmark P, Gillberg C, Fernell E. Medical conditions affect the outcome of early intervention in preschool children with autism spectrum disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;22(1):23–33.
137. Köse S, Özbaran B, Yazgan Y, Baytunca MB, Bildik T, Erermiş S, et al. 6-18 Yaş Aralığındaki Çocuklarda Otizm Spektrum Tarama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri 2. 2017;28(4):268–77.
138. Köse S, Bora E, Erermiş S, Aydın C. Psychometric features of Turkish version of autism-spectrum quotient. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2010 Sep 1;11(3).
139. Gillberg C. Clinical and neurobiological aspects of Asperger syndrome in six family studies. *Autism and Asperger Syndrome* [Internet]. 1991 Dec 22 [cited 2022 May 17];122–46. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/autism-and-asperger-syndrome/clinical-and-neurobiological-aspects-of-asperger-syndrome-in-six-family-studies/669F35F695BA64B426962971B4DE6D32>
140. SAPS - Scale for the Assessment of Positive Symptoms - ePROVIDE™ [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/scale-for-the-assessment-of-positive-symptoms>
141. V. SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS (SAPS).
142. Kirkpatrick B, Strauss GP, Nguyen L, Fischer BA, Daniel DG, Cienfuegos A, et al. The brief negative symptom scale: psychometric properties. *Schizophr Bull* [Internet]. 2011 Mar [cited 2022 May 17];37(2):300–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20558531/>
143. Polat Nazlı I, Ergül C, Aydemir Ö, Chandhoke S, Üçok A, Gönül AS. Validation of Turkish version of brief negative symptom scale. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2016 Oct 1;20(4):265–71.

144. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2001;42(2):241–51.
145. Rosenthal R, Hall JA, Dimatteo MR, Rogers PL, Archer D, Hall JA. *Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS Test): MANUAL*. 2013;
146. Adolphs R, Tranel D, Damasio AR. The human amygdala in social judgment. *Nature*. 1998 Jun 4;393(6684):470–4.
147. CORRIGAN P, GREEN M. THE SITUATIONAL FEATURE RECOGNITION TEST - A MEASURE OF SCHEMA COMPREHENSION FOR SCHIZOPHRENIA. *Int J Methods Psychiatr Res*. 1993 Apr 1;3(1).
148. Kramer JH, Mungas D, Possin KL, Rankin KP, Boxer AL, Rosen HJ, et al. NIH EXAMINER: Conceptualization and Development of an Executive Function Battery. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2014 Jan 1;20(1):11–9.
149. Wechsler D. *WAIS-R : manual : Wechsler adult intelligence scale--revised*. New York NY: Harcourt Brace Jovanovich [for] Psychological Corp.; 1981.
150. Nilhan SEZGİN GBSYKBY. Wechsler Yetişkinler İçin Zekâ Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WAIS-R) Türkiye Standardizasyonu: Ön Çalışma | SEZGİN | Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <http://dtcfdergisi.ankara.edu.tr/index.php/dtcf/article/view/313>
151. Stoet G. PsyToolkit: A Novel Web-Based Method for Running Online Questionnaires and Reaction-Time Experiments. <https://doi.org/10.1177/0098628316677643> [Internet]. 2016 Nov 14 [cited 2022 May 17];44(1):24–31. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0098628316677643>
152. Stoet G. PsyToolkit: A software package for programming psychological experiments using Linux. *Behavior Research Methods* 2010 42:4 [Internet]. 2010 Nov [cited 2022 May 17];42(4):1096–104. Available from: <https://link.springer.com/article/10.3758/BRM.42.4.1096>
153. Thompson A, Papas A, Bartholomeusz C, Allott K, Amminger GP, Nelson B, et al. Social cognition in clinical “at risk” for psychosis and first episode psychosis populations. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2012 Nov [cited 2022 May 4];141(2–3):204–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.007>
154. Amminger GP, Schäfer MR, Papageorgiou K, Klier CM, Schlögelhofer M, Mossaheb N, et al. Emotion Recognition in Individuals at Clinical High-Risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2012 Sep 1 [cited 2022 May 4];38(5):1030–9. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/38/5/1030/1898897>

155. Kohler CG, Bilker W, Hagendoorn M, Gur RE, Gur RC. Emotion recognition deficit in schizophrenia: association with symptomatology and cognition. *Biological Psychiatry*. 2000 Jul 15;48(2):127–36.
156. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1995 Sep 1;17(1):5–13.
157. Lindgren M, Torniainen-Holm M, Heiskanen I, Voutilainen G, Pulkkinen U, Mehtälä T, et al. Theory of mind in a first-episode psychosis population using the Hinting Task. *Psychiatry Research*. 2018 May 1;263:185–92.
158. Wastler HM, Lenzenweger MF. Cognitive and Affective Theory of Mind in Positive Schizotypy: Relationship to Schizotypal Traits and Psychosocial Functioning. *J Pers Disord* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2022 May 12];35(4):538–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163024/>
159. Greig TC, Bryson GJ, Bell MD. Theory of Mind Performance in Schizophrenia: Diagnostic, Symptom, and Neuropsychological Correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. 2004 Jan [cited 2022 May 11];192(1):12–8. Available from: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2004/01000/Theory_of_Mind_Performance_in_Schizophrenia_.3.aspx
160. Couture SM, Penn DL, Addington J, Woods SW, Perkins DO. Assessment of Social Judgments and Complex Mental States in the Early Phases of Psychosis.
161. Green MF, Bearden CE, Cannon TD, Fiske AP, Helleman GS, Horan WP, et al. Social Cognition in Schizophrenia, Part 1: Performance Across Phase of Illness. *Schizophr Bull*. 2012 Jun 1;38(4):854–64.
162. Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: Multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research*. 2011 Feb;125(2–3):143–51.
163. Langdon R, Still M, Connors MH, Ward PB, Catts S v. Attributional biases, paranoia, and depression in early psychosis. *British Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2022 May 12];52(4):408–23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjc.12026>
164. Thompson A, Papas A, Bartholomeusz C, Nelson B, Yung A. Externalized attributional bias in the Ultra High Risk (UHR) for psychosis population. *Psychiatry Research*. 2013 Apr 30;206(2–3):200–5.
165. Bentall R, Kinderman P. Psychological processes and delusional beliefs: Implications for the treatment of paranoid states. 1998 [cited 2022 May 12]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1998-07505-006>
166. Xenaki LA, Stefanatou P, Ralli E, Hatzimanolis A, Dimitrakopoulos S, Soldatos RF, et al. The relationship between early symptom severity, improvement

and remission in first episode psychosis with jumping to conclusions. *Schizophrenia Research*. 2022 Feb 1;240:24–30.

167. Poirel N, Brazo P, Turbelin MR, Lecardeur L, Simon G, Houdé O, et al. Meaningfulness and global–local processing in schizophrenia. *Neuropsychologia*. 2010 Aug 1;48(10):3062–8.

168. Sørensen HJ, Mortensen EL, Schiffman J, Ekstrøm M, Denenney D, Mednick SA. Premorbid IQ and adult schizophrenia spectrum disorder: Verbal Performance subtests. 2010;

169. Carlsson R, Nyman H, Ganse G, Cullberg J. Neuropsychological functions predict 1- and 3-year outcome in first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006 Feb;113(2):102–11.

170. Zheng Z, Zheng P, Zou X. Association between schizophrenia and autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*. 2018;11(8):1110–9.

171. de Crescenzo F, Postorino V, Siracusano M, Riccioni A, Armando M, Curatolo P, et al. Autistic symptoms in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(FEB):1–11.

172. Kantrowitz JT, Wynn JK, Bernardo Barahona-Corrêa J, Fernandes JM, Cajão R, Lopes R, et al. Social Cognition in Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons. *Frontiers in Psychiatry* | www.frontiersin.org [Internet]. 2018;9:504. Available from: www.frontiersin.org

173. Tobe RH, Corcoran CM, Breland M, MacKay-Brandt A, Klim C, Colcombe SJ, et al. Differential profiles in auditory social cognition deficits between adults with autism and schizophrenia spectrum disorders: A preliminary analysis. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2022 May 14];79:21–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27131617/>

174. Martinez G, Alexandre C, Mam-Lam-Fook C, Bendjemaa N, Gaillard R, Garel P, et al. Phenotypic continuum between autism and schizophrenia: Evidence from the Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC). *Schizophrenia Research*. 2017 Jul 1;185:161–6.

175. Craig JS, Hatton C, Craig FB, Bentall RP. Persecutory beliefs, attributions and theory of mind: comparison of patients with paranoid delusions, Asperger's syndrome and healthy controls. *Schizophrenia Research*. 2004 Jul 1;69(1):29–33.

8. EKLER

EK 1. OLGU RAPOR FORMU

UH12 - izlem 1

Tanı:	Görüşmecı:	Tarih:
-------	------------	--------

OLGU RAPOR FORMU - İZLEM

AD SOYAD: _____ DOSYA NO: _____

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

YAŞ: _____

ADRES: _____

TELEFON: _____

BOY/KİLO: _____

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

MESLEK: _____

İŞ: Son 36 ay içinde çalıştığı ay () 2. çalışmıyor ()

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

Toplam eğitim yılı: () yıl

ALIŞKANLIKLAR: Sigara: paket / gün / yıl

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

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

Diğer: ()

ADLİ ÖYKÜ: 1.Var () 2.yok: ()

Okul Başarısı

Güncel Ders ortalaması (A-E)

Girişkenlik ve içe dönüklük (0-6): ilk görüşmeye göre düşme: Evet Hayır

Arkadaş ilişkileri (0-6, yükseldikçe düşük işlevsellik): ilk görüşmeye göre düşme: Evet Hayır

Okul Başarısı(0-6, yükseldikçe düşük işlevsellik): ilk görüşmeye göre düşme: Evet Hayır

Okula Uyum(0-6, yükseldikçe düşük işlevsellik): ilk görüşmeye göre düşme: Evet Hayır

Son 7 günde psikoz semptom şiddeti (DSM V ek)

Varsanı (0-4): _____

Sanrı (0-4): _____

Dezorganize konuşma (0-4): _____

Anormal psikomotor davranış (0-4):

Negatif semptomlar (0-4):

Depresyon (0-4):

Mani (0-4):

Bilişsel işlevler (0-4, noropsikolojik değerlendirme sonrası doldur):

Psikotik bulguların başlangıç yaşı: DUP süre

Manik semptomlarının başlangıç yaşı: DUM süre

Depresif semptomların başlangıç yaşı:

İlk atakta yaş:

İlk yatışta yaş:

İlk görüşme sonrası hastaneye yatış sayısı:

Hastalık süresi:

Manik atak sayısı:

İlk görüşme sonrası manik atak sayısı:

Depresif atak sayısı:

Melankolik Özellikli depresif bulgular: Var Yok Melankoli prototipik endeks:

İlk görüşme sonrası depresif atak sayısı

SULSİD: 1.Var () 2.Yok ()

Kullanılan psikiyatrik ilaçlar ve doz:

Beden kütle indeksi (BKİ):

Metabolik sendrom: Evet Hayır Diabetes Mellitus: Evet Hayır

Hipertansiyon: Evet Hayır Hiperlipidemi (Trigliserid): Evet Hayır

Abdominal obesite: Evet Hayır HDL düşük: Evet Hayır

Eklen Ko-morbid psikiyatrik tanılar

Yüksek riskli bireylerde dönüşüm: Evet Hayır

Şizo-bipolar spektrum tanısı:

Risk şiddeti: Aynı Artmış Azalmış

Zıt kutupta risk sendromu eklenme/Değişim/

Sydney Melankolik Prototip Envanteri – Klinisyen Formu

Aşağıda depresyonun iki tanımı (A ve B) bulunmaktadır. Dikkatlice okuyunuz ve hastanın depresyon deneyimini (en kötü hissettiği dönemde) karakterize eden ifadeyi seçiniz. Aşağıdaki tanımlardan tüm uygun ve belirleyici nitelikte olan ifadeler seçilmelidir.

Tanım A	Tanım B
☐ Çok düşük enerji ve yataktan kalkıp güne başlamayı çok zor bulma.	☐ Depresyon şiddetli olduğunda bile, hasta, gelecek olan güzel bir şeyi genellikle istekle bekleyebilir.
☐ Çökkün ruh hali hastanın yaşamdan keyif almasını engeller ve normalde sevindirdi ya da güldürücü şeyler ruh halini yükseltmez- (çok az neşelense de çok geçicidir).	☐ Depresyona girdiğinde çok belirgin biçimde daha iritabl ve/veya öfkeli hale gelir.
☐ Ruh hali ve enerji düzeyi sabahları en kötüdür.	☐ Depresyon şiddetliken bile, insanlar destekleyici olduğunda hasta genellikle neşelendirilebilir.
☐ Hobiler ve aktiviteler dahil, depresyonda değilken genellikle hoşlanacağı şeylere, ilgisini tamamen kaybetmiştir.	☐ Duygudurum yükseltilir (geçici olsa bile) ve güzel bir şey olduğunda geçici rahatlama.
☐ Depresyon döneminde olmasını istekle bekleyebildiği birşey yoktur.	☐ Depresif epizod sırasında eğer konsantrasyon etkilenmişse, bu genellikle çok fazla kaygılanma ve dikkat dağınık düşüncelerden dolayıdır.
☐ Yürüyüşü ve konuşması belirgin biçimde fiziksel olarak yavaşlamıştır. Zaman zaman neredeyse 'paralize olmuş' veya kumda yürüyormuş gibi hissetmektedir.	☐ Depresyonda iken, sıklıkla yiyeceğe aş erme (medikasyonla ilişkili olmayan) ve/veya iştah artışı olur.
☐ Konsantrasyon belirgin biçimde etkilenmiş ve bilgi işleme süreci yavaşlamıştır.	☐ Depresyona girdiği her zaman, ortada depresyonu açıklayan bir takım sebepler vardır.
☐ Depresyona girdiğinde (ve herhangi bir antidepresan ya da başka bir ilaç başlanmadan önce) kilo verme eğilimindedir.	☐ Depresyonun şiddeti, öncesinde var olan stresli olayların tipi ve bunların kişilik tarzıyla etkileşmesi ile açıklanabilir.
☐ Depresif epizodların şiddeti, öncesinde var olan ya da sebep olduğu izlenimi uyandıran koşullar göz önüne alındığında, beklenildiğinden çok daha ağır olmaktadır.	☐ Depresyonda değilken bile, eşi, ailesi ve diğer yakınları ile ilişkilerinde ortaya çıkan güçlüklerle başetmede sorun yaşamaya meyillidir.
☐ Erken dönemleri- çoğu insanla karşılaştırdığında- ebeveynlerle büyük sorunlar yaşama ya da zorbalık açısından daha zor geçmiştir.	☐ Hasta, depresyonda değilken bile, özellikle stres altındayken, çoğu insana kıyasla daha fazla kaygılanma eğilimindedir.
☐ Depresyonda değilken, ilişkileri ve iş performansı genellikle iyidir.	☐ Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, hasta, çoğu insanın yaşadığından daha fazla stresli olay ve ebeveynleri ve diğerleriyle daha fazla sorun deneyimlemiştir.
☐ Depresyonlar bazen, hiç bir özellikle belirgin neden yokken, aniden olmaktadır.	

DERECELENDİRME (lütten birini işaretleyiniz):

Yukarıdaki kategorilerden hangisinin hastanın genel profiline daha çok uyduğunu derecelendirin.

1 Tanım A genel profile en uygun	2 Tanım A, Tanım B'ye göre, genel profile görece daha yakındır	3 Genel profil Tanım A ve B'nin özelliklerine eşit derecede yakındır	4 Tanım B, Tanım A'ya göre, genel profile görece daha yakındır	5 Tanım B genel profile en uygun
-------------------------------------	---	---	---	-------------------------------------

PSYG BİLGİLERİNİN ÖZETİ

Pozitif Semptom Ölçeği

0 Yok	1 Şüpheli Mevcut	2 Hafif	3 Orta	4 Orta Şiddetli	5 Şiddetli ama Psikotik Değil	6 Şiddetli ve Psikotik
----------	------------------------	------------	-----------	--------------------	-------------------------------------	------------------------------

POZİTİF SEMPTOMLAR

P1. Olağandışı Düşünce İçeriği/Sanrılar (s. 11)	0	1	2	3	4	5	6
P2. Şüphelilik/Kötülük Görme Düşünceleri (s. 13)	0	1	2	3	4	5	6
P3. Büyüklük Düşünceleri (s. 15)	0	1	2	3	4	5	6
P4. Algı Anormallikleri/Varsanılar (s. 18)	0	1	2	3	4	5	6
P5. Dezorganize İletişim (s. 20)	0	1	2	3	4	5	6

Negatif, Dezorganize, Genel Semptom Ölçeği

0 Yok	1 Şüpheli Mevcut	2 Hafif	3 Orta	4 Orta Şiddetli	5 Şiddetli	6 Aşırı
----------	------------------------	------------	-----------	--------------------	---------------	------------

NEGATİF SEMPTOMLAR

N1. Sosyal Anhedoni (s. 21)	0	1	2	3	4	5	6
N2. İsteksizlik (s. 22)	0	1	2	3	4	5	6
N3. Duyguların İfade Edilmesi (s. 23)	0	1	2	3	4	5	6
N4. Duyguların ve Kendiliğın Deneyimlenmesi (s. 24)	0	1	2	3	4	5	6
N5. Düşünce İçeriğinde Zenginlik (s. 25)	0	1	2	3	4	5	6
N6. Mesleki İşlevsellik (s. 26)	0	1	2	3	4	5	6

DEZORGANİZE SEMPTOMLAR

D1. Garip Görünüm veya Davranış (s. 27)	0	1	2	3	4	5	6
D2. Tuhaf Düşünme (s. 28)	0	1	2	3	4	5	6
D3. Odaklanma ve Dikkatle ilgili Güçlük (s. 29)	0	1	2	3	4	5	6
D4. Kişisel Bakım (s. 30)	0	1	2	3	4	5	6

GENEL SEMPTOMLAR

G1. Uyku Düzensizlikleri (s. 31)	0	1	2	3	4	5	6
G2. Disforik Duygudurum (s. 32)	0	1	2	3	4	5	6
G3. Motor Düzensizlikler (s. 33)	0	1	2	3	4	5	6
G4. Normal Strese Toleransta Bozulma (s. 34)	0	1	2	3	4	5	6

GAS (s. 37)

Şu anki skor ____ Geçen Yıldaki En Yüksek ____

Şizotipal Kişilik Bozukluğu (s. 38)

evet ____ hayır ____

Psikotik Hastalık Aile öyküsü (s. 7)

evet ____ hayır ____

PSYG SENDROM KRİTERLERİNİN ÖZETİ**I. Mevcut ve geçmişteki psikoz tanısının dışlanması: PSİKOZ SENDROMUNUN VARLIĞI KRİTERLERİ (PSVK)**

Psikotik Sendrom	Evet	Hayır
A. PRSÖ P1-P5 maddelerinden herhangi biri 6 mı, ya da daha önce hiç 6 oldu mu?		
B. Eğer A Evet ise, bu semptomlar ciddi düzeyde dezorganize ya da tehlikeli mi, ya da hiç oldu mu?		
C. Eğer A Evet ise, bu semptomlar bir ay süre boyunca en az günde bir saat olacak şekilde ve en az ortalama haftada dört gün sıklıkta meydana geldi mi??		

Eğer A ve B Evet ise ya da A ve C Evet ise, olgu mevcut psikoz kriterlerini karşılamaktadır.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

II. Psikoz-risk sendromu tanısının konması: PSİKOZ-RİSK SENDROMLARI KRİTERLERİ (PRSK 3.0)

A. Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Psikoz-risk Sendromu	Evet	Hayır
1. PRSÖ P1-P5 maddelerinden herhangi biri 6 mı?		
2. Eğer 1 Evet ise, bu semptomlar geçtiğimiz üç ay içinde psikoz şiddet düzeyine ulaştı mı?		
3. Eğer 1 ve 2 Evet ise, şu an bulunan bu semptomlar günde en az birkaç dakika boyunca ve en az ayda bir kez var mı?		
4. Semptomun diğer tüm nitelikleri başka bir DSM-IV tanısı ile daha iyi açıklanabiliyor mu? (Eksen 1 ya da 2)?		

Eğer 1-3 Evet ise ve 4 Hayır ise, olgu Kısa Aralıklı Psikotik Sendrom kriterlerini karşılamaktadır.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

B. Hafif Psikoz-risk Sendromu	Evet	Hayır
1. PRSÖ P1-P5 maddelerinden herhangi biri 3-5 mi?		
2. Eğer 1 Evet ise, bu semptomların herhangi biri geçen yıl içinde başladı mı ya da şu an 12 ay öncesine kıyasla 1 veya daha fazla şiddet puanına sahip mi?		
3. Eğer 1 ve 2 Evet ise, bu semptomlar geçtiğimiz ay boyunca en az haftada ortalama bir kez sıklıkta meydana geliyor mu?		
4. Semptomun diğer tüm nitelikleri başka bir DSM-IV tanısı ile daha iyi açıklanabiliyor mu? (Eksen 1 ya da 2)?		

Eğer 1-3 Evet ise ve 4 Hayır ise, olgu Hafif Psikoz Sendromu Sendromu tanı kriterlerini karşılamaktadır.

NOT: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

C. Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz-risk Sendromu	Evet	Hayır
1. Hasta Şizotipal Kişilik Bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır.		
2. Hastanın psikotik bozukluğu olan birinci derece akrabası vardır.		
3. Hastanın GAS skorunda 12 ay öncesine kıyasla, geçtiğimiz bir ay içinde en az 30% düşme mevcuttur.		

Aşağıdaki koşullardan herhangi biri karşılandı ise:

- 1 ve 3
- 2 ve 3
- 1 ve 2 ve 3

Olgu Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma-risk Sendromu kriterlerini karşılamaktadır.

NOT: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

Lütfen evet ya da hayır seçin.

- ___ Hayır ___ Evet Psikotik Sendrom
- ___ Hayır ___ Evet Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Psikoz-risk Sendromu
- ___ Hayır ___ Evet Hafif Psikoz Sendromu
- ___ Hayır ___ Evet Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz-risk Sendromu
- ___ Hayır ___ Evet Diğer DSM-IV Bozuklukları

Eksen I _____

Eksen II _____

BPBÖ'NÜN ÖZETİ

Mani Semptom İndeksi

0	1	2	3	4	5	6
Yek	Şüpheli Mevcut	Hafif	Orta	Orta Şiddetli	Şiddetli	Aşırı

I. Mani Semptom İndeksi

	0	1	2	3	4	5	6	Başlangıç	Kötüleşme†
M1. Yükselmiş Duygudurum (s. 11)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M2. İritabilite (s. 12)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M3. Kabarmış Benlik Saygısı/Büyük Düşünceleri (s. 13)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M4. Uyku Gereksiniminde Azalma (s. 14)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M5. Aşırı Konuşkanlık (s. 15)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M6. Düşüncelerin Yarışması/Fikir Uçuşması (s. 16)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M7. Çelnebilirlik (s. 17)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M8. Enerji Artışı/Amaca Yönelik Aktivite (s. 18)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M9. Artmış Psikomotor Aktivite (s. 19)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
M10. Umursamaz veya Tehlikeli Davranış (s. 20)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____
G1. Duygudurumda Değişkenlik (s. 33)	0	1	2	3	4	5	6	_____	_____

†**Kötüleşme** – Bir semptomun 3-5 düzeyinde ve en az bir derecelendirme puanı artmış bir yoğunlukla yaşandığı en yakın tarihi kaydediniz.

***İsteğe bağlı maddeler:** Sadece SIPS/SOPS'yi veya CAARMS'yi prodromal psikotik semptomların daha ayrıntılı bir değerlendirilmesi için kullanmıyorsanız derecelendiriniz.

BPBÖ SENDROM KRİTERLERİNİN ÖZETİ

I. Mevcut mani ya da hipomaniyi dışlayınız: BİPOLAR SENDROMUNUN VARLIĞI (BSV)

Mani ya da Hipomani	Evet	Hayır
1 BPBÖ ölçeğinin M1 "Yükselmiş Duygudurum" maddesi 5 veya 6 düzeyinde mi?		
2 BPBÖ ölçeğinin M2 "İrritabilite" maddesi 5 veya 6 düzeyinde mi?		
3 Eğer 1 ya da 1 ve 2'nin cevabı evetse, BPBÖ ölçeğinin M3-10 maddelerinden en az 3 tanesi 6 düzeyinde mi (M8 ve 9 varsa 1 adet sayılır)?		
4 Eğer 1 ya da 1 ve 2'nin cevabı evetse, BPBÖ ölçeğinin M3-10 maddelerinden en az 3 tanesi 5 düzeyinde mi (M8 ve 9 varsa 1 adet sayılır)?		
5 Eğer sadece 2'nin cevabı evetse, BPBÖ ölçeğinin M3-10 maddelerinden en az 4 tanesi 6 düzeyinde mi (M8 ve 9 varsa 1 adet sayılır)?		
6 Eğer sadece 2'nin cevabı evetse, BPBÖ ölçeğinin M3-10 maddelerinden en az 4 tanesi 5 düzeyinde mi (M8 ve 9 varsa 1 adet sayılır)?		
7 Semptomlar en az 7 gün boyunca, günün en az bir saati boyunca meydana geldi mi (psikoz veya hasta yatışı yoksa)?		
8 Semptomlar en az 4 gün boyunca, günün en az bir saati boyunca meydana geldi mi?		
9 Semptomlar meslek, eğitim veya sosyal işlevsellikte, olağan sosyal aktivitelerde veya başkalarıyla olan ilişkilerde en azından belirgin düzeyde bozulmaya yol açtı mı?		
10 Semptomlar işlevsellikte kesin bir değişime yol açtı mı (psikoz veya hastane yatışı yok)?		

Eğer 3 ya da 5 ile 7 ve 9'un cevabı evetse, olgu mevcut MANİ'nin tanı kriterlerini karşılar.

Eğer 4 ya da 6 ile 8 ve 10'un cevabı evetse, olgu mevcut HIPOMANI'nin tanı kriterlerini karşılar.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

II. Rule in bipolar prodromal syndrome: CRITERIA OF BIPOLAR PRODROME SYNDROMES (COBPS)

A. Siklotimi veya Hipomani BTA	Evet	Hayır
1 BPBÖ ölçeğinin M1 "Yükselmiş Duygudurum" maddesi 5 düzeyinde mi?		
2 BPBÖ ölçeğinin M2 "İrritabilite" maddesi 5 düzeyinde mi?		
3 Eğer 1 ya da 1 ve 2'nin cevabı evetse, BPBÖ ölçeğinin M3-10 maddelerinden en az 3 tanesi 5 düzeyinde mi (M8 ve 9 varsa 1 adet sayılır)?		
4 Eğer sadece 2'nin cevabı evetse, BPBÖ ölçeğinin M3-10 maddelerinden en az 4 tanesi 5 düzeyinde mi (M8 ve 9 varsa 1 adet sayılır)?		
5 Semptomlar en az 4 gün boyunca, günün en az bir saati boyunca meydana geldi mi?		
6 Semptomlar işlevsellikte kesin bir değişime yol açtı mı?		

Eğer 3 ya da 4 ile 5 ve 6'nın cevabı evetse ve geçmişte herhangi bir zamanda distimi tanısı varsa, olgu SİKLOTİMİ tanı kriterlerini karşılar. HIPOMANI BTA içinse geçmişte hiçbir zaman ne distimi ne de major depresif bozukluk bulunmamalıdır.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

B. Kısa Geçici Mani Sendromu (KGMS)	Evet	Hayır
1 BPBÖ ölçeğinin M1 "Yükselmiş Duygudurum" maddesi 5 veya 6 düzeyinde mi?		
2 BPBÖ ölçeğinin M2 "İrritabilite" maddesi 5 veya 6 düzeyinde mi?		
3 Eğer 1 ya da 1 ve 2'nin cevabı evetse, BPBÖ ölçeğinin M3-10 maddelerinden en az 3 tanesi 5 veya 6 düzeyinde mi (M8 ve 9 varsa 1 adet sayılır)?		
4 Eğer sadece 2'nin cevabı evetse, BPBÖ ölçeğinin M3-10 maddelerinden en az 4 tanesi 5 veya 6 düzeyinde mi (M8 ve 9 varsa 1 adet sayılır)?		
5 Semptomlar geçtiğimiz ay boyunca ortalama en az haftada bir kez ve en az günde bir saat sıklığında meydana geldi mi?		
6 Semptomlar en az 4 gün boyunca, günün en az 1 saati boyunca meydana geldi mi (psikoz veya hastane yatışı yoksa)?		
7 Semptomlar meslek, eğitim veya sosyal işlevsellikte, olağan sosyal aktivitelerde veya başkalarıyla olan ilişkilerde en azından belirgin düzeyde bozulmaya yol açtı mı?		

3	Semptomlar işlevsellikte kesin bir değişime yol açtı mı?		
---	--	--	--

Eğer cevabınız 3 veya 4 ve 5 için evet, ve 6, 7 ya da 8 için hayırsa, olgu mevcut KISA GEÇİCİ MANİ SENDROMU'nun tanı kriterlerini karşılar.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

C. Zayıf Mani Semptomları Sendromu (ZMSS)		Evet	Hayır
1	BPBÖ ölçeğinin M1-10 maddelerinden herhangi ikisinin skoru 3 mü?		
2	BPBÖ ölçeğinin M 1-10 maddelerinden herhangi biri 4 mü?		
3	Eğer 1 ya da 2'nin cevabı evetse, bu semptomlardan herhangi biri geçtiğimiz yıl içinde mi başladı veya bir ya daha fazla maddenin ölçek puanı mevcut derecelendirmesi son 12 aya kıyasla daha mı yüksek?		
4	Eğer 1 ve 2'nin cevabı evetse, semptomların geçtiğimiz ayda ortalama meydana gelme sıklığı en az haftada bir saat mi?		

Eğer 1 ya da 2 ile 3 ve 4'ün cevabı evetse, olgu ZAYIF MANİ SEMTPOMLARI SEDROMU'nun tanı kriterlerini karşılar.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

D. Genetik Mani Riski ve Kötüleşme Sendromu (GMRKS)		Evet	Hayır
1	Hastanın Bipolar I veya Bipolar II bozukluk tanılı bir birinci derece akrabası var.		
2	Hasta, son 12 aya kıyasla geçtiğimiz ayda GAF skorunda en az %30'luk düşme yaşamıştır.		

Eğer 1 ya da 2'nin cevabı evetse, olgu GENETİK MANİ RISKİ ve KÖTÜLEŞME SEDROMU'nun tanı kriterlerini karşılar.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

Lütfen eveti ya da hayır işaretleyiniz.

- ___ Hayır ___ Evet Bipolar Sendrom (yani, mani ya da hipomania artı yaşam boyu Major Depresif Bozukluk varlığı)
- ___ Hayır ___ Evet Kısa Geçici Mani Semptomları Sendromu
- ___ Hayır ___ Evet Zayıf Mani Semptomları Sendromu
- ___ Hayır ___ Evet Genetik Mani Riski ve Kötüleşme Sendromu

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

GAS-M: Skoring yaparken, 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.

HERHANGİ BİR SEMPTOMU YOK: 100 - 91
Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik Yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir Birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarının aranan biridir <i>İstisnai şekilde hayatın her alanında iyi işlevsellik gösteren kişi = 95-100</i> <i>İstisnai şekilde hayatın her alanında minimal stresle beraber iyi işlevsellik gösteren kişi = 91-94</i>
HİÇ BELİRTİ OLMAMASI YA DA ÇOK AZ BELİRTİ OLMASI: 90 - 81
Çok az belirti olması ya da hiç belirti olmaması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma) Tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması ve yaşamdan doyum sağlama Çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma Toplumsal yönden etkindir Günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar) <i>Herhangi bir semptomu YA DA günlük sorunları olmayan kişi = 88-90</i> <i>Herhangi bir semptomu YA DA günlük sorunları olan kişi = 84-87</i> <i>Herhangi bir semptomu VE günlük sorunları olan kişi = 81-83</i>
GELİP GEÇİCİ BAZI SEMPTOMLAR: 80 - 71
Hafif semptomu varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir. (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerine yoğunlaştırmada güçlük çekme) Toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma (örn. geçici olarak okulda ya da işte geri kalma) <i>Hafif yakınma(ları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bozulma olan kişi = 78-80</i> <i>Toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birden fazla alanda hafif bozulma olan kişi = 74-77</i> <i>Hafif yakınma(lar) VE toplumsal, mesleki ve okuldaki işlevsellikte hafif bozulma olan kişi = 71-73</i>
BİRTAKIM SÜREKLİ HAFİF SEMPTOMLAR: 70 - 61
Hafif semptomlar mevcut olup, psikososyal strese verilen tepkiler beklenir DEĞİLDİR (örn. hafif ya da kısa depresif duygudurum ve/veya hafif insomnia) Süreğen toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım güçlükler mevcuttur AMA anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır. (e.g. ara sıra okuldan kaçmalar, ev içinde hırsızlık yapma ya da tekrarlayıcı şekilde okulda ya da işte geri kalma) <i>Hafif sürekli semptomları olan YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte süreğen hafif güçlüğü olan kişi = 68-70</i> <i>Toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birden fazla alanda sürekli hafif güçlüğü olan kişi = 64-67</i> <i>Hafif süreğen semptomları olan VE toplumsal, mesleki ve okuldaki işlevsellikte sürekli hafif güçlüğü olan kişi = 61-63</i>
ORTA DERECEDE SEMPTOMLAR: 60 - 51
Orta derecede semptomlar (örn. sık depresif duygudurum ve insomnia ve/veya orta düzeyde ruminasyonlar ve obsesyonlar ya da ara sıra olan anksiyete atakları; ya da donuk duygulanım ve çevresel konuşma; ya da yeme sorunları ve depresyon eşlik etmeksizin kilonun güvenli alt sınırdan düşük olması), Toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta düzeyde güçlükler (örn. az sayıda arkadaşı vardır ya da çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır) <i>Orta düzeyde semptomları YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta düzeyde güçlükleri olan kişi = 58-60</i> <i>Toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birden fazla alanda orta düzeyde semptomları olan kişi = 54-57</i> <i>Orta düzeyde semptomları VE toplumsal, mesleki ve okuldaki işlevsellikte orta düzeyde güçlükleri olan kişi = 51-53</i>

Global Değerlendirme Ölçeği (devam ediyor)

AĞIR SEMPTOMLAR YA DA İŞLEVSELLİKTE BOZULMA: 50 - 31

Mesleki, okuldaki ya da ev içi sorumluluklarla ilgili işlevsellikte ciddi bozukluk (örn. işini koruyamaz ya da okula devamsızdır veya sınıf tekrarı yapar ya da ailesini ve evini ihmal eder, çalışamaz)
 Yasalarla sık sık sorun yaşama (örn. sık sık mağazalardan mal çalma, tutuklanma) ya da şiddet içeren davranışlar
 Arkadaşları ile olan ilişkilerde ciddi bozukluk (örn. çok az arkadaşı vardır ya da hiç arkadaşı yoktur, ya da var olan arkadaşlarından kaçınır)
 Ailesiyle olan ilişkilerde ciddi bozukluk (örn. ailesi ile sık sık kavga eder ve/veya ailesini ihmal eder ya da evi yoktur)
 Yargılamada ciddi bozukluk (Karar veremeyi, konfüzyon ve dezoryantasyonu kapsar.)
 Düşünmede ciddi bozukluk (Düşüncelerle sürekli şekilde meşgul olmayı, çarpık beden imajını ve paranoyayı içerir.)
 Duygudurumda ciddi bozukluk (Sürekli olan depresif duygudurumla beraber çaresizlik ve umutsuzluk hissi, ya da ajitasyonu, ya da manik duygudurumu içerir.)
 Kaygıya bağlı ciddi bozukluk (Panik atak; kişiyi bunalıtan kaygı)
 Diğer semptomları: birtakım varsanılar, sanrılar, ya da şiddetli obsesif ritüellerin olması
 Pasif intihar düşünceleri
 1 alanda etkilene olan kişi = 48-50
 2 alanda etkilene olan kişi = 44-47
 3 alanda etkilene olan kişi = 41-43
 4 alanda etkilene olan kişi = 38-40
 5 alanda etkilene olan kişi = 34-37
 6 alanda etkilene olan kişi = 31-33

HEMEN HEMEN TÜM ALANLARDA İŞLEVSELLİĞİN KAYBI: 30 - 21

Intihar düşünceleriyle uğraşıp durma ya da intihar düşüncelerine eşlik eden intihar hazırlığı YA DA varsanı veya sanrılardan belirgin düzeyde etkilenen davranışlar sergiler YA DA iletişimde ciddi bozukluk mevcuttur.
 (bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır ya da belirgin düzeyde stuporun eşlik ettiği depresyon mevcuttur.)
 Mesleki, okuldaki ya da ev içi sorumluluklarla ilgili işlevsellikte ciddi bozukluk (örn. işini koruyamaz ya da okula devamsızdır veya sınıf tekrarı yapar ya da ailesini ve evini ihmal eder, çalışamaz)
 Yasalarla sık sık sorun yaşama (örn. sık sık mağazalardan mal çalma, tutuklanma) ya da şiddet içeren davranışlar
 Arkadaşları ile olan ilişkilerde ciddi bozukluk (örn. çok az arkadaşı vardır ya da hiç arkadaşı yoktur, ya da var olan arkadaşlarından kaçınır)
 Ailesiyle olan ilişkilerde ciddi bozukluk (örn. ailesi ile sık sık kavga eder ve/veya ailesini ihmal eder ya da evsiz)
 Yargılamada ciddi bozukluk (Karar veremeyi, konfüzyon ve dezoryantasyonu kapsar.)
 Düşünmede ciddi bozukluk (Düşüncelerle sürekli şekilde meşgul olmayı, çarpık beden imajını ve paranoyayı içerir.)
 Duygudurumda ciddi bozukluk (Sürekli olan depresif duygudurumla beraber çaresizlik ve umutsuzluk hissi, ya da ajitasyonu, ya da manik duygudurumu içerir.)
 Kaygıya bağlı ciddi bozukluk (Panik atak; kişiyi bunalıtan kaygı)
 Diğer semptomları: birtakım varsanılar, sanrılar, ya da şiddetli obsesif ritüellerin olması
 Pasif intihar düşünceleri
 Birinci maddede yer alan 3 kriterden herhangi bir tanesini karşılayan kişi = 21
 YA DA 7 kriteri karşılayan kişi = 28-30
 8-9 kriteri karşılayan kişi = 24-27
 10 kriteri karşılayan kişi = 21-23

Global Değerlendirme Ölçeği (devam ediyor)

ZAMAN ZAMAN KENDİSİNİ YA DA BAŞKALARINI YARALAMA TEHLİKESİ: 20 - 11 Açıkça ölüm beklentisi içinde olmadan intihar girişimleri (örn. az miktarda doz aşımı ya da etrafında insanlar varken bileğini kesme) Ciddi şiddet içeren ya da kendine zarar veren birtakım davranışlar Şiddetli manik eksitasyon, ya da ciddi ajitasyon ve impulsivite Ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. laksatif kullanımına bağlı ishal, ya da dışkı sürer) Şu anki psikiyatri hastanesine acil başvuru Tıbbi sorunlara bağlı fiziksel risk mevcut (örn. şiddetli anoreksiya ya da bulimia ve beraberinde birtakım spontan kusmalar ya da aşırı laksatif/diüretik/diyet ilacı kullanımı mevcuttur ama ciddi kalp veya böbrek sorunu ya da ciddi dehidratasyon ve dezoryantasyon yoktur. <i>Bu kategorideki 6 alandan 1-2 alanda etkilene olan kişi = 18-20</i> <i>Bu kategorideki 6 alandan 3-4 alanda etkilene olan kişi = 14-17</i> <i>Bu kategorideki 6 alandan 5-6 alanda etkilene olan kişi = 11-13</i>
SÜREKLİ KENDİSİNİ YA DA BAŞKALARINI AĞIR BİR BİÇİMDE YARALAMA TEHLİKESİ: 10 - 1 Açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi (örn. bıçaklama, silahla yaralama, ası, ya da etrafında hiç kimse yok iken ciddi doz aşımı) Yineleyen, ciddi şiddet içeren ya da kendine zarar veren davranışlar Aşırı manik ekistasyon, ya da aşırı ajitasyon ve impulsivite (örn. aşırı çığlık atma ve yatak örtüsünü yırtma) Kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez Şu anki psikiyatri hastanesine acil başvuru Tıbbi sorunlara bağlı akut ve ciddi tehlike (örn. şiddetli anoreksia ya da bulimia ve beraberinde kalp/böbrek sorunları, ya da NE ZAMAN yemek yese oluşan spontan kusmalar, ya da kontrolsüz diyabetin eşlik ettiği ciddi depresyon) <i>Bu kategorideki 6 alandan 1-2 alanda etkilene olan kişi = 8-10</i> <i>Bu kategorideki 6 alandan 3-4 alanda etkilene olan kişi = 4-7</i> <i>Bu kategorideki 6 alandan 5-6 alanda etkilene olan kişi = 1-3</i>

Hall, R.'den uyarlanmıştır (1995). Global assessment of functioning: A modified scale, *Psychosomatics*, 36, 267-275.

Şu anki Skor: _____ Geçen yıldaki en yüksek skor: _____

EK 2. OTİZM ANKETİ

DEU SCAN LAB Social Cognition Battery Self Reports

OA TÜRKÇE UYARLAMA

TÜM BİLGİLER KESİNLİKLE GİZLİ TUTULACAKTIR

İsim : Cinsiyet :
Doğum Tarihi : Bugünün Tarihi :

Anketi Nasıl Dolduracaksınız ?

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi *çok dikkatli* bir şekilde okuyunuz ve ifadenin sizin için ne ölçüde geçerli olduğuna ilişkin cevabınızı daire içine alarak işaretleyiniz.

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ HİÇBİR İFADEYİ BOŞ BIRAKMAYINIZ

Örnekler :

O.1 : Risk almaya istekliyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	<u>Bazen katılıyorum</u>	Kesinlikle katılmıyorum
O.2 : Tavla, okey gibi oyunları oynamayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	<u>Sıklıkla katılıyorum</u>	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
O.3 : Müzik aleti çalmayı öğrenmenin kolay olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	<u>Kesinlikle katılmıyorum</u>
Ö.4 : Diğer kültürleri etkileyici bulurum.	<u>Kesinlikle katılıyorum</u>	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

DEU SCAN LAB Social Cognition Battery Self Reports

1-) İşleri tek başıma yapmaktansa başkaları ile birlikte yapmayı tercih ederim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
2-) İşleri tekrar tekrar aynı şekilde yapmayı tercih ederim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
3-) Bir şeyi hayal etmeye çalıştığımda, zihnimde resmini canlandırmak benim için kolaydır.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4-) Sıklıkla bir işe diğer işleri gözden kaçırarak kadar kendimi kaptırırım.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5-) Sıklıkla diğerlerinin fark etmedikleri cılız ses ve gürültüler dikkatimi çeker.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
6-) Genellikle araba plakalarına veya benzer bilgi dizilerini fark ederim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7-) Ben söylediğim şeylerin nezaketsiz olduğunu düşünmesem de, diğer insanlar sıklıkla söylediklerimin kaba olduğunu belirtiyorlar.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
8-) Bir hikaye okurken, karakterlerin neye benzediklerini kolaylıkla hayal edebilirim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
9-) Olayların tarihleri çok ilgimi çeker.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10-) Sosyal bir ortamda, birkaç farklı kişinin konuşmalarını kolaylıkla takip edebilirim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11-) Sosyal ortamlarda rahat ederim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
12-) Diğerlerinin dikkat etmediği ayrıntıları fark etme eğilimindeyim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13-) Kütüphaneye gitmeyi bir partiye gitmeye tercih ederim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
14-) Hikayeler uydurmak bana kolay gelir.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

DEU SCAN LAB Social Cognition Battery Self Reports

15-) Cansız şeylerden çok insanlar ilgimi çeker.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
16-) Derin ilgi alanlarım vardır ve bu konularla ilgilenmeyi sürdürmezsem üzülürüm.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17-) İnsanlarla havadan sudan konuşmaktan, muhabbet etmekten hoşlanırım.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
18-) Ben konuşurken, başkalarının söze girmek istediklerini hiç fark etmiyorum.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19-) Rakamlar çok ilgimi çeker.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20-) Bir hikaye okurken karakterlerin niyetlerini çıkarsamak bana zor gelir.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
21-) Kurgu okumaktan pek hoşlanmam (yazar tarafından hayal edilerek yazılmış hikaye, roman gibi eserler).	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
22-) Yeni arkadaşlar edinmeyi zor bulurum.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
23-) Her zaman nesnelerde ve olaylarda belli kalıplar (tekrar edici özellikler) dikkatimi çeker.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
24-) Tiyatroya gitmeyi, müzeye gitmeye tercih ederim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
25-) Günlük rutinim (alıştığım günlük düzenimin) bozulması beni üzmez.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
26-) Sık sık sohbetin akışını nasıl sürdüreceğimi bilmediğimi fark ederim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
27-) Birisi benimle konuşurken "satır aralarını okumayı" kolay bulurum.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28-) Resmin bütününe, genellikle küçük ayrıntılardan daha çok konsantre olurum.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
29-) Telefon numaralarını hatırlamada çok iyi değilimdir.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

DEU SCAN LAB Social Cognition Battery Self Reports

30-) Bir durumdaki veya bir insanın görünüşündeki küçük değişikliklere sıklıkla dikkat etmem.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
31-) Beni dinleyen biri sıkılmaya başladıysa bunu hissedebilirim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
32-) Aynı anda birden çok şey yapmak bana kolay gelir.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
33-) Telefonda konuşurken, konuşma sırasının ne zaman bende olduğundan emin olamam.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
34-) İşleri spontan (içimden geldiği gibi) olarak yapmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
35-) Şakanın püf (can alıcı) noktasını en son anlayan sıklıkla benimdir.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
36-) Kişinin sadece yüzüne bakarak, ne düşündüğünü veya hissettiğini çıkarsamayı kolay bulurum.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
37-) Eğer birisi veya bir olay yapmakta olduğum işi bölerse o işe çok çabuk geri dönebilirim.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
38-) Sosyal ortamlarda muhabbette iyiyimdir.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
39-) İnsanlar sıklıkla sürekli aynı şeyle ilgili konuşup durduğunu söylerler.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
40-) Küçükken, diğer çocuklar ile rol yapmayı gerektiren oyunlar oynamaktan hoşlanırdım.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
41-) Bazı şeylerin kategorileri (sınıfları) hakkında bilgi toplamayı severim (örn; araba tipleri, kuş tipleri, tren tipleri, bitki tipleri vs..).	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
42-) Başka biri olmanın neye benzeyebileceğini hayal etmek bana zor gelir.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
43-) Katıldığım etkinlikleri özenle planlamaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katlıyorum	Sıklıkla katlıyorum	Bazen katlıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

DEU SCAN LAB Social Cognition Battery Self Reports

44-) Önemli günlerle (doğum günü partisi, düğün,...) ilgili etkinliklerden hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
45-) İnsanların niyetlerini anlamak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
46-) Yeni durumlar beni kaygılandırır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
47-) Yeni insanlarla tanışmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
48-) İyi bir diplomatımdır (insan ilişkilerinde her iki tarafı da idare edip çıkarlarımı korumayı bilirim).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
49-) İnsanların doğum günlerini hatırlamakta iyi değilimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
50-) Çocuklarla rol yapmayı gerektiren oyunlar oynamak bana çok kolay gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

Bu anketi doldurduğunuz için teşekkür ederiz. Lütfen, istediğiniz yanıtı seçtiğinizi ikinci kez kontrol etmek için yanıtlarınızı gözden geçiriniz.....

Türkçe uyarlama: Sezen Gökçen ve Emre Bora

EK 3. ERGEN OTİZM ANKETİ

Ergen Otizm Spektrum Anketi (OSA-Ergen)

12-15 yaş

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Doğum tarihi:

Tarih:

Anketin doldurulması

Çocuğunuza dair aşağıdaki her ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Her ifadenin sizin için uygunluk derecesini, eğer çok uygun ise Kesinlikle Katılıyorum (1) eğer hiç uygun değilse Kesinlikle Katılmıyorum (4) arasındaki 1'den 4'e kadar olan dereceleme ölçeğinde değerlendiriniz.

1. Kesinlikle Katılıyorum
2. Kısmen Katılıyorum
3. Kısmen Katılmıyorum
4. Kesinlikle Katılmıyorum

Örnekler

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ö1. Risk almaya isteklidir.			X	
Ö2. Masada oynanan oyunları sever.		X		
Ö2. Müzik aletleri çalmayı öğrenmede zorlanmaz.				X
Ö3. Farklı kültürleri öğrenmekle ilgilenir.	X			

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Bir şeyleri yalnız başına yapmaktansa başkalarıyla birlikte yapmayı tercih eder.				
2. İşleri tekrar tekrar aynı şekilde yapmayı tercih eder.				
3. Bir şeyi hayal etmeye çalışırsa, resmi zihninde canlandırması kolay olur.				
4. Kendisini sıklıkla bir şeye öyle güçlü kaptırır ki gözü başka şeyleri görmez olur.				
5. Sıklıkla başkaları fark etmediği halde hafif sesleri fark eder.				
6. Araba plakası ya da ona benzer bilgi dizilerini genellikle fark eder.				
7. Kendisi söylediği şeylerin kibar olduğunu düşünse de başkaları sıklıkla kibar olmadığını söyler.				
8. Bir hikaye okurken, hikayedeki karakterlerin neye benzediklerini kolaylıkla hayal edebilir				
9. Olayların tarihlerini bilmekten çok hoşlanır.				
10. Sosyal bir ortamda farklı insanların konuşmalarını kolaylıkla takip edebilir.				
11. Sosyal ortamlarda rahat eder.				
12. Başkalarının fark etmedikleri ayrıntıları fark etme eğilimi vardır.				
13. Kütüphaneye gitmeyi, bir partiye gitmeye tercih eder.				
14. Hikayeler uydurmak ona kolay gelir.				
15. Cansız şeylerden çok insanlar ilgisini çeker.				
16. Oldukça derin ilgi alanları vardır ve uğraşmayı sürdürmezse üzülür.				
17. Sosyal sohbetten (laklak) hoşlanır				
18. O konuşurken, diğerlerinin araya (söze) girmek istediklerini fark etmez.				
19. Sayıları büyüleyici bulur. (Sayılarla ilgilenir)				
20. Hikaye okurken, hikayedeki karakterlerin niyetlerini anlamakta zorlanır.				
21. Kurgu eserler okumaktan pek zevk almaz (yazar tarafından hayal edilerek yazılmış hikaye, roman gibi eserler).				
22. Yeni arkadaşlar edinmekte zorlanır.				
23. Nesnelerdeki desenleri, işlerdeki kalıpları fark eder.				
24. Tiyatroya gitmeyi, müzeye gitmeye tercih eder.				
25. Günlük rutininin (alıştığı düzeninin) bozulması onu rahatsız etmez				
26. Sıklıkla bir konuşmayı nasıl sürdüreceğini bilmediğini düşünür.				

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
27. Biri onunla konuşurken kolayca "satır aralarını okuyabilir" (gizli anlamları çıkarabilir).				
28. Genellikle küçük ayrıntılardan çok resmin tümüne odaklanır.				
29. Telefon numaralarını hatırlama konusunda pek iyi değildir.				
30. Bir durum veya bir insanın görünüşünde küçük değişikliklere dikkat etmez.				
31. Birinin onu dinlerken sıkılıp sıkılmadığını anlayabilir.				
32. Birden çok işi aynı anda kolayca yapabilir.				
33. Telefonda konuşurken, konuşma sırasının ne zaman onda olduğundan emin olamaz.				
34. Spontan (planlanmadan yapılan) şeyler yapmaktan keyif alır.				
35. Şakanın püf (can alıcı) noktasını anlayan en son kişi sıklıkla odur.				
36. Yalnızca yüzüne bakarak bir kişinin ne düşündüğünü ya da hissettiğini çözmek onun için kolaydır.				
37. Birisi yapmakta olduğu işi bölse bile o işe tekrar çok çabuk geri dönebilir.				
38. Sosyal ortamlarda sohbet etmek (çene çalmak) konusunda iyidir.				
39. İnsanlar ona genellikle aynı şey hakkında tekrar tekrar konuştuğunu söyler.				
40. Küçükken, diğer çocuklar ile rol ve taklit yapmayı da içeren oyunlar oynamaktan hoşlanırdı.				
41. Araba, kuş, tren, bitki türleri vs. gibi kategoriler ve sınıflarla ilgili bilgi toplamaktan hoşlanır.				
42. Başka birinin yerinde olmanın nasıl bir şey olabileceğini hayal etmekte (kendini başka birinin yerine koymakta) zorlanır.				
43. Katıldığı her etkinliği dikkatlice planlamayı sever.				
44. Sosyal etkinliklerden (misafirlik, parti vs.) keyif alır.				
45. İnsanların niyetlerini anlamakta zorlanır.				
46. Yeni durumlar onu kaygılandırır.				
47. Yeni insanlarla tanışmaktan keyif alır.				
48. İyi bir diplomattır (Zor durumlarda diğer insanlarla çatışmaktan kaçınmakta iyidir).				
49. İnsanların doğum tarihlerini hatırlamakta çok iyi değildir.				
50. Çocuklarla rol yapma ve taklit içeren oyunları oynamak onun için kolaydır.				

EK 4. POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Tablo -7

POZİTİF SEMPTOMLARI DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

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

VARSANILAR						
1- İşitme Varsanıları	0	1	2	3	4	5
2- Yorumlayıcı Sesler	0	1	2	3	4	5
3- Aralarında Konuşan Sesler	0	1	2	3	4	5
4- Somatik veya Taktil Varsanıları	0	1	2	3	4	5
5- Koku Varsanıları	0	1	2	3	4	5
6- Görme Varsanıları	0	1	2	3	4	5
7- Global Olarak Varsanılar	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam						(
HEZEYANLAR						
8- Kötülük Görme Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
9- Kısıkanlık Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
10- Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
11- Büyüklük Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
12- Dinsel Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
13- Somatik Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
14- Alınma Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
15- Kontrol Edilme Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
16- Düşünce Okuma Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
17- Düşünce Yayınlanması	0	1	2	3	4	5
18- Düşünce Sokulması	0	1	2	3	4	5
19- Düşünce Çekilmesi	0	1	2	3	4	5
20- Global Olarak Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam						(

GARİP DAVRANIŞLAR						
21- Giyim ve Görünüş	0	1	2	3	4	5
22- Sosyal ve Cinsel Davranış	0	1	2	3	4	5
23- Saldırganlık ve Taşkın Davranış	0	1	2	3	4	5
24- Tekrarlayıcı veya Stereotipik Davranış	0	1	2	3	4	5
25- Global Olarak Garip Davranış	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam						(
POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE						
26- Düşüncenin Raydan Çıkması	0	1	2	3	4	5
27- Teğetleme	0	1	2	3	4	5
28- Dikişsizlik	0	1	2	3	4	5
29- Mantıkdışılık	0	1	2	3	4	5
30- Çevresel Konuşma	0	1	2	3	4	5
31- Basınçlı Konuşma	0	1	2	3	4	5
32- Çelinebilir Konuşma	0	1	2	3	4	5
33- Ses Çağırışım	0	1	2	3	4	5
34- Global Olarak Formal Düşünce Bozukluğu	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam						(

EK 5. KISA NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ

KISA NEGATİF SEMPTOM ÖLÇEĞİ: PUAN ÇİZELGESİ

	← NORMAL	BOZULMUŞ →
I. ANHEDONİ		
1. ETKİNLİKLER SİRASINDA ALINAN KEYFİN YOĞUNLUĞU	0	1 2 3 4 5 6
2. KEYİF ALINAN ETKİNLİKLERİN SIKLIĞI	0	1 2 3 4 5 6
3. GELECEKTE YAPILACAK ETKİNLİKLERDEN ALINMASI BEKLENEN KEYİF YOĞUNLUĞU	0	1 2 3 4 5 6
II. SIKINTI HİSSİNİN EKSİKLİĞİ		
4. SIKINTI HİSSİNİN EKSİKLİĞİ	0	1 2 3 4 5 6
III. ASOSYALLİK		
5. ASOSYALLİK : DAVRANIŞ	0	1 2 3 4 5 6
6. ASOSYALLİK: İÇSEL DENEYİM	0	1 2 3 4 5 6
IV. AVOLÜSYON		
7. AVOLÜSYON: DAVRANIŞ	0	1 2 3 4 5 6
8. AVOLÜSYON: İÇSEL DENEYİM	0	1 2 3 4 5 6
V. KÜNT AFFEKT		
9. YÜZ İFADESİ	0	1 2 3 4 5 6
10. SESLİ İFADE	0	1 2 3 4 5 6 9
11. ANLAM İFADE EDEN VÜCUT HAREKETLERİ	0	1 2 3 4 5 6
VI. ALOJİ		
12. KONUŞMANIN MİKTARI	0	1 2 3 4 5 6 9
13. KENDİLİĞİNDEN AYRINTILANDIRMA	0	1 2 3 4 5 6 9

Amotivasyon faktörü:

Ne kadar zamandır?

Son 3 yılda kötüleşti mi?

Evet

Hayır

Ekspresyon faktörü:

Ne kadar zamandır?

Son 3 yılda kötüleşti mi?

Evet

Hayır

EK 6. SOSYAL BİLİŞ BATARYASI

Durumsal Özellikleri Tanıma Testi (SFRT)

Yönerge: Bu testte, 9 farklı durum yer almaktadır. Her bir durum için 14 eylem ve 14 amaçtan oluşan bir liste yer almaktadır. **Göreviniz sadece her bir durumla ilişkili ya da bağlantılı olduğunu düşündüğünüz eylemleri ya da amaçları işaretlemek olacaktır.** Örneğin “futbol oynamak” için; “topa vurmak” bağlantılı bir eylemken, “gol atmak” bağlantılı bir amaçtır. Diğer yandan “bilgisayar oyunu oynamak” bağlantısız bir eylemken, “sınavı geçmek” bağlantısız bir amaçtır. Lütfen sadece her bir durumla bağlantılı olduğunu düşündüğünüz eylemleri ve amaçları işaretleyiniz.

Bağlantılı eylemleri ve amaçları işaretledikten sonra her bir duruma ne kadar “aşına olduğunuz” ya da “aşına olmadığınız” sorulacaktır. Aşinalık, verilen bir durumun sizin için ne kadar bilindik ya da yaygın bir durum olduğunu tanımlamaktadır. Örneğin, “film izlemek” size aşına gelen bir eylem iken; “operaya gitmek” aşına olduğunuz bir eylem olmayabilir. Lütfen her bir durumu, her bir durumun altında yer alan 7 puanlık ölçek üzerinden puanlayın.

İlk verilen durum (örn. sinemaya gitmek) için yer alan eylemler ve amaçlar örnek amaçlıdır.

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

SİNEMAYA GİTMEK (ÖRNEK)

Patlamış mısır yemek (X)

Arkadaşla dans etmek

Film perdesine bakmak (X)

Oyun oynamak

Topa vurmak

Raket kullanmak

Kola içmek (X)

Yan yana oturmak (X)

Bilet almak (X)

Puro içmek

Bilgisayarla oynamak

Sırada beklemek (X)

Ata binmek

Salata hazırlamak

SİNEMAYA GİTMEK (ÖRNEK)

Keyif almak (X)

Eğlenmek (X)

Matematik öğrenmek

Topa vurmak

Bilgi edinmek (X)

Piyano çalmayı öğrenmek

Seyahat etmek

Futbol turnuvasını kazanmak

Zaman geçirmek (X)

Rahatlamak (X)

Rakiple mücadele etmek

Para biriktirmek

Sohbetten kaçmak (X)

Ödül kazanmak

BU DURUMA NE KADAR AŞINASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

SINAVA GİRMEK

- Cevap yazmak
- Bir öğrenciyle flört etmek
- Bisiklete binmek
- Pastel boyalarla yazmak
- Randevu vermek
- Resim yapmak
- Kalem ucu açmak
- Akranlarla konuşmak
- Soru okumak
- Para ödünç almak
- Cevap silmek
- İsmi yazmak
- Sayfaları saymak
- Ruj sürmek

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

SINAVA GİRMEK

- Derece yapmak
- Sınav notunu düşürmek
- '100' almak
- Stres azaltmak
- Sınıfı geçmek
- Arkadaş edinmek
- Gözaltına alınmak
- Mezun olmak
- Evlenmek
- Uzman olmak
- Piyango kazanmak
- İş bulmak
- Sarhoş olmak
- Ödül kazanmak

BU DURUMA NE KADAR AŞINASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

ÇADIR KURMAK
Kazık çakmak
Çadır bezi boyamak
Et pişirmek
Anıt dikmek
Yere muşamba sermek
Çadır bezini germek
Uygun zemin bulmak
Ateş yakmak
Kahve içmek
Ata binmek
Kamp yapmak
Ok atmak
Yer silmek

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

ÇADIR KURMAK
Sıcak bir yerde kalmak
Güvende hissetmek
İçinde ateş yakmak
Koruma sağlamak
Gece uyumak
Yiyecek depolamak
Barınak sağlamak
Gol atmak
Para biriktirmek
Balık avlamak
Mobilya koymak
Yağmurdan korunmak
Dövüş kazanmak
Daha akıllı olmak

BU DURUMA NE KADAR AŞINASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

KÜTÜPHANEDE OKUMAK

Boğa güreşi izlemek
Not almak
Mektup açmak
Silahla ateş etmek
Güneş gözlüğü takmak
Kitap sayfası çevirmek
Fikir yürütmek
Arkadaşa telefon etmek
Lastik değiştirmek
Mektup yazmak
Yemek yemek
Cümlelerin altını çizmek
Sayfayı işaretlemek
Sınava girmek

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

KÜTÜPHANEDE OKUMAK

Para kazanmak
Araştırma yapmak
Sınava hazırlanmak
Sessiz bir yerde çalışmak
Kitap temin etmek
Dünyayı gezmek
Konsantrasyonu artırmak
Ev satmak
Zihin çalıştırmak
Para biriktirmek
Sosyal becerileri geliştirmek
Hamile kalmak
Egzersiz yapmak
Belleğini geliştirmek

BU DURUMA NE KADAR AŞINASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç derece aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

DOĞUM NEDENİYLE MEVLÜT OKUTMAK

Baş örtüsü takmak
Sınav olmak
Şiir okumak
Sakal tıraşı olmak
Bıyık bırakmak
Evi süsleyip hazırlamak
Kot pantolon giymek
Sahilde yürümek
Hediye kabul etmek
Kur'an okumak
Dua etmek
Konuşma yapmak
Kadeh kaldırmak
Şeker ikram etmek

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

DOĞUM NEDENİYLE MEVLÜT OKUTMAK

Mezun olmak
Arkadaş edinmek
İbadet etmek
Din değiştirmek
Bağımsızlığını duyurmak
Hacı olmak
Ruhen iyi hissetmek
Askere gitmek
Bebeğin 40. gününü kutlamak
Erişkinliğe adım atmak
Geleneklere uymak
Şükretmek
Sevap kazanmak
İmam olmak

BU DURUMA NE KADAR AŞİNASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

ARABA KULLANMAK
Sigorta formu okumak
Sigara içmek
Parkta oyun oynamak
Lastik değiştirmek
Bilet almak
Kaset çalar monte etmek
Etraftaki araçları kontrol etmek
Egzozu tamir etmek
Anahtarı çevirmek
Emniyet kemeri takmak
Aynayı kontrol etmek
Direksiyon çevirmek
El frenini indirmek
Dişlerini fırçalamak

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

ARABA KULLANMAK
Elektrik tasarrufu yapmak
Faturaları ödemek
Mahalleyi keşfetmek
Stres yaratmak
Benzin harcamak
Avukat olmak
Yorulmamak
Arkadaş ziyaret etmek
Yeni insanlarla tanışmak
Zaman kazanmak
Tatile gitmek
Reklam yapmak
Araba kullanma becerilerini geliştirmek
Balık tutmak

BU DURUMA NE KADAR AŞINASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

SAC KESTİRMEK

Aynaya bakmak

Yüzünü yıkamak

Koşu yapmak

Makyaj yapmak

Halı süpürmek

Sınava hazırlanmak

Randevu almak

Önlük takmak

Talimat vermek

Manikür yaptırmak

Enfiye çekmek

Saç yıkamak

Sıra beklemek

Dergi okumak

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

SAC KESTİRMEK

Davete hazırlanmak

Saç sağlığını korumak

Saçları uzatmak

Psikoloji anlamak

Öykü yazmak

Yeni arkadaşlar edinmek

Güzel görünmek

Kişiliğini değiştirmek

Saç kırıklarını düzeltmek

Para biriktirmek

Farklı görünmek

Berber olmak

Kaygı azaltmak

Saçları kısalttırmak

BU DURUMA NE KADAR AŞİNASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

AMELİYAT YAPMAK
Kalp atışını takip etme
Alçı takmak
Ultrason yapmak/
Maske takmak
Yatak yapmak
Ağırılık kaldırmak
Hemşirelerle konuşmak
Uzuv dikmek
Fırın temizlemek
İlaç reçete etmek
Kanser dokusu çıkarmak
Ellerini yıkamak
Kitap okumak
İmza atmak

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

AMELİYAT YAPMAK
Hastalığı iyileştirmek
Ölüme neden olmak
AIDS teşhisi koymak
Ömrü uzatmak
Organ nakli
Kazayı önlemek
Şeker hastalığını iyileştirmek
Tedavi etmek
Acı çekmeyi azaltmak
Yaşlanmayı engellemek
Bir çeteye katılmak
Komaya neden olmak
Ölümü engellemek
Yarışma kazanmak

BU DURUMA NE KADAR AŞINASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

TAVLA OYNAMAK
Araba yıkamak
Zar atmak
Hamle yapmak
Pul rengi seçmek
Şişe çevirmek
Kapı almak
Süre tutmak
Kural koymak
Uçurtma uçurmak
Arkadaşlarla dans etmek
Mars yapmak
Başlangıç noktasından geçme
Kart çekmek
Çarkı çevirmek

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

TAVLA OYNAMAK
Zil çalmak
Geçim sağlamak
Otel satın almak
Oyunu kazanmak
Kelimeleri hecelelemek
Arkadaşla sosyalleşmek
Ödül kazanmak
Bilgini ortaya koymak
Pulları toplamak
En fazla puanı almak
Sorulara yanıt vermek
Liseyi bitirmek
Eğlenmek
Para biriktirmek

BU DURUMA NE KADAR AŞINASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR EYLEMİ İŞARETLEYİNİZ.

ULTRASON YAPMAK

Kulak temizlemek
Alçı yapmak
Hastaya talimat vermek
Yeni doğan bebeği beslemek
Hastayla konuşmak
Uygulama alanına jel sürmek
Gerekli malzemeleri hazırlamak
Müzik dinlemek
İdrar örneği incelemek
Kulaklık takmak
Hamama gitmek
Kalp atışı dinlemek
Hareketleri izlemek
Vücut dokusu kesme

AŞAĞIDA VERİLEN DURUMLA BAĞLANTILI
HER BİR AMACI İŞARETLEYİNİZ.

ULTRASON YAPMAK

İkiz gebelik teşhis etmek
Bebegin gelişimini takip etmek
Ağrıyı azaltmak
Klavye kullanmayı öğrenmek
Anormallikleri tespit etmek
Kanser teşhis etmek
Gebeliği teşhis etmek
Ev almak
Bebegin büyüklüğünü belirlemek
Kitap yazmak
Kanamayı durdurmak
Çocuk felcini iyileştirmek
Öğretmen olmak
Kanser hücrelerini yok etmek

BU DURUMA NE KADAR AŞINASINIZ?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece aşına	Çok aşına	Biraz aşına	Ne aşına ne aşına değil	Pek aşına değil	Neredeyse hiç aşına değil	Hiç aşına değil

İMA TESTİ

Yönerge: Size iki kişinin olduğu bir dizi hikâye okuyacağım. Her hikâye karakterlerden birinin bir şey demesiyle sonlanacak. Hikâyeyi okuduktan sonra karakterin neyi kastettiği ile ilgili bazı soruları cevaplamanız beklenmektedir.

1. Siz ve arkadaşınız yaklaşan bir sınav için çalışma planı yaptınız. Arkadaşınız dondurucu soğukta kampüs boyunca yürüdüktan sonra sizin evinize ulaşıyor. Siz sınav yüzünden endişelisiniz, bu yüzden hemen sınav konularını gözden geçirmeye başlıyorsunuz ancak arkadaşınız "Of! Dışarı çok soğuk. Parmaklarımı neredeyse hissetmiyorum." diyerek araya giriyor. Arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Arkadaşınız üşümüş ve çalışmadan önce ısınmak istiyor.
- b) Arkadaşınız havanın soğuk olduğunu bilmenizi istiyor. (hipo)
- c) Arkadaşınız sizinle çalışmaktan çok soğukla ilgileniyor. (hiper)

Yanlış yanıt halinde: Konuşmanın devamında arkadaşınız: "Keşke yanımda kazak getirseydim." diyor. Arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Arkadaşınız eve gidip kazak almak istiyor. (hiper)
- b) Arkadaşınız kazak almayı unuttuğunu bilmenizi istiyor. (hipo)
- c) Arkadaşınız kazaklarınızdan birini ödünç almak istiyor.

2. Ailenizi ziyaret ettiğiniz bir hafta sonu tatilinden yeni döndünüz. Ev arkadaşınızın kişisel eşyalarını odanızda tutmanızı istediğini bilmenize rağmen, döndüğünüzde bavulunuzu evin ortak alanında bırakıyorsunuz. Ev arkadaşınız bavulu fark ediyor ve başka bir yolculuğa çıkıp çıkmayacağınızı soruyor. Ev arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Ev arkadaşınız evde yalnız olmak istiyor. (hiper)
- b) Ev arkadaşınız tekrar yolculuğa çıkıp çıkmayacağınızı merak ediyor. (hipo)
- c) Ev arkadaşınız bavulunuzu odanıza koymanızı istiyor.

Yanlış yanıt halinde: Ertesi gün bavulunuz sizin odanızın kapısının önüne konulmuş. Ev arkadaşınız bunu yapmakla gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Ev arkadaşınız bavulunuzu odanıza kaldırmanızı istiyor.
- b) Ev arkadaşınız bavulunuz ayakaltında durduğu için sinirlenmiş. (hiper)
- c) Ev arkadaşınız bavulunuzu ayakaltından kaldırmak istiyor. (hipo)

3. Siz ve bir arkadaşınız sinemada bir film izledikten sonra AVM'de dolaşıyorsunuz. Siz yemek katından bir içecek alırken arkadaşınız Simit Sarayı'na bakarak "Şu tahinli çörekler ne güzel kokuyor." diyor. Arkadaşınız kendi kendine gülererek "İzlemeyi önerdiğin pahalı filmden sonra hiç param kalmadı." diye ekliyor. Arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Arkadaşınız hiç parasının kalmadığını bilmenizi istiyor. (hipo)
- b) Arkadaşınız ona borç vermenizi istiyor.**
- c) Arkadaşınız daha ucuz bir film önermediğiniz için içerlemiştir/bozulmuştur. (hiper)

Yanlış yanıt halinde: Arkadaşınız sözlerine "Bakıyorum da hala biraz paran var." diye devam ediyor. Arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir.

- a) Arkadaşınız hala paranız olduğunu fark etmiş. (hipo)
- b) Arkadaşınız ona çörek almanızı istiyor.**
- c) Arkadaşınız hala paranız kaldığı için sizi kskanıyor. (hiper)

4. Siz ve ev arkadaşınız genellikle okula beraber gidersiniz. Siz banyoda hazırlanırken ev arkadaşınız odasından çılgınca koşarak çıkar ve "Geç kaldım, alarmımın çaldığını duydun mu?" der. Ev arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Ev arkadaşınız onu neden uyandırmadığınızı merak ediyor.**
- b) Ev arkadaşınız geç kaldığı için sizi suçluyor. (hiper)
- c) Ev arkadaşınız alarmının çalıp çalmadığını bilmek istiyor. (hipo)

Yanlış yanıt halinde: Ev arkadaşınız sözlerine "Uyandırılmaktan gocunmam/rahatsız olmam." diye devam ediyor. Ev arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Ev arkadaşınız uyandırılmaktan gocunmaz. (hipo)
- b) Ev arkadaşınız onu uyandırmadığınız için kızgındır. (hiper)
- c) Ev arkadaşınız ileride onu uyandırmanız için size izin vermiştir.**

5. Siz ve bir grup arkadaşınız bir kafede buluşuyorsunuz. Siz ve arkadaşınız menüye bakıp konuşurken arkadaşınız araya girer ve "Tüh! Cüzdanımı evde unutmuşum. Tam da ucuz bir kahve söyleyecektim." der. Arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Arkadaşınız ona bir kahve ısmarlamanızı istiyor.**
- b) Arkadaşınız sizin ne söylediğinizden çok kendi cüzdanıyla ilgileniyor. (hiper)
- c) Arkadaşınız kendi cüzdanını unuttuğunu bilmenizi istiyor. (hipo)

Yanlış yanıt halinde: Arkadaşınız sözlerine "Fazla paran var mı?" diye devam eder. Arkadaşınız bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Arkadaşınız fazla paranız olup olmadığını merak ediyor. (hipo)
- b) Arkadaşınız ona kahve almayı teklif etmediğiniz için rahatsız olmuş. (hiper)
- c) Arkadaşınız ona biraz borç vermenizi istiyor.**

6. Aldığınız derslerden biri için grup ödevi olarak bir makale yazmanız gerekiyor. İlk grup toplantısında siz liderlik görevini üstleniyor ve grup üyelerinin makale için yazacakları bölümleri belirliyorsunuz. Kendinizi de giriş bölümünü yazmakla görevlendiriyorsunuz ve grup üyelerinden biri: "Temel bilgileri gözden geçirme ve bir giriş yazma konusunda gerçekten iyiyimdir" diyor. Grup üyesi bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Grup üyesi kendisinin de giriş yazma konusunda iyi olduğunu bilmenizi istiyor. (hipo)
- b) Grup üyesi giriş bölümünü kendi yazmak istiyor.**
- c) Grup üyesi giriş bölümünü almanızdan hoşlanmamış. (hiper)

Yanlış yanıt halinde: Grup üyesi sözlerine "Siz hangi bölümü yazmak istersiniz arkadaşlar?" diye devam ediyor. Grup üyesi bunu demekle gerçekte neyi kastetmiştir.

- a) Grup üyesi kısımların atanmasından önce grubun fikirlerini almak istemiştir.**
- b) Grup üyesi bütün kararları sizin vermenizden rahatsız oluyor. (hiper)
- c) Grup üyesi diğerlerinin hangi bölümleri çalışmak istediğini bilmek istemiştir. (hipo)

7. Arkadaşlarınız yılbaşı için hediye çekilişi düzenlemektedirler. Siz ve arkadaşınız hediye fikirleri hakkında konuşurken siz üniversitenin mağazasındaki bir kahve kupasını gözünüze kestirdiğinizden bahsediyorsunuz. Bunun üzerine arkadaşınız "Hep o mağazadan bir şeyler almak istemişimdir." diye ekliyor. Arkadaşınız böyle demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Arkadaşınız mağazadan bir hediye istediğinizi görmezden gelmiştir. (hiper)
- b) Arkadaşınız mağazadan bir şeyler almak istemiştir. (hipo)
- c) Arkadaşınız kendi hediyesinin mağazadan olmasını istemiştir.**

Yanlış yanıt halinde: Bunun üzerine arkadaşınız "Okulumla gurur duyduğumu göstermek için bir tişörtümün olması fena olmazdı." der. Arkadaşınız böyle demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Arkadaşınız sizin hediyenizden çok kendisinininkiyle ilgilenmektedir. (hiper)
- b) Arkadaşınız hediye olarak kendisine tişört almanızı istemiştir.**
- c) Arkadaşınız okuluyla gurur duyduğunu bilmenizi istemiştir. (hipo)

8. Yarıyıl üç hafta önce başlamıştır ve siz yeni bir ev arkadaşı ile yaşıyorsunuz. Hiçbir şey söylemeden ev arkadaşınız buzdolabının üstüne bir temizlik programı asar. Bunu yapmakla ev arkadaşınız neyi kastetmiştir?

- a) Ev arkadaşınız temizlik programından haberdar olmanızı istemiştir. (hipo)
- b) Ev arkadaşınız sizin temizlik alışkanlıklarınızdan rahatsız olmuştur. (hiper)
- c) **Ev arkadaşınız temizliğe yardım etmenizi istemiştir.**

Yanlış yanıt halinde: Ertesi gün, ev arkadaşınız Cif alır ve tezgâhın üzerinde bırakır. Ev arkadaşınız böyle yapmakla neyi kastetmiştir?

- a) Ev arkadaşınız tezgâhın kirli olmasından tiksiniştir. (hiper)
- b) **Ev arkadaşınız tezgâhı temizlemenizi istemiştir.**
- c) Ev arkadaşınız Cif'in nerede olduğunu bilmenizi istemiştir. (hipo)

9. Siz ve arkadaşınız kampüste ücretsiz yiyecek verilen bir etkinliktesiniz. Siz bir kek alır ve arkadaşınıza uzatırsınız. Arkadaşınız: "İ-ih. Keklerde çok fazla şeker var." der. Arkadaşınız böyle demekle gerçekte neyi kastetmiştir.

- a) Arkadaşınız sizi sağlıksız beslediğiniz için yargılamıştır. (hiper)
- b) Arkadaşınız keklerde çok fazla şeker olduğunu düşünmüştür. (hipo)
- c) **Arkadaşınız kek yemek istememiştir.**

Yanlış yanıt halinde: Bunun üzerine arkadaşınız: "Meyve daha sağlıklı." diye devam eder. Arkadaşınız böyle demekle gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) **Arkadaşınız kek yerine meyve yemeyi istemiştir.**
- b) Arkadaşınız meyvelerin daha sağlıklı olduğunu bilmenizi istemiştir. (hipo)
- c) Arkadaşınız keki yemeniz gerektiğini düşünmemektedir. (hiper)

10. Sınıfa yürüyorsunuz ve büyük bir yığın kitap taşıyan çekici birini fark edersiniz. Bu kişi kütüphane kapısını açmaya çalışırken kitaplar yavaşça elinden kaymaya başlar. Sizin izlediğinizi görüp gülümser ve "Bu kitaplar tam bir eziyet." der. Böyle demekle bu kişi gerçekte neyi kastetmiştir.

- a) Bu kişi sizinle ilgileniyor olabilir. (hiper)
- b) Bu kişi çok kitap taşımanın eziyet olduğunu düşünmüştür. (hipo)
- c) **Bu kişi kapıyı açmak için biraz yardım alabilir.**

Yanlış yanıt halinde: Bunun üzerine bu kişi güler ve "Üçüncü kata kadar nasıl çıkacağım?" der. Bu kişi bunu söyleyerek gerçekte neyi kastetmiştir?

- a) Bu kişi sizinle flört ediyor olabilir. (hiper)
- b) **Bu kişi kitapları yukarı çıkarmasına yardım etmenizi istemiştir.**
- c) Bu kişi üçüncü kata çıkacağını sizin bilmenizi istemiştir. (hipo)

I.P.S.A.Q.

Yönerge: Size bazı ifadeler okuyacağım. Her bir ifade için lütfen o durumun kendi başınıza geldiğini canlı bir şekilde hayal etmeye çalışın. Ardından, her bir ifadede anlatılan durumun ana sebebinin ne olduğunu kısaca belirtin.

1. Bir arkadaşınız sizi eve bıraktı. (P)

Arkadaşınızın sizi eve bırakmasına ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

2. Bir arkadaşınız sizin arkanızdan konuştu. (N)

Arkadaşınızın arkanızdan konuşmasına ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

3. Bir arkadaşınız size saygı duymadığını söyledi. (N)

Arkadaşınızın size saygı duymadığını söylemesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

4. Bir arkadaşınız size bahçe işlerinde yardım etti. (P)

Arkadaşınızın size bahçe işlerinde yardım etmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

5. Bir arkadaşınız sizin güvenilir olduğunuzu düşünüyor. (P)

Arkadaşınızın sizin güvenilir olduğunuzu düşünmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

6. Bir arkadaşınız sizinle konuşmayı reddetti. (N)

Arkadaşınızın sizinle konuşmayı reddetmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

7. Bir arkadaşınız sizin ilginç biri olduğunuzu düşünüyor. (P)

Arkadaşınızın ilginç biri olduğunuzu düşünmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

8. Bir arkadaşınız size bir kartpostal gönderdi. (P)

Arkadaşınızın size kartpostal göndermesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

9. Bir arkadaşınız sizin arkadaş canlısı olmadığınızı düşünüyor. (N)

Arkadaşınızın sizin arkadaş canlısı olmadığınızı düşünmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

10. Bir arkadaşınız size aşağılayıcı bir yorum yaptı. (N)

Arkadaşınızın size aşağılayıcı bir yorum yapmasına ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

11. Bir arkadaşınız size bir hediye aldı. (P)

Arkadaşınızın size bir hediye almasına ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

12. Bir arkadaşınız sizinle kavga etti. (N)

Arkadaşınızın sizinle kavga etmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

13. Bir arkadaşınız sizin dürüst olmadığınızı düşünüyor. (N)

Arkadaşınızın dürüst olmadığınızı düşünmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

14. Bir arkadaşınız sizinle konuşarak biraz vakit geçirdi. (P)

Arkadaşınızın sizinle konuşarak biraz vakit geçirmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

15. Bir arkadaşınız sizin akıllı olduğunuzu düşünüyor. (P)

Arkadaşınızın sizin akıllı olduğunuzu düşünmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

16. Bir arkadaşınız size bir işte yardım etmeyi reddetti. (N)

Arkadaşınızın bu işte size yardım etmeyi reddetmesine ne sebep oldu? (Lütfen ana sebebi belirtiniz.)

Bu

- a) Sizinle ilgili bir şey mi?
- b) Başka bir kişi (veya bir grup insan) ile ilgili bir şey mi?
- c) Durumla (koşullar veya şans) ilgili bir şey mi?

Sosyal Normlar Ölçeği

Sebebe kodu:

☐ 95=Fiziksel problem ☐ 96=Bilişsel/davranışsal problem ☐ 97=Diğer problem ☐ 98=Sözlü ret

Yönerge: Aşağıda, bir kişinin sergileyebileceği davranışların bir listesi verilmiştir. Lütfen bunları toplumumuzda sergilemenin sosyal olarak kabul edilebilir ve uygun olup olmadığına karar verin ve her birine evet veya hayır yanıtı verin. Bu soruları, yakın bir arkadaşınızın veya ailenizden birinin DEĞİL, bir yabancıya veya tanıdıklarınızın önünde veya yanında gerçekleştiriyormuş/yaşanıyormuş gibi düşünün.

Sosyal (toplumsal) olarak kabul edilebilir bir davranış mıdır?

1.	Tanımadığınız birine saç stilini beğenmediğinizi söylemek	☐ HAYIR	☐ EVET
2.	Yere tükürmek	☐ HAYIR	☐ EVET
3.	Toplum içinde sümürmek	☐ HAYIR	☐ EVET
4.	İş arkadaşınıza yaşını sormak	☐ HAYIR	☐ EVET
5.	Sinemada bir film esnasında ağlamak	☐ HAYIR	☐ EVET
6.	Aceleniz olduğunda sırada bekleyenlerin önüne geçmek	☐ HAYIR	☐ EVET
7.	Kendiniz takılıp, düştüğünüzde gülmek	☐ HAYIR	☐ EVET
8.	Makamayı elinizle yemek	☐ HAYIR	☐ EVET
9.	İş arkadaşınıza yaşınızı söylemek	☐ HAYIR	☐ EVET
10.	Birine henüz seyretmediği bir film hakkında fikrinizi söylemek	☐ HAYIR	☐ EVET
11.	Başka biri takılıp düştüğünde gülmek	☐ HAYIR	☐ EVET
12.	Her gün aynı kıyafeti giymek	☐ HAYIR	☐ EVET
13.	Kaldırımında bulduğunuz parayı almak	☐ HAYIR	☐ EVET
14.	Toplum içinde bumunuzu karıştırmak	☐ HAYIR	☐ EVET
15.	Bir iş arkadaşınıza fazla kilolu olduğunuzu düşündüğünüzü söylemek	☐ HAYIR	☐ EVET
16.	Tavuk budunu/balığı elinizle yemek	☐ HAYIR	☐ EVET
17.	Tanımadığınız birine saçını beğendiğinizi söylemek	☐ HAYIR	☐ EVET
18.	İki hafta içerisinde aynı üstü iki kez giymek	☐ HAYIR	☐ EVET
19.	Birine henüz seyretmediği bir filmin sonunu söylemek	☐ HAYIR	☐ EVET
20.	Tanımadığınız birine sormadan sarılmak	☐ HAYIR	☐ EVET
21.	Sinemada bir film esnasında yüksek sesle konuşmak	☐ HAYIR	☐ EVET
22.	İş arkadaşınıza kilo verdiğini düşündüğünüzü söylemek	☐ HAYIR	☐ EVET

SNQ22:

SNQ20:

Kurallara Aşırı Bağlılık:

(3, 5, 7, 9, 10, 13, 16, 17, 18, 22)

Kuralları İhlal Etme:

(1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 21)

Küplerle Desen:

Doğru desen	Süre	Yanlış Desen	Tamamı ama süresi (sn)	Doğru Desen	Puan (her bir desen için uygun puanı daire içine alınız)
1. 	30"	Deneme1  Deneme2 		E H	Deneme1 Deneme2 0 2 1
2. 	30"	Deneme1  Deneme2 		E H	Deneme1 Deneme2 0 2 1
3. 	30"	Deneme1  Deneme2 		E H	Deneme1 Deneme2 0 2 1

4.	30"	 Deneme1:  Deneme2: 	E H	Deneme1 Deneme2
				0 2 1
5.BAŞLA!	60"	 Deneme1:  Deneme2: 	E H	Deneme1 Deneme2
				0 2 1
7.	60"	 	E H	16"-60" 11"-15" 6"-10" 1"-5"
				0 4 5 6 7
9.	60"	 	E H	21"-60" 16"-20" 11"-15" 1"-10"
				0 4 5 6 7
11.	120"	 	E H	66"-120" 46"-65" 31"-45" 1"-40"
				0 4 5 6 7
13.	120"	 	E H	76"-120" 56"-75" 41"-55" 1"-40"
				0 4 5 6 7

Toplam Ham Puan

YÜZ İFADESİNİN GÜVENİRLİĞİ TESTİ

Resim (Değeri)	Güvenilir	Güvenilir Değil
1. (2)		
2. (1)		
3. (2)		
4. (1)		
5. (0)		
6. (-1)		
7. (-2)		
8. (1)		
9. (1)		
10. (-3)		
11. (2)		
12. (-1)		
13. (-3)		
14. (0)		
15. (1)		
16. (0)		
17. (3)		
18. (2)		
19. (3)		
20. (0)		
21. (-2)		
22. (-1)		
23. (-2)		
24. (2)		
25. (-3)		
26. (0)		
27. (2)		
28. (-1)		
29. (-2)		
30. (0)		
31. (2)		
32. (2)		
33. (-2)		
34. (3)		
35. (-1)		

Resim (Değeri)	Güvenilir	Güvenilir Değil
36. (-3)		
37. (2)		
38. (-3)		
39. (3)		
40. (-1)		
41. (0)		
42. (-3)		
43. (-2)		
44. (-1)		
45. (-1)		
46. (-2)		
47. (-1)		
48. (3)		
49. (-3)		
50. (-1)		
51. (3)		
52. (1)		
53. (-2)		
54. (1)		
55. (-3)		
56. (0)		
57. (3)		
58. (3)		
59. (1)		
60. (3)		
61. (0)		
62. (3)		
63. (-2)		
64. (1)		
65. (-3)		
66. (0)		
67. (-3)		
68. (-2)		
69. (2)		
70. (1)		

(+1):

(+2):

(+3):

Pozitif Toplam:

TOPLAM SKOR:

(-1):

(-2):

(-3):

Negatif Toplam:

PONS VIDEO TEST

Sahne 1: A: doğaya hayran olma B: dua etme	Sahne 21: A: seyahate çıkma B: bir çocuğu azarlama
Sahne 2: A: doğaya hayran olma B: bir müşteriye yardım etme	Sahne 22: A: geç kaldığı için birini eleştirme B: minnet gösterme
Sahne 3: A: seyahate çıkma B: derin bir ilgiyi (sevgiyi) ifade etme	Sahne 23: A: dua etme B: birinin düğünü hakkında konuşma
Sahne 4: A: birini baştan çıkarmaya çalışma B: kayıp bir çocukla konuşma	Sahne 24: A: af dilenme B: bir çocuğu azarlama
Sahne 5: A: birinin düğünü hakkında konuşma B: birinin boşanması hakkında konuşma	Sahne 25: A: derin bir ilgiyi (sevgiyi) ifade etme B: doğaya hayran olma
Sahne 6: A: belirgin bir hoşnutsuzluğu ifade etme B: bir müşteriye yardım etme	Sahne 26: A: bir müşteriye yardım etme B: af dilenme
Sahne 7: A: bir çocuğu azarlama B: geç kaldığı için birini eleştirme	Sahne 27: A: kıskançlık krizi geçirme B: birini tehdit etme
Sahne 8: A: dua etme B: birini tehdit etme	Sahne 28: A: birinin boşanması hakkında konuşma B: seyahate çıkma
Sahne 9: A: bir restoranda yemek sipariş etme B: birini tehdit etme	Sahne 29: A: birinin boşanması hakkında konuşma B: birini baştan çıkarmaya çalışma
Sahne 10: A: seyahate çıkma B: birini baştan çıkarmaya çalışma	Sahne 30: A: birinin boşanması hakkında konuşma B: bir mağazaya hatalı ürün iade etme
Sahne 11: A: bir arkadaşın ölümünden konuşma B: kıskançlık krizi geçirme	Sahne 31: A: belirgin bir hoşnutsuzluğu ifade etme B: derin bir ilgiyi (sevgiyi) ifade etme
Sahne 12: A: bir mağazaya hatalı ürün iade etme B: bir müşteriye yardım etme	Sahne 32: A: bir restoranda yemek sipariş etme B: kıskançlık krizi geçirme
Sahne 13: A: kıskançlık krizi geçirme B: bir çocuğu azarlama	Sahne 33: A: bir mağazaya hatalı ürün iade etme B: belirgin bir hoşnutsuzluğu ifade etme
Sahne 14: A: bir mağazaya hatalı ürün iade etme B: bir arkadaşın ölümünden konuşma	Sahne 34: A: bir çocuğu azarlama B: kayıp bir çocukla konuşma
Sahne 15: A: birinin boşanması hakkında konuşma B: af dilenme	Sahne 35: A: anne sevgisi gösterme B: birini tehdit etme
Sahne 16: A: anne sevgisi gösterme B: kayıp bir çocukla konuşma	Sahne 36: A: derin bir ilgiyi (sevgiyi) ifade etme B: bir çocuğu azarlama
Sahne 17: A: anne sevgisi gösterme B: af dilenme	Sahne 37: A: birinin düğünü hakkında konuşma B: bir arkadaşın ölümünden konuşma
Sahne 18: A: belirgin bir hoşnutsuzluğu ifade etme B: bir restoranda yemek sipariş etme	Sahne 38: A: geç kaldığı için birini eleştirme B: minnet gösterme
Sahne 19: A: doğaya hayran olma B: anne sevgisi gösterme	Sahne 39: A: dua etme B: bir çocuğu azarlama
Sahne 20: A: birinin düğünü hakkında konuşma B: minnet gösterme	Sahne 40: A: birini tehdit etme B: belirgin bir hoşnutsuzluğu ifade etme

Yüz Skoru (2, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 19, 21, 24, 27, 29, 31, 34, 36, 38, 39, 40):

Vücut Skoru (1, 3, 4, 8, 11, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 37):

GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA

Doğum tarihi..... Tarih.....

Eğitim durumu / mesleği.....

P kıskanç	paniklemiş	kibirli	nefret dolu
1 neşeli	teselli eden	rahatsız	sıkılmış
2 korkmuş	üzüntülü	kibirli	kızgın
3 şakacı	telaşlı	arzulu	ikna olmuş
4 şakacı	ısrarcı	keyifli	gevşemiş
5 rahatsız	iğneleyici	endişeli	arkadaş canlısı
6 donakalmış	hayal kuran	sabırsız	diken üstünde
7 özür dileyen	arkadaş canlısı	tedirgin	şevksiz
8 kötümser	rahatlamış	utangaç	heyecanlı
9 kızgın	düşmanca	dehşete düşmüş	zihni meşgul
10 temkinli	talepkar	sıkılmış	donakalmış
11 korkmuş	keyifli	pişman	işveli
12 aldurmaz	mahcup	şüpheli	şevksiz
13 kararlı	bekleyen	tehditkar	utangaç
14 rahatsız	hayal kırıklığına uğramış	keyifsiz	suçlayıcı
15 mütefekkir	telaşlı	cesaret veren	keyifli
16 rahatsız	düşünceli	cesaret veren	cana yakın
17 şüphelenmiş	şefkatli	neşeli	donakalmış
18 kararlı	keyifli	donakalmış	sıkılmış
19 baskın	arkadaş canlısı	suçlu	dehşete düşmüş
20 zihni meşgul	minnettar	ısrarcı	yalvaran
21 memnun	özür dileyen	küstah	meraklı
22 tereddütlü	rahatsız	heyecanlı	düşmanca
23 diken üstünde	utangaç	düşmanca	gergin
24 şakacı	temkinli	kibirli	güven verici
25 merak eden	şakacı	şefkatli	memnun
26 sabırsız	donakalmış	rahatsız	dalgın
27 minnettar	işveli	düşmanca	hayal kırıklığına uğramış
28 utanmış	kendinden emin	şakacı	şevksiz
29 ciddi	utanmış	şaşırmış	diken üstünde
30 mahcup	suçlu	hayal kuran	kaygılı
31 donakalmış	hayrete düşmüş	güvenilmez	korkmuş
32 utanmış	asabi	kuşkucu	kararsız

Pozitif (1-6-16-19-25-27-28):

Negatif (2-5-11-14-17-21-23-31-32):

Nötr:

Toplam:

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Görüşme Tarihi: __ / __ / __

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA-18 YAŞ ALTI)

Sayın gönüllü,

Psikotik bozukluklar, belirgin sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma ve toplumsal/kişisel etkileri belirgin ciddi psikiyatrik hastalıklardır. Şizofreni ve şizoafektif bozukluk genellikle genç erişkinlik ya da ergenlik dönemlerinde başlamaları nedeniyle mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açmaktadırlar. İşlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen bu bozukluklarda prodromal evrede ve ilk atakta yapılacak müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da hastalığın şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedeftir. İlk psikotik atak öncesinde genellikle bireylerin %80 ile 90'ı hastalığın öncüsü sayılan eşik altı pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsellikte düşüş ile karakterize olan, süresi değişken prodromal bir evre yaşarlar.

"Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili ve Eşik Altı Otistik Özellikler" adlı bu çalışma; sosyal bilişin ve bilgi işleme stiline şizofreni erken evrelerinde ne kadar bozulduğunu göstermek ve bu bozukluklara eşik altı otistik bulguların ne kadar eşlik ettiğini araştırma amacıyla gerçekleştirilmektedir. Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler AD ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servis/Klinik'te yürütülmektedir. Araştırmanın örneklemini; şizofreni/şizoafektif bozukluk tanısı olan, bu hastalıklara klinik ve/veya ailesel artmış riski olan bireyler ve sağlıklı kontrol gönüllüleri oluşturmaktadır. Toplamda 120 gönüllünün katılması beklenen çalışmanın 12 ay sürmesi öngörülmektedir. İlk atak şizofreni/şizoafektif bozukluk izlemi ve tedavisi için psikiyatri bölümüne başvuran 15-18 yaş arası olan hastalar önce hastalık belirtilerini tarayan ölçeklerle değerlendirileceklerdir. Bu kişiler arasından çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan bireyler çalışmaya katılmak için davet edilecektir. Katılmayı kabul eden ilk atak şizofreni olan bireylerin tanısı ve tıbbi görüşmeleri (kullanılan ilaç, diyabet, hipertansiyon öyküsü) ve fiziksel muayeneleri (kilo/boy, gelişimsel özelliklerin değerlendirilmesi) yapılacak, görüşme sırasındaki ve geçmişteki psikiyatrik bulgular klinik görüşme ve öz bildirim ölçeklerine dayanılarak değerlendirilecektir. Dikkat, soyut düşünce, sosyal biliş gibi yetileri ölçen bir nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler ve sağlık kayıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır. Yerel Etik Kurullar'ın ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız bu kurumlara açık olacaktır. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin herhangi bir yan etkisi veya yararı bulunmamaktadır. Gerekli masraflar size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Buna ek olarak çalışma karşılığında katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Numara / Telefon / İmza:

Tanık Adı-Soyadı / İmza:

Katılımcının Velisi / Vasisi Adı-Soyadı / Telefon / İmza:

Uygulayıcı Adı-Soyadı / İmza:

Görüşme Tarihi: __ / __ / __

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA-ERİŞKİN)

Sayın gönüllü,

Psikotik bozukluklar, belirgin sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma ve toplumsal/kişisel etkileri belirgin ciddi psikiyatrik hastalıklardır. Şizofreni ve şizoafektif bozukluk genellikle genç erişkinlik ya da ergenlik dönemlerinde başlamaları nedeniyle mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açmaktadırlar. İşlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen bu bozukluklarda prodromal evrede ve ilk atakta yapılacak müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da hastalığın şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedeftir. İlk psikotik atak öncesinde genellikle bireylerin %80 ile 90'ı hastalığın öncüsü sayılan eşik altı pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsellikte düşüş ile karakterize olan, süresi değişken prodromal bir evre yaşarlar.

"Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili ve Eşik altı Otistik Özellikler" adlı bu çalışma; sosyal biliş ve bilgi işleme stili şizofreni erken evrelerinde ne kadar bozulduğunu göstermek ve bu bozukluklara eşik altı otistik bulguların ne kadar eşlik ettiğini araştırma amacıyla gerçekleştirilmektedir. Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler AD ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servis/Klinik'te yürütülmektedir. Araştırmanın örneklemini; şizofreni/şizoafektif bozukluk tanısı olan, bu hastalıklara klinik ve/veya ailesel artmış riski olan bireyler ve sağlıklı kontrol gönüllüleri oluşturmaktadır. Toplamda 120 gönüllünün katılması beklenen çalışmanın 12 ay sürmesi öngörülmektedir. İlk atak şizofreni/şizoafektif bozukluk izlemi ve tedavisi için psikiyatri bölümüne başvuran 18-35 yaş arası olan hastalar önce hastalık belirtilerini tarayan ölçeklerle değerlendirileceklerdir. Bu kişiler arasında çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan bireyler çalışmaya katılmak için davet edilecektir. Katılmayı kabul eden ilk atak şizofreni olan bireylerin tanısı ve tıbbi görüşmeleri (kullanılan ilaç, diyabet, hipertansiyon öyküsü) ve fiziksel muayeneleri (kilo/boy, gelişimsel özelliklerin değerlendirilmesi) yapılacak, görüşme sırasındaki ve geçmişteki psikiyatrik bulgular klinik görüşme ve öz bildirim ölçeklerine dayanılarak değerlendirilecektir. Dikkat, soyut düşünce, sosyal biliş gibi yetileri ölçen bir nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler ve sağlık kayıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Yerel Etik Kurullar'ın ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız bu kurumlara açık olacaktır. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin herhangi bir yan etkisi veya yararı bulunmamaktadır. Gerekli masraflar size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Buna ek olarak çalışma karşılığında katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Numara / Telefon / İmza:

Uygulayıcı Adı-Soyadı / İmza:

Tanık Adı-Soyadı / İmza:

Görüşme Tarihi: __/__/__

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (AİLESEL/KLİNİK RİSK-18 YAŞ ALTI)

Sayın gönüllü,

Psikotik bozukluklar, belirgin sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma ve toplumsal/kişisel etkileri belirgin ciddi psikiyatrik hastalıklardır. Şizofreni ve şizoafektif bozukluk genellikle genç erişkinlik ya da ergenlik dönemlerinde başlamaları nedeniyle mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açmaktadırlar. İşlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen bu bozukluklarda prodromal evrede ve ilk atakta yapılacak müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da hastalığın şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedeftir. İlk psikotik atak öncesinde genellikle bireylerin %80 ile 90'ı hastalığın öncüsü sayılan eşik altı pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsellikte düşüş ile karakterize olan, süresi değişken prodromal bir evre yaşarlar.

"Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili ve Eşik altı Otistik Özellikler" adlı bu çalışma; sosyal bilişin ve bilgi işleme stili şizofreni erken evrelerinde ne kadar bozulduğunu göstermek ve bu bozukluklara eşik altı otistik bulguların ne kadar eşlik ettiğini araştırma amacıyla gerçekleştirilmektedir. Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler AD ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servis/Klinik'te yürütülmektedir. Araştırmanın örneklemini; şizofreni/şizoafektif bozukluk tanısı olan, bu hastalıklara klinik ve/veya ailesel artmış riski olan bireyler ve sağlıklı kontrol gönüllüleri oluşturmaktadır. Toplamda 120 gönüllünün katılması beklenen çalışmanın 12 ay sürmesi öngörülmektedir. İlk atak şizofreni/şizoafektif bozukluk izlemi ve tedavisi için psikiyatri bölümüne başvuran 15-18 yaş arası olan hastalar önce hastalık belirtilerini tarayan ölçeklerle değerlendirileceklerdir. Bu kişiler arasından çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan bireyler çalışmaya katılmak için davet edilecektir. Katılmayı kabul eden ilk atak şizofreni olan bireylerin tanısı ve tıbbi görüşmeleri (kullanılan ilaç, diyabet, hipertansiyon öyküsü) ve fiziksel muayeneleri (kilo/boy, gelişimsel özelliklerin değerlendirilmesi) yapılacak, görüşme sırasındaki ve geçmişteki psikiyatrik bulgular klinik görüşme ve öz bildirim ölçeklerine dayanılarak değerlendirilecektir. Dikkat, soyut düşünce, sosyal biliş gibi yetileri ölçen bir nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler ve sağlık kayıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır. Yerel Etik Kurullar'ın ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız bu kurumlara açık olacaktır. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin herhangi bir yan etkisi veya yararı bulunmamaktadır. Gerekli masraflar size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Buna ek olarak çalışma karşılığında katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Numara / Telefon / İmza:

Tanık Adı-Soyadı / İmza:

Katılımcının Velisi / Vasisi Adı-Soyadı / Telefon / İmza:

Uygulayıcı Adı-Soyadı / İmza:

Görüşme Tarihi: __ / __ / __

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (AİLESEL/KLİNİK RİSK-ERİŞKİN)

Sayın gönüllü,

Psikotik bozukluklar, belirgin sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma ve toplumsal/kişisel etkileri belirgin ciddi psikiyatrik hastalıklardır. Şizofreni ve şizoafektif bozukluk genellikle genç erişkinlik ya da ergenlik dönemlerinde başlamaları nedeniyle mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açmaktadırlar. İşlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen bu bozukluklarda prodromal evrede ve ilk atakta yapılacak müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da hastalığın şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedeftir. İlk psikotik atak öncesinde genellikle bireylerin %80 ile 90'ı hastalığın öncüsü sayılan eşik altı pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsellikte düşüş ile karakterize olan, süresi değişken prodromal bir evre yaşarlar.

"Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili ve Eşik altı Otistik Özellikler" adlı bu çalışma; sosyal biliş ve bilgi işleme stili şizofreni erken evrelerinde ne kadar bozulduğunu göstermek ve bu bozukluklara eşik altı otistik bulguların ne kadar eşlik ettiğini araştırma amacıyla gerçekleştirilmektedir. Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler AD ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servis/Klinik'te yürütülmektedir. Araştırmanın örneklemini; şizofreni/şizoafektif bozukluk tanısı olan, bu hastalıklara klinik ve/veya ailesel artmış riski olan bireyler ve sağlıklı kontrol gönüllüleri oluşturmaktadır. Toplamda 120 gönüllünün katılımı beklenen çalışmanın 12 ay sürmesi öngörülmektedir. İlk atak şizofreni/şizoafektif bozukluk izlemi ve tedavisi için psikiyatri bölümüne başvuran 18-35 yaş arası olan hastalar önce hastalık belirtilerini tarayan ölçeklerle değerlendirileceklerdir. Bu kişiler arasından çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan bireyler çalışmaya katılmak için davet edilecektir. Katılmayı kabul eden ilk atak şizofreni olan bireylerin tanısı ve tıbbi görüşmeleri (kullanılan ilaç, diyabet, hipertansiyon öyküsü) ve fiziksel muayeneleri (kilo/boy, gelişimsel özelliklerin değerlendirilmesi) yapılacak, görüşme sırasındaki ve geçmişteki psikiyatrik bulgular klinik görüşme ve öz bildirim ölçeklerine dayanılarak değerlendirilecektir. Dikkat, soyut düşünce, sosyal biliş gibi yetileri ölçen bir nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler ve sağlık kayıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminizin kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır. Yerel Etik Kurullar'ın ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız bu kurumlara açık olacaktır. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin herhangi bir yan etkisi veya yararı bulunmamaktadır. Gerekli masraflar size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Buna ek olarak çalışma karşılığında katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Numara / Telefon / İmza:

Uygulayıcı Adı-Soyadı / İmza:

Tanık Adı-Soyadı / İmza:

Görüşme Tarihi: __ / __ / __

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI-18 YAŞ ALTI)

Sayın gönüllü,

Psikotik bozukluklar, belirgin sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma ve toplumsal/kişisel etkileri belirgin ciddi psikiyatrik hastalıklardır. Şizofreni ve şizoafektif bozukluk genellikle genç erişkinlik ya da ergenlik dönemlerinde başlamaları nedeniyle mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açmaktadırlar. İşlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen bu bozukluklarda prodromal evrede ve ilk atakta yapılacak müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da hastalığın şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedeftir. İlk psikotik atak öncesinde genellikle bireylerin %80 ile 90'ı hastalığın öncüsü sayılan eşik altı pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsellikte düşüş ile karakterize olan, süresi değişken prodromal bir evre yaşarlar.

"Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili ve Eşik altı Otistik Özellikler" adlı bu çalışma; sosyal bilişin ve bilgi işleme stilinin şizofreni erken evrelerinde ne kadar bozulduğunu göstermek ve bu bozukluklara eşik altı otistik bulguların ne kadar eşlik ettiğini araştırma amacıyla gerçekleştirilmektedir. Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler AD ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servis/Klinik'te yürütülmektedir. Araştırmanın örneklemini; şizofreni/şizoafektif bozukluk tanısı olan, bu hastalıklara klinik ve/veya ailesel artmış riski olan bireyler ve sağlıklı kontrol gönüllüleri oluşturmaktadır. Toplamda 120 gönüllünün katılması beklenen çalışmanın 12 ay sürmesi öngörülmektedir. İlk atak şizofreni/şizoafektif bozukluk izlemi ve tedavisi için psikiyatri bölümüne başvuran 15-18 yaş arası olan hastalar önce hastalık belirtilerini tarayan ölçeklerle değerlendirileceklerdir. Bu kişiler arasından çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan bireyler çalışmaya katılmak için davet edilecektir. Katılmayı kabul eden ilk atak şizofreni olan bireylerin tanısı ve tıbbi görüşmeleri (kullanılan ilaç, diyabet, hipertansiyon öyküsü) ve fiziksel muayeneleri (kilo/boy, gelişimsel özelliklerin değerlendirilmesi) yapılacak, görüşme sırasındaki ve geçmişteki psikiyatrik bulgular klinik görüşme ve öz bildirim ölçeklerine dayanılarak değerlendirilecektir. Dikkat, soyut düşünce, sosyal biliş gibi yetileri ölçen bir nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler ve sağlık kayıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır. Yerel Etik Kurullar'ın ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız bu kurumlara açık olacaktır. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin herhangi bir yan etkisi veya yararı bulunmamaktadır. Gerekli masraflar size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Buna ek olarak çalışma karşılığında katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Numara / Telefon / İmza:

Tanık Adı-Soyadı / İmza:

Katılımcının Velisi / Vasisi Adı-Soyadı / Telefon / İmza:

Uygulayıcı Adı-Soyadı / İmza:

Görüşme Tarihi: __ / __ / __

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI-ERİŞKİN)

Sayın gönüllü,

Psikotik bozukluklar, belirgin sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma ve toplumsal/kişisel etkileri belirgin ciddi psikiyatrik hastalıklardır. Şizofreni ve şizoafektif bozukluk genellikle genç erişkinlik ya da ergenlik dönemlerinde başlamaları nedeniyle mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açmaktadırlar. İşlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen bu bozukluklarda prodromal evrede ve ilk ataka yapılacak müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da hastalığın şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedeftir. İlk psikotik atak öncesinde genellikle bireylerin %80 ile 90'ı hastalığın öncüsü sayılan eşik altı pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsellikte düşüş ile karakterize olan, süresi değişken prodromal bir evre yaşarlar.

"Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Bilgi, Bilgi İşleme Stili ve Eşik altı Otistik Özellikler" adlı bu çalışma; sosyal bilişin ve bilgi işleme stili şizofreni erken evrelerinde ne kadar bozulduğunu göstermek ve bu bozukluklara eşik altı otistik bulguların ne kadar eşlik ettiğini araştırma amacıyla gerçekleştirilmektedir. Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler AD ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servis/Klinik'te yürütülmektedir. Araştırmanın örneklemini; şizofreni/şizoafektif bozukluk tanısı olan, bu hastalıklara klinik ve/veya ailesel artmış riski olan bireyler ve sağlıklı kontrol gönüllüleri oluşturmaktadır. Toplamda 120 gönüllünün katılması beklenen çalışmanın 12 ay sürmesi öngörülmektedir. İlk atak şizofreni/şizoafektif bozukluk izlemi ve tedavisi için psikiyatri bölümüne başvuran 18-35 yaş arası olan hastalar önce hastalık belirtilerini tarayan ölçeklerle değerlendirileceklerdir. Bu kişiler arasında çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan bireyler çalışmaya katılmak için davet edilecektir. Katılmayı kabul eden ilk atak şizofreni olan bireylerin tanısı ve tıbbi görüşmeleri (kullanılan ilaç, diyabet, hipertansiyon öyküsü) ve fiziksel muayeneleri (kilo/boy, gelişimsel özelliklerin değerlendirilmesi) yapılacak, görüşme sırasındaki ve geçmişteki psikiyatrik bulgular klinik görüşme ve öz bildirim ölçeklerine dayanılarak değerlendirilecektir. Dikkat, soyut düşünce, sosyal bilgi gibi yetileri ölçen bir nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler ve sağlık kayıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Yerel Etik Kurullar'ın ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız bu kurumlara açık olacaktır. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin herhangi bir yan etkisi veya yararı bulunmamaktadır. Gerekli masraflar size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödenilmeyecektir. Buna ek olarak çalışma karşılığında katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Numara / Telefon / İmza:

Uygulayıcı Adı-Soyadı / İmza:

Tanık Adı-Soyadı / İmza:

EK 8. ETİK KURUL BELGESİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. İbrahim Emre Bora
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

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

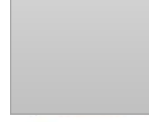
BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5852-GOA		
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ YÜKSEKLİSANS ☒	MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ DOKTORA ☐	ÖÇM ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili ve Eşik altı Otistik Özellikler		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. İbrahim Emre Bora Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	

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

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

	Karar No:2021/26-09	Tarih:22.09.2021			
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr. İbrahim Emre Bora'nın sorumlusu olduğu "Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili ve Eşik altı Otistik Özellikler" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; -15-29 olan gönüllü yaş aralığının 15-35 olarak değiştirilmesi ve güncellenmiş Bilgilendirilmiş Olur Formları ile ilgili bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Emel Çahıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒	

EK 9. ÖZGEÇMİŞ



MERVE SÜMEYYE GÜRBÜZ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

02 Eylül 2019 - Şu Anda (2 yıl 9 ay)

Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, KLİNİK SINIR BİLİMLER (YL) (TEZLİ)

Diploma Numarası: -

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.88 / 4.0

12 Ağustos 2015 - 30 Mayıs 2018 (2 yıl 10 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
FEN-EDEBİYAT FAKÜLTESİ, PSİKOLOJİ PR.

Diploma Numarası: 2018-17022

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.26 / 4.0

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Proje Bilgileri

119S112, Şizofreni-Bipolar Bozukluk Spektrumunda Erken Prognostik Belirteçlerin Tanımlanması: Yüksek Risk Durumlarına Transdiagnostik Bir Yaklaşım, 1001 - Araştırma, Burslu, Yürürlükte, ARDEB, SBAG - Sağlık Bilimleri Araştırma Destek Grubu, Projeye Kabulma/Ayrılma Tarihleri: 20.01.2020 - 01.12.2022, Proje Başlangıç/Bitiş Tarihleri: 01.09.2019 - 01.12.2022.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0