

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİDE BAĞLANMA: ZİHİN KURAMI, SOSYAL
İŞLEVSELLİK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARIYLA
İLİŞKİSİ**

Dr. Berkant SAĞIR

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİDE BAĞLANMA: ZİHİN KURAMI, SOSYAL
İŞLEVSELLİK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARIYLA
İLİŞKİSİ

Dr. Berkant SAĞIR

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	IV
KISALTMALAR.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
ÖZET	VIII
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreninin Tarihçesi	4
2.2. Epidemiyoloji	5
2.2.1. Sıklık ve Yaygınlık.....	5
2.2.2. Risk Etmenleri.....	5
2.3. Tanı.....	7
2.4. Bağlanma Kuramı	10
2.4.1. Tanım	10
2.4.2. Tarihçe.....	11
2.4.3. Şizofreni ve Bağlanma Kuramı	12
2.4.4. Bağlanma Kuramı ve Zihin Kuramı	13
2.4.5. Bağlanma Kuramı ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	14
2.4.6. Şizofreni ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	14
2.4.7. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik	15
2.5. Zihin Kuramı	15
2.5.1. Tanım	15
2.5.2. Şizofrenide Zihin Kuramı.....	16
2.6. Psikoz Süreklilik	17
2.6.1. Tanım	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Örneklem	19
3.2. Araçlar	20
3.3. İstatistiksel Analiz	26
3.4. Etik Kurul Onayı	26
4. BULGULAR	27
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	27

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler.....	27
4.1.2. Hastaların Klinik Özellikleri	28
4.2. Hastalar ve Kontrollerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikoz Bağlanma Ölçeği Açısından Karşılaştırılması.....	29
4.3. Hasta ve Kontrollerin DEZTÖ Ölçeği Açısından Kıyaslanması.....	30
4.4. Hastalarda Psikoz Bağlanma Ölçeği Değerlerinin Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Değerleriyle İlişkisi	31
4.5. Hastaların Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleriyle, Psikoz Bağlanma Ölçeğinin İlişkisi	32
4.6. Hastaların Psikoz Bağlanma Ölçeği Değerleri ile Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi	33
4.7. Hastalarda Zihin Kuramı Testlerinin Psikoz Bağlanma Ölçeği ile İlişkisi	34
4.8. Hastalarda Zihin Kuramı Testlerinin, Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Puanları ile İlişkisi.....	35
4.9. Hastalarda Zihin Kuramı Testlerinin, Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi..	35
4.10.Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının, Bireysel ve Sosyal İşlevsellik ile İlişkisi	36
4.11. Şizofreni Hastalarındaki Kaygılı Bağlanma Şiddetinin, Zihin Kuramıyla Olan İlişisine Çocukluk Çağı Travmalarının Etkisi	37
TARTIŞMA	38
5.1. Şizofreni Hastalarında Güvensiz Bağlanma Tipleri ve Şiddeti.....	38
5.2. Şizofreni Hastalarında Kaygılı ve Kaçınan Bağlanmanın Zihin Kuramıyla İlişkisi	40
5.3. Şizofren Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının, Güvensiz Bağlanma Şiddeti ile İlişkisi.....	41
5.4. Şizofreni Hastalarında Kaçınan Bağlanma Şiddetinin, Şüphencilik ve Kötülük Görme Belirtileriyle İlişkisi	43
5.5. Şizofreni Hastalarında Güvensiz Bağlanma Şiddetinin ve Bozulmuş Zihin Kuramının Sosyal İşlevsellik ile İlişkisi.....	44
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	45
KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	55
Ek-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	55
Ek-2. Olgu Veri Kayıt Formu.....	58

Ek-3. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ).....	60
Ek-4. Psikoz Bağlanma Ölçeği.....	73
Ek-5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)	75
Ek-6. PANNS	78
Ek-7. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	81
Ek-8. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)	83
Ek-9. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı.....	85



TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Şizofreni DSM IV Tanı Ölçütleri.....	8
Tablo 2.	Şizofreni ICD-10 Tanı Ölçütleri.....	9
Tablo 3.	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	28
Tablo 4.	Hastaların Klinik Özellikleri	29
Tablo 5.	Hasta ve Kontrollerin Psikoz Bağlanma Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları açısından kıyaslanması	30
Tablo 6.	Hasta ve Kontrollerin DEZTO açısından karşılaştırılması	30
Tablo 7.	Hastaların Psikoz Bağlanma Ölçeği Değerleri ile Pozitif Negatif Semptom Tarama Ölçeği Değerlerinin Korelasyonları.....	32
Tablo 8.	Hastaların Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Düzeyi Ölçeği Puanları ile Psikoz Bağlanma Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	32
Tablo 9.	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Psikoz Bağlanma Ölçeği İlişkisi	34
Tablo 10.	Psikoz Bağlanma Ölçeği ile DEZTO İlişkisi	34
Tablo 11.	Hastaların Zihin Kuramı Testlerinin, Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Puanları ile İlişkisi	35
Tablo 12.	Hastaların Zihin Kuramı Testlerinin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile İlişkisi	36
Tablo 13.	Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeğinin İlişkisi.....	36
Tablo 14.	Kaygılı Bağlanma ve Zihin Kuramı arasındaki ilişkiye Çocukluk Çağı Travmalarının Etkisi	37

KISALTMALAR

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ICD: Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması (International Classification of Diseases)

ZK: Zihin Kuramı

MS: Milattan Sonra

CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

PSP: Bireysel ve Sosyal Performan Ölçeği

PANNS: Pozitif ve Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği

SCTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences)

SS: Standart Sapma

IQ: Zekâ Bölümü (intelligence quotient)

WAIS-R: Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised

YY: Yüz Yıl

TEŞEKKÜR

Tüm tez sürecim boyunca katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, yakınlık ve güvenini hep hissettiğim, karşılaştığım sorunlar karşısında tecrübe, birikim, sağduyu ve anlayışıyla bana yol gösteren, hem tez danışmanım olarak hem de Anabilim Dalı başkanımız olarak Prof. Dr. Berna Binnur Akdede'ye,

Her zaman bir aile gibi hissettiğim, uzmanlık eğitimim boyunca değerli katkılarıyla beni meslek hayatıma hazırlayan, kendilerinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Hasan Can Cimilli, Prof. Dr. Behice Elif Onur Aysevener, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız ve Prof. Dr. Beyazıt Yemez'e

Servise ve psikiyatri asistanlığıma yeni başladığım dönemde, olaylar karşısındaki net tutumu, yol haritaları, gülyüzü, derin entelektüel bilgisi ve harika öykü kitapları olan, Uzm. Dr. İbrahim Tolga Binbay'a,

İnsandan yana tutum almayı kendi yaşam ve meslek pratiği ile birleştirmiş, bilgilerinden her daim etkilendiğim ve faydalandığım, psikiyatri eğitimim boyunca yanımda olan, Doç. Dr. Ayşe Devrim Çıngı, Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu ve Prof. Dr. Halis Ulaş'a

Tez sürecinde istatistiksel analizler ve karşılaştığım zorluklarda yanımda olan, benden kahvesini ve neşesini hiç bir zaman esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Neşe Direk'e

İlk ve son dönem serviste beraber çalıştığım, zor durumlarda birbirinin yanında olmayı beraber deneyimlediğim, başta Hatice Çakar olmak üzere, tüm servis hemşirelerimiz, servis personelimiz ve psikoloğumuz Meliha Diriöz'e

Tez süreci boyunca yardımlarını esirgemeyen Dr. Fatih Özel, Dr. Mervegül Ertekin Dr. Bari Ay, Dr. Serkan Turan, Dr. Bilge Targıtay, Dr. Seçil Soylu, Dr. Güneş Can, Dr. Mehtap Az, Dr. Emre Yazgeç, Dr. Ş. Saygın Demir, Dr. Çağatay Ermiş, Dr. Halis Esad Yavaş, Dr. Nedim Özak'a ve asistanlık sürecim boyunca güzel anılar biriktirdiğim ve beraber çalışma fırsatı bulmaktan memnun olduğum tüm asistan hekim arkadaşlarıma,

Tez süreci boyunca kahrımı çeken, dostlukları benim için anlamlı olan Uzm. Dr. Önder Küçük, Uzm. Dr. Emre Mısır, Dr. Taner Buğra Tan, Dr. Esin Düvek, Dr. Beste Dila Eren, Dr. Begüm Şahbudak, Dr. Helin Yılmaz, Dr. Murat Atabey, Dr. Ömer Orhun Ercan, Psikolog Cansu Aykaç, Mustafa Açıkgöz ve Ayşe Kayasan'a

Kliniğimizin emektaşlarından olan, Hasan Özdemir, Duygu Çakar, Suzan Deniz ve Hülya Koralay Erdem'e

Eğitimime olan katkılarından dolayı Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

Dostluğun, paylaşmanın, gülmenin, yeni şeyler öğrenmenin, bir masada bir arada olabileceğini gösteren, başta Işık Ezber olmak üzere Karşı Masa'ya

Aynı zamanda tez çalışmamın konusu olan ve ilk primer bakımımı veren, sabır taşı, sevgi kaynağı, serin yürekli, ilk kalem tutuşumdan beri yanımda olan anneme,

Aile olmanın bir yolda arkadaşça gitmek gerektiğini gösteren, entelektüel ve sosyal gelişimimde önemli bir rolü olan, 'Bisiklet Hırsızları' filmini ve nicesini beraber izlediğimiz, güler yüzünü içinde taşıyan ve şimdilerde emekli hayatı yaşamaya çalışan babama,

Tüm eğitim hayatım boyunca, yana yoldaş, arkadaş, her şey olan, düşüncelerini yaşam pratiği ile birleştirebilen, yüreği tertemiz insan abime,

Ve tabiki de Freud ve Lacan'a,

Teşekkür ederim.

ÖZET

ŞİZOFRENİDE BAĞLANMA: ZİHİN KURAMI, SOSYAL İŞLEVSELLİK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARIYLA İLİŞKİSİ

Dr. Berkant SAĞIR, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı,
İnciraltı/İZMİR

Amaç: Güncel görüşe göre, şizofreniye çevresel ve genetik faktörlerin bir arada yol açtığı düşünülmektedir. Çevresel faktörler arasında, sosyal beyin gelişimini etkilediği düşünülen, erken dönem travmatik yaşam olayları, şehirleşme düzeyi, kannabinoid kullanımı ve sosyal izolasyon olduğu belirtilmektedir. Bu durumların nasıl birbirlerini etkilediği net olarak bulunamamıştır. Amacımız şizofreni hastalarında, Güvensiz Bağlanmanın alt tiplerinin ve şiddetinin, zihin kuramının, çocukluk çağı travmaları ve psikososyal işlevsellikle arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış 45 hasta ve 45 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara, bağlanma biçimlerini ölçmek için, Psikoz Bağlanma Ölçeği, zihin kuramı işlevlerini ölçmek için Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) , geçmiş travmatik yaşantıları ölçmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, günlük işlevsellik düzeyini ölçmek için de Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) kullanılmıştır. Hastaların klinik durumunu değerlendirmek amacıyla Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS) ve Calgary Depresyon ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Hastalar ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, iki grup arasında kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddeti, zihin kuramı tüm alt ölçekleri, çocukluk çağı travmalarından cinsel istismar ve fiziksel ihmal dışındaki tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Şizofreni hastaları kendi grupları içerisinde değerlendirildiğinde, kaygılı bağlanma şiddeti ile DEZTÖ toplam ve alt ölçeği olan metafor puanları arasında negatif yönde bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Psikoz bağlanma ölçeği genel toplam puan ortalamaları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir korelasyon bulunmuş olup, özellikle de duygusal ihmal arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Kaçınan bağlanma şiddeti ve PANSS alt ölçeklerinden olan şüphcilik ve kötülük görme şiddeti arasında bir ilişki saptanmıştır. Yapılan lineer regresyon analizinde, şizofreni hastalarında

kaygılı bağlanma ve zihin kuramı arasındaki ilişkiye, çocukluk çağı travmalarının şiddetinin anlamlı düzeyde etkilemediği saptandı. Kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddeti ile psikososyal sosyal işlevsellikteki bozulma şiddeti arasında bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda şizofreni hastalarında kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddetinin yüksek, zihin kuramı ölçek puanlarının düşük ve çocukluk çağı travmalarının sık olduğu saptanmıştır. Kaygılı Bağlanma şiddeti yüksek olan şizofreni hastalarında, şüphecilik ve kötülük görme şiddetinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular bize şizofreni etyolojisinin araştırılmasında ve hastalığın şiddetini etkileyen faktörlerin anlaşılmasında yardımcı olacaktır

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Bağlanma Kuramı, Zihin Kuramı, Çocukluk Çağı Travmaları, Psikososyal İşlevsellik



ABSTRACT

ATTACHMENT IN SCHIZOPHRENIA: RELATIONSHIP WITH THEORY OF MIND, SOCIAL FUNCTIONALITY AND CHILDHOOD TRAUMA

Dr. Berkant SAĞIR, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Psychiatry,
İnciraltı/TURKEY

Objective: According to current opinion, schizophrenia is thought to be caused by environmental and genetic factors together. Environmental factors include early traumatic life events, urbanization, cannabinoid use, and social isolation, which are thought to affect social brain development. It is not clear how these situations affect each other. Our aim is to assess the relationship between the subtypes of insecure attachment and its severity, the theory of mind, childhood trauma, and psychosocial functioning in schizophrenia patients.

Method: Forty-five patients with schizophrenia diagnosis according to DSM-IV diagnostic criteria and 45 healthy controls were included in the study. All participants were asked to use the Psychosis Attachment Scale, the Dokuz Eylül Theory of Mind Scale (DEZTÖ) to measure their mental function, the Childhood Trauma Scale to measure past traumatic experiences, and the Personal and Social Performance Scale (PSP) in order to evaluate their regular functionality. The Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) and the Calgary Depression Scale were used to assess the clinical status of the patients.

Findings: When the patients and control groups were compared, there was a statistically significant difference between the two groups in terms of anxious and avoidant attachment severity, all subscales of the theory of mind and all childhood trauma types except sexual abuse and physical neglect. When the schizophrenic patients were evaluated within their own groups, a negative correlation was found between the severity of attachment problems and the total metaphor subscale scores of DEZTÖ. There was a moderate correlation between the mean total scores of psychotic attachment scale and the total scores of childhood trauma

scale; however a strong relation with emotional neglect type was found. Attachment severity and PANSS subscales' suspicion and hostile items were found to be related. When the linear regression analysis performed, anxious attachment and theory of mind in schizophrenic patients were not found to have been significantly affected by the severity of childhood trauma. There was also a relationship between the severity of anxious and avoidant attachment and the severity of psychosocial functioning.

Conclusion: In our study, it was determined that the severity of anxious and avoidant attachment in schizophrenic patients was high, the scale scores of the theory of mind were low and childhood traumas were frequent. In patients with schizophrenia with a high degree of anxious attachment, the scores of suspicion and hostile items were high. These findings will help us to investigate the etiology of schizophrenia and to understand the factors that affect the severity of the disease

Key words: Schizophrenia, Attachment Theory, Theory of Mind, Childhood Traumas, Psychosocial Functioning

1. GİRİŞ VE AMAC

Şizofreni işlevsellikte ciddi bozulmaya neden olan bir psikiyatrik hastalıktır ve toplumun % 1' ini etkilemektedir (1). Günümüzde şizofreninin tam olarak nedeni açıklanamamıştır. Güncel görüşe göre ise, çevresel ve genetik faktörlerin bir arada, bu rahatsızlığa yol açtığı düşünülmektedir. Çevresel faktörler içerisinde, sosyal beyin gelişimini etkilediği düşünülen, erken dönem kötü yaşam olayları, şehirleşme düzeyi, kannabinoid kullanımı ve sosyal izolasyon olduğu belirtilmektedir (2).

Bazı araştırmacılar psikiyatrik bozukluklarda, çevresel faktörler arasında erken dönem, anne çocuk arasında gelişen, yetişkinlikte kişiler arası ilişkilerde önemli yer tutan bağlanmayı ön plana çıkarmışlardır (3). John Bowlby "bağlanma" terimini stres altındayken bir rahatlama ve güven duygusuna erişmek için özellikle annesini arayan çocuklar ile bakım veren kişiler arasında gelişen güçlü ve uzun süreli affektif bağları anlatmak için kullanmıştır (4). Bağlanma çok erken yaşlarda geliştirilip hayat boyu süren ve kişinin diğer insanlarla olan ilişki örüntülerini belirleyen bir etken olarak kavramsallaştırılmıştır. Yaşamın ilk dönemlerinde kurulan bu özel bağın etkisi kişilerin yaşam boyu sosyal işlevselliğinde önem taşır. Bu bağ; çocuğun erken dönemden itibaren davranış sisteminin ve diğerleriyle nasıl ilişki kuracağına, 'içsel işleyiş modeli' (internal working model) dediğimiz bağlam içinde gelişmesine etki eder. Böylece çocuğun hem diğerleriyle nasıl ilişki kuracağını anlamasına yardım eder, hem de kendiliğiyle ilgili temel bir duygusunun olmasını sağlar (örn; 'ben sevmeye değerim' gibi). Çocuğun bağlanma nesnesi ile kurduğuna benzer bir ilişkinin yaşam boyu kuracağı diğer yakın ilişkilerinde tekrarlanacağı varsayımı ile ilişkilerini şekillendirdiği öne sürülmektedir (5).

Hem zihin kuramının hem de bağlanma kuramının kendilik ve başkalarının zihinsel temelleri üzerinden köken aldığı düşünüldüğünde; psikotik hastalardaki bozulmuş zihin kuramının nedenselliğini anlamada, bağlanma kuramının yardımcı olabileceği belirtilmiştir (5). Mentalizasyon ve güvensiz bağlanma arasındaki ilişkinin psikotik hastalarda araştırıldığı bir çalışmada; kaçınan bağlanması olan kişilerin, anksiyöz ve güvenli bağlanması olan kişilere göre düşük mentalizasyon kapasitesine sahip olduğu belirtilmiştir (6).

Güvensiz bağlanmanın borderline kişilik bozukluğu, disosiyatif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (12). Psikotik hastalarda kişilerarası ilişkilerdeki zorluklar sıklıkla gözlenmektedir (7). Erken dönem ilişkiler ve travmalar hem kendilik ve hem de diğerleriyle ilişkili olumsuz bilişsel modellerin gelişmesine yol açar.

Erişkinlerde güvensiz bağlanmanın kendilik ve diğerleriyle ilişkili negatif inanışlar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. ‘Ben incinebilirim.’ ve ‘Diğerleri güvenilir değil.’ şeklinde inanışlar buna örnek gösterilebilir. Kendilik ile ilgili olumsuz inanışlar stres düzeyini artırmaktadır. Bu modelde, negatif kişilerarası ilişkilerin ve travmaların psikoz insidansını arttırdığı, çevresel deneyimlerin psikotik belirtilerin başlangıcını daha erken döneme çektiği bildirilmiştir (8).

İnsanın kendisini ve çevresini olumsuz algılaması ile psikotik belirtiler arasında deneysel kanıtlar bulunmaktadır. Güvensiz bağlanmanın psikotik hastalarda incinebilirliği artırdığı aynı zamanda var olan psikotik semptomların şiddetini etkilediği bildirilmiştir (5). Ponizovsky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; kaçınan bağlanmanın, psikozdaki pozitif ve negatif belirtilerin şiddetini artırdığı bildirilmiştir. Ancak bağlanma tipi ile belirtilerin özgülüğü arasında ilişki saptanmamıştır (9). Sitko ve arkadaşlarının psikotik hastalarda sanrılarının şiddeti ile bağlanma arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada; güvensiz bağlanması olan psikotik hastaların paranoid sanrılarının şiddetinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (10). Kaçınan bağlanması olan kişilerde paranoyanın derecesi ile ilişki saptanmıştır (11).

Green ve arkadaşları 2008 yılında yaptıkları bir çalışmada paranoyanın sosyal referans ve perseküsyon olan iki alt tipi olduğunu belirtmiştir (7). Berry ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada; perseküsyon alt tipinin, kaçınan bağlanma ile daha yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir. Kaygılı bağlanma, düşük kendilik imajı ile bağlantılı, sosyal ilişkilerde endişe etme ile karakterizedir. Bu sebeple kaygılı bağlanma, paranoyanın sosyal referans alt tipi ile ilişkili olabilir (10,11).

Psikotik bozukluklarda diğer bir çevresel faktör olan kişilerarası işlevselliğin bozulması, sosyal bilişte bozulmaya yol açmaktadır. Sosyal biliş becerileri için kişiler arası ilişkileri ve dünyayı doğru yorumlamak gerekir. Güvenli bağlanma bu becerilerin gelişmesini sağlamaktadır (12). Bozulmuş sosyal biliş becerileri, paranoid düşünce, sosyal işlevsellik, yardım arama davranışı ve hasta-hekim ilişkisi ile bağlantılı bulunmuştur (3,6).

Şizofreni hastalarında sosyal işlevsellikte bozulma önemli bir sorundur. Bu sebeple sosyal işlevselliğin önemli bir göstergesi olan sosyal biliş kavramı, şizofreni hastalarında ön plana çıkmakta ve bir tedavi hedefi haline gelmektedir (13). Sosyal biliş nörobilişsel işlevler ve işlevsellik arasında aracı bir görev üstlenmektedir. Yakın zamanda gerçekleştirilen NIMH (National Institute of Mental Health) destekli bir çalışmada sosyal bilişin 5 ana alanda incelenmesi önerilmiştir. Bu alanlar duygu algılama, sosyal algı, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık ve zihin kuramıdır. Çoğunlukla birbirinin yerine kullanılan kavramlar olan zihinselleştirme ve

zihin kuramı kişinin kendisinin ve başkalarının davranışlarının altındaki niyet, amaç, istek ve bilgileri yorumlama ve açıklama kapasitesiyle ilişkilidir. İlk olarak otistik spektrum bozukluğu olan çocuklardaki belirtileri açıklamak için kullanılan zihin kuramı bozukluklarını Frith şizofreni alanına taşımış ve şizofreninin birçok belirtisinin zihinselleştirme bozukluğu ile açıklanabileceğini iddia etmiştir. Bununla birlikte amigdala hasarı, frontal lob lezyonları, frontotemporal demans, şizofreni, parkinson hastalığı, borderline kişilik bozukluğu ve bipolar bozuklukta zihin kuramı bozukluğu gösterilmiştir (13,14).

Zihin Kuramı, diğer insanların fikirleri, inançları ve niyetlerini algılayabilme ve bu zihinsel durumlar ve kişilerin davranışları arasında bağlantı kurma becerisidir (13). Frith'in (1992) zihinselleştirme yetisindeki bozukluğun sanrı gelişiminde nedensel bir rolü olduğuna ilişkin teorisinden sonra, şizofreni ile zihin kuramı arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Frith'e göre sosyal ilişkilerde bozulma ve sosyal geri çekilme gibi bazı belirtilerin otizm ile benzerlikleri vardır. Farklılık ise otizmde doğuştan zihin kuramı yetileri gelişmez iken şizofrenide sağlıklı becerilerin yıkımı söz konusudur (15). Psikoz hastalarında, özellikle şizofreni grubundaki hastaların, psikososyal modelini anlamaya çalışmak, bu hastalarla empati kurmada ve tedavi sürdürümünde önemli bir yer tutmaktadır (16). Zihin kuramının şizofreni hastaları ve onların paranoid belirtileri ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Psikoza olan kişiler sosyal bağlantılarda ve işlevsellikte sıkıntı yaşamaktadır (5).

Bu söz konusu ilişkiler, şizofreni hastalarının belirtilerinin sebeplerini anlamamıza ve hastalık gelişmeden önce riskli grupları belirlememize yardımcı olabilir.

Amaç: Şizofreni hastalarında güvensiz bağlanma biçimlerinin ve şiddetinin, çocukluk çağı travmaları, zihin kuramı ve işlevsellikle olan ilişkisini incelemektir.

Birinci hipotez: Şizofreni hastalarında güvensiz bağlanma şiddeti ile zihin kuramı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

İkinci hipotez: Şizofreni hastalarında güvensiz bağlanma şiddeti çocukluk çağı travmaları ile ilişkilidir.

Üçüncü hipotez: Şizofreni hastalarında görülen bağlanma ve zihin kuramı arasındaki ilişki çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilidir.

Dördüncü hipotez: Güvensiz bağlanma tiplerinden olan kaygılı bağlanmanın şiddeti, şizofreni hastalarının şüphecilik ve kötülük görme belirtilerinin şiddetiyle ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreni kelimesi, Yunanca ayırık veya bölünmüş anlamına gelen "*şizo*" (*schizein*, Yunanca: σχίζειν) ve akıl anlamına gelen "*frenos*" (*phrēn*, *phren*- Yunanca: φρήν, φρεν-) sözcüklerinin birleşiminden gelir (17).

Yunan hekimleri grandiyöz ve paranoid sanrılar, kişilikte ve bilişsel işlevselerde meydana gelen bozulmaları tarif etmişlerdir. M.Ö. 15 YY’ da Hint Veda yazılı metinlerinde saptanan bu tanımlamalar, eski çağ Çince yapıtlar, Tevrat ve Talmut’ta, eski Yunan mitoloji metinlerinde de devam etmiştir (18).

Morel 1856 yılında “ Démence Précoce ” terimini ilk kullanan hekimdir. Morel, yayınladığı “Akıl Hastalıkları” kitabında 14 yaşında bir erkek hastasındaki bilişsel yıkımı ayrıntıları ile anlatmıştır. 1871 yılında Hecker hebefreniyi ve 1874’de Kahlbaum katatoniyi tanımlamış, ancak 19. yüzyılın sonuna dek hastalığın çeşitli belirtilerini bütünleştiren bir genel yaklaşım oluşmamıştır (19).

Kraepelin, kapsamlı bir “şizofreni” tanımı yapan ilk ruh hekimidir. Psikiyatrik hastalıkları ilerleyiş biçimlerine göre, yıkım gösterenler (*dementia praecox*) ve göstermeyenler (manik depresif psikoz) olmak üzere iki grupta toplamış. Sonrasında da ‘*dementia praecox* ‘ adını verdiği tabloyu, katatonik tip, hebefrenik tip ve paranoid tip olmak üzere üçe ayırmıştır. İsviçreli bir psikiyatrist olan Bleuler 1911 yılında “ *dementia praecox* ” teriminin “şizofreni grubu hastalıklar” (*schizophrenia groups*) olarak değiştirilmesini önermiş, gidiş ve sonlanıştan daha çok bulgular ve belirtiler üzerine yoğunlaşmıştır. Şizofreninin 4 temel belirtisi olduğunu ileri sürmüştür. Bunlar otizm (autism), ambivalans (çift değerlilik), çağırışım (asosiasyon) çözüklüğü ve anormal duygulanımdır (affekt). Çağırışım (asosiasyon) çözüklüğünün, 12 bozukluğun en temel belirtisi olduğunu vurgulamıştır. Dağılmış düşünce sürecinin sadece şizofreni grubunda ortaya çıktığına inanmış ve bu süreci, manik-depresif gibi diğer bozukluklarda da görülebilen sanrı ve varsanılar gibi psikotik belirtilerden ayırtmıştır. Şizofreni grubunun seyrinde, temel belirtilerin kaldığını, psikotik belirtilerin ise gidiş içinde dalgalanma gösterdiğini belirterek bunları “ ikincil ” (*accessory*) belirtiler olarak adlandırmıştır (18,19).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952 yılında yayınlanan DSM-I sınıflama sisteminde şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak tanımlanmıştır. 1968’de DSM-II sınıflama

sisteminde “reaksiyon” terimi bırakılmış, şizofrenik bozukluklar olarak tanımlanmıştır. Şizofrenide içleme ve dışlama ölçütlerinin yer aldığı ilk resmi tanı sistemi ise 1980 yılında yayımlanan DSM-III’te bulunmaktadır. 1994 yılında yayımlanan ve 2000 yılında revize edilen DSM-IV’te ise şizofreni ile ilgili tanılar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında toplanmıştır ve bugün DSM 5 kullanılmaktadır.

2.2. Epidemiyoloji

2.2.1. Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni sıklığı ile ilgili bir gözden geçirmede 33 ülkeden 1458 sıklık oranı bir araya getirilmiş ve şizofreni yaygınlığı ortancasının 4/1000 olduğu saptanmıştır. Ancak araştırmaların yürütüldüğü ülkeler arasında 5 kata varan farklılık tespit edilmiştir (%95 GA:

1.6-2,1/1000 (20). Ayrıca erkek ve kadın cinsiyet arasında şizofrenin yaşam boyu

yaygınlığında önemli bir fark bulunduğu da hesaplanmıştır (erkek/kadın: 1.4/1) (19).

Türkiye örneklemini için, TürkSch projesinin bir parçası olarak yayınlanan, İzmir’de yapılan bir çalışmada şizofreni yaşam boyu yaygınlığı %0.74 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, psikotik belirtiler ile giden duygudurum bozuklukları, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluklar toplamı yaşam boyu yaygınlık oranı %2.6 olarak rapor edilmiştir (21). Türkiye’de psikoz yaygınlık tahminleri üzerine yapılmış bir sistematik gözden geçirmenin sonuçlarına göre genel toplumda şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak saptanmış ve bu durum Türkiye’de farklı ülkelerde bildirilen oranlara göre şizofreni yaygınlığının daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır (22).

2.2.2. Risk Etmenleri

Şizofreninin görülme sıklığı, erkeklerde daha fazladır ve erkek/kadın oranının 1.4 olduğu tespit edilmiştir (23). Kadın şizofreni hastalarının hastalık seyri, erkek şizofreni hastalarına göre kısmen daha iyi olduğu da rapor edilmiştir (24).

Şizofreninin yaş dağılımı cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Erkeklerde 15-25 yaş arasında, kadınlarda ise yaklaşık beş yıllık bir farkla daha ileri yaşta pik yapmaktadır. Kadınlarda 40-45 arasında ikinci bir pik olduğu belirtilmektedir (25).

Şizofreni hastalarının evli olmayanlarının evli olanlara oranı 2.6 – 7.6 aralığında olduğu rapor edilmiştir (18). Ayrıca şizofreni, hiç evlenmemiş kişilerde aynı yaştaki evlenmiş kişilere

göre daha sıktır ve evlenmemiş hastalarda, evli olanlara göre hastalık daha ağır seyreder. Şizofreni tanılı hastaların evlilik oranı toplum ortalamasının altında kalmaktadır. Ayrıca boşanmış veya ayrı yaşama oranları da toplumda belirlenmiş oranlardan daha fazla rapor edilmiştir (25,26). Yalnız yaşamak şizofreni hastalığının görülme riskini arttırıyor olabilir veya bu kişiler hastalıkları nedeniyle aile kurmakta zorluk çekiyor olabilirler (27).

Kannabis kullanımı, şizofreni geliştirme riskini arttırmaktadır. Kannabis kullanımı nedeni ile psikotik bozuklukların ortaya çıkma riski 1.4-2.1 kat fazla olarak bildirilmektedir (28).

İlerlemiş paternal yaş ile şizofreni ilişkisi, spermdeki de novo mutasyonlarının artmasıyla ilişki olabilir. Birçok çalışmada şizofreni hastaların babalarının daha yaşlı olduğu gösterilmiştir (18).

Sosyoekonomik Düzey

Şizofreni ekonomik düzeyi daha düşük olan kişilerde, ekonomik düzeyi daha iyi olan kişilere göre yaklaşık 5 kat daha fazla görülmektedir (26). Bu durumu açıklayan çeşitli yaklaşımlar öne sürülmüştür. Bu yaklaşımlar açısından ikisi daha ön plana çıkmaktadır. Birinci yaklaşıma göre ekonomik düzeyin düşük olması, doğumdan önceki dönemde yetersiz bakım, enfeksiyonlar, toplumsal ilişkilerin zayıf olması ve zorluklarla baş etmede destek azlığı gibi sorunların artmasına neden olmaktadır. İkinci yaklaşıma göre ise, genetik yapısı ile şizofreniye yatkınlığı olan kişilerin, şizofreninin kuşaklar boyunca yeti yitimi oluşturması ile alt sınıflara doğru bir kayma yaşadığı savunulmaktadır (28,29).

Şehirleşme ve Göç

Şehirde doğup büyümek, birçok çevresel ve sosyal stresörü içerdiği için şizofreni hastalığı açısından önemli bir etken olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun şizofreni riskini 2 ile 4 kat arasında arttırdığı rapor edilmiştir (18). Göç edenlerle ilgili yapılmış bir meta analizde birinci kuşak göç edenler arasında rölatif risk oranı 2.7, ikinci kuşak göçmenlerde ise 4.5 kat olarak tespit edilmiştir (30).

Genetik Etkenler

Şizofreni aile çalışmalarında, akrabalık ne kadar yakınsa ve hastalanan akraba sayısı ne kadar fazla ise şizofreni riski o derece artmaktadır. Birinci derece akrabalarda olduğu zaman bu risk 1.4 ile 16.2 arasında değişmektedir. Anne ya da babadan herhangi birinde mevcutsa,

çocuklarda hastalık riski %12.5 -13.8; hem anne hem de babada hastalık var ise bu çocuklarda hastalık riski %35 – 46 olarak saptanmıştır. Anne ve babanın sağlıklı, kardeşlerden birinin hasta olması halinde, kardeşlerde şizofreni riski %6.7 – 8.2 olarak belirtilmektedir. Risk yakın akrabalarda hastalık olması durumunda normalden 7 – 10 kat kadar artabilmektedir. Bu durum şizofrenide ailesel bir birikimin olduğunu göstermektedir (31).

Şizofreni de yapılmış birçok ikiz çalışması mevcuttur. Bu çalışmalarda en çok düzenli kayıtların olduğu İskandinav ülkelerinde yapılmıştır. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranları %31 – 78, çift yumurta ikizlerinde ise %12 – 28 olarak rapor edilmiştir. Kalıtlılabilirlik oranı ise %41 – 90 arasında belirtilmektedir. Şizofrenide genetik etkenlerin kritik rolü, tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre eş hastalanma oranının belirgin şekilde yüksek saptanmış olması ile desteklenmektedir (31,32).

Evlat edinme çalışmalarından gelen sonuçlara göre, öz anne babası şizofreni hastası olan bireylerde psikotik bozuklukların görülme riski öz anne babası şizofreni olmayan kişilere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bununla beraber; öz anne babasında şizofreni tanısı olmayan bireylerin evlat edinildiği anne babada şizofreni varsa bile, bu bireylerin şizofreni olma riski artmamaktadır (19).

Bağlantı (linkage) ve ilişkilendirme (association) araştırmalarında şizofreni ile ilişkilendirilen birçok gen ve kromozom saptanmıştır. Şizofreni, tek gen kalıtımı açıklayan Mendel yasalarına göre değil, çok genli ve çok etkenli kalıtım biçimi ile aktarılmaktadır. 1q, 2q, 5q, 6q, 8q, 10q, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomları şizofreni ile ilişkilendirilmiştir (32, 33).

Geniş örneklemelerin kullanıldığı ilişkilendirme çalışmalarında en güçlü veriler, nörogülin-1(NRG-1) ve disbindin olarak belirlenmiştir. Bu genler ile beraber; DAOA/G72, RGS4 (D-amino acid oxidase activator), AKT1, DISC1(distruped in schizophrenia), PRODH2, COMT, DTNBP1 belirlenen diğer önemli genlerdir (34)

2.3. Tanı

Klinik uygulamada sıklıkla DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) sınıflama sistemlerinde önerilen tanı ölçütleri kullanılmaktadır (83). Bu tanı ölçütleri Tablo 1 ve Tablo 2’de gösterilmiştir. DSM V ‘ te şizofreni tanısı için, ilk 3 maddeden birinin olma zorunluluğu getirilmiştir.

Tablo 1: Şizofreni DSM IV tanı ölçütleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

Tablo 2: Şizofreni ICD-10 tanı ölçütleri

A- Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen); sanrılı algılama Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler. Tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi)
B- Herhangi bir türden inatçı varsanılar, bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır. Düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm. Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor. Negatif belirtiler, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir.
Şizofreni tanısı koyabilmek için: A grubu belirtilerden en az 1 tanesi açıkça; eğer belirtiler açık değilse en az 2 tanesi ya da B grubu belirtilerden en az 2 tanesi; en az 1 aydır zamanın büyük kısmında sürmelidir.

2.4. Bağlanma Kuramı

2.4.1. Tanım:

Bağlanma, bireyin (veya hayvanın) diğeriyle kurduğu duygusal bağ olarak tanımlanmaktadır (3). Bağlanma teorisi, insanların erken dönem kurduğu kişilerarası yaşam deneyimlerinin, ilerdeki kişiler arası ilişkilerde ve stres ile başa çıkmasında önemli bir etken olduğu varsayımını öne sürer. Bunu ‘içsel çalışma modeli’ ya da ‘kendiliğin mental temsilleri’ dediği oluşumla yapar. Bu yapı yaşam boyu, sosyal deneyimleri bireysel olarak kılavuzluk yapmayı ve yorumlamayı sağlar (5).

Bağlanma her bireye özgü bir bağlanma stili geliştirir. Bağlanma stili sosyal ilişkileri ve sonraki dönemde psikopatoloji geliştirmeyle ilişkili bulunmuştur. (35)

Primer bakım veren tarafından güvenli ve duyarlı bir şekilde bakım verilip, güvenli bağlanma geliştiren kişilerde olumlu kendilik imajı ve stres ile baş etme kapasitesi gelişir. Güvensiz bağlanması olan bireylerde ise bu kısımlar gelişmez (65).

Bağlanmayı dönemlere ayırdığımızda; bağlanma öncesi dönem dediğimiz, doğumdan 8-12 haftaya kadar olan sürede, bebek annenin tepkileri ile hareketlenir (37). Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir. Ancak bu dönem içerisinde kişileri ayırt edebilme yetisi henüz gelişmemiştir. Bağlanma sürecinin ilk belirtileri 10-12 haftadan 6 aya kadar süren ikinci evrede ortaya çıkmaya başlar. Bu dönemde bebek anneyi yabancılardan ayırt etmeye başlar ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye çalışır. Bağlanmanın tam olarak gözlenebildiği üçüncü dönem 6-24 ay arasındadır (36). Bağlanma, yakınlık arama davranışı ile kendini gösterir. Yaş olarak daha da küçük olan çocuklarda bağlanılan bireylerden ayrılma ile belirginleşir. Annenin ortamda olmadığı zaman gerginlik duyma, huzursuzluk yaşama, varlığında ise rahatlık duygusu oluşur. Bowlby’e göre, dünya ile daha iyi başa çıktığı düşünölen bir kişi ile yakınlığı koruma (yakınlarda kalma ve ayrılıklara direnme) bağlanmanın tanımlayıcı özelliğidir. Bağlanmanın temel işlevi ise dış dünyadaki tehlikelerden korunmaktır (36,37).

Erişkin hayatındaki bağlanma davranışı, çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışının bir devamı olarak düşünölmektedir. Weiss erişkinlikteki bağlanmayı çocuklukta bağlanmadan ayıran üç özellik tanımlamıştır: Erişkinlerde, birincisi, bağlanma ilişkileri eşler arasındadır, diğerinde bakım alan (bebek) ve bakım veren (ebeveyn) arasındadır. İkincisi, erişkinlerdeki bağlanma çocuklukta bağlanma gibi diğer davranışsal

sistemlerin etkilenmesinden sorumlu değildir. Üçüncü olarak ta erişkin bağlanma davranışı cinsellik içermektedir (38).

Erişkinin bağlanma biçimi ile ilişkili yapılan çalışmalar, bağlanma biçimiyle birleşmiş zihinsel modellerin içeriklerini anlamaya ve bu ilişkilerin farklı biçimlerinin, ilişkisel yaşantılarına odaklanmıştır (39). Bartholomew ve Horowitz, Bowlby' nin bağlanma kuramını temel alarak ve bireyin kendisinin ve başkalarının içsel çalışma modeli olan iki tipten yola çıkarak ortaya koyduğu 4 ayrı bağlanma biçimi oluşturulmuştur (40,41). Dört ana bağlanma modeli kişinin kendilik imajı (olumlu ya da olumsuz) ve başkalarının imajlarının (olumlu ya da olumsuz) birleşimleri kullanılarak tanımlanmıştır. İlk olarak güvenli bağlanma biçimi tanımlanmıştır. Güvenli bağlanma biçimi, kişinin kendini değerli hissedebilme ve başkaları tarafından sevebilir olduğu duygusunu, çoğunlukla diğer insanların onaylayıcı ve karşılık vericiliğine dair beklentileriyle birleştirir (42). Saplantılı bağlanma biçiminde ise kendini değersiz hissetme duygusuyla, başkalarına yönelik olumlu değerlendirmeleri yansıtır. Saplantılı biçime sahip olanlar kendilerine güveni az, başkalarını destekleyici olarak algılayan, bu destekten olumlu şekilde faydalanamayan, kendini açma düzeyleri az olan bireylerdir (43). Kayıtsız bağlanma biçiminde kendini değerli hissetme ve sevebilir olduğu duygusunu diğer insanlara karşı olumsuz beklentilerle birleştirir. Böyle kişiler, yakın ilişkilerden kaçınarak, hayal kırıklıklarına karşı kendilerini korurlar ve bağımsızlıklarını ve incinemezliklerini sürdürürler. Korkulu bağlanma biçiminde kendini değersiz hissetme ve sevmeye layık görmeme duygusu ve diğerlerinin olumsuz, güvenilmez ve reddedici olarak algılanmasına yönelik beklentilerle birleşir. Bu bağlanma biçimine sahip kişiler başkalarıyla yakın bağlar kurmaktan kaçınarak, başkalarından beklenen reddedilmeye karşı kendilerini korurlar (42).

2.4.2. Tarihçe

İngiliz bir psikanalist ve psikiyatr olan John Bowlby 1950’de Dünya Sağlık Örgütü’nün evsiz çocukların ruh sağlığı üzerinde çalışmasını istemesi üzerine, çocuk bakımı ve psikiyatrisi alanıyla tanışmaya başlar. İlk yazılarında (1951), ruh sağlığı için bebek ve küçük çocukların anneleriyle sıcak, samimi ve devamlı bir ilişki yaşamaları gerektiğini bildirir. Bağlanma kuramının temelleri bu şekilde atılır (41). Kuramcı, teorisini şekillendirirken Adolf Meier’den (1965), Norbert Weiner’in kontrol sistemleri kuramından, Lorenz’in (1935) “basımlama” olgusundan, Darwin’in evrim kuramından ve Harlow’un (1974) maymun deneylerinden etkilenmiştir (36).

Freud'a göre bebeğin annesiyle ilişkisi, açlığı giderme ve oral hazza ulaşmada ikincil bir dürtüdür. Bowlby (1969) ise, bebek-anne bağlanmasının birincil ve özerk bir sistem üzerinde geliştiğini öne sürmüştür. Bu şekilde, kuramının temel düşüncesini, Freud ve Klien'in teorilerinin temel öğelerine karşı ortaya atmıştır. Bu iddiası, Fairbairn'in (1952) "libidonun memnuniyet-arar değil nesne-arar olduğu" düşüncesiyle paraleldir. Bağlanma kuramı, bu noktadan hareketle, psikanalitik kuramın nesne ilişkisel bir uzantısı olarak ele alınmaktadır. Bowlby, Mahler'in kuramının bazı klinik bulgularının kendi kuramındakilerden çok farklı olmadığını belirtir. Örneğin Mahler'in 'duygusal yönden yeniden doldurulmak' (emotional refueling) üzere, üsse geri dönme kavramı, 'bağlanma figürünü güvenli bir üs olarak kullanma' kavramına benzer. Fakat Bowlby iki bakış açısının oluşturulma süreçlerinin oldukça farklı olduğunu ekler. Bu farklılık Bağlanma kuramının gözlem ve deneylerle oluşmuş olmasıdır. Bağlanma kuramı temelini çocukluk yaşantılarının kişiliği etkilediği temel söylemiyle psikanalizden almış fakat deneysel gözlemlerle şekillenmiştir. Bu açıdan diğer nesne ilişkileri kuramlarından ayrılır (41).

Bowlby'e göre (1969, 1988), çocuğun kendisine bakım veren kişiye yaklaşmasını ve bu yakınlık bozulduğunda düzeltilmesini sağlayan bir davranış sistemi vardır. Bağlanmayı sağlayan davranışlar tutunma, emme, ağlama ve seslenme, agulama ve gülümsemedir; bunlar bakım verene yaklaşma ve onu takip etmede kullanılır. Önceden programlanmış ve dürtüsel olan 'bağlanma sistemi', bir tehdit algılandığında aktif hale geçer ve rahatlık arama çalışmaları başlar. Bakım verme sistemi bu noktada harekete geçer; tehdit ortadan kalksa da varlığını hissettirir ve 'bağlanma figürü' olarak adlandırılan bakım-verici, çocuğun 'güven üssü' haline gelir (40).

2.4.3. Şizofreni ve Bağlanma Kuramı

Şizofreni, kişilerarası ilişkilerde yüksek zorlukları olan bir hastalıktır (7). Erken dönem ilişkiler ve travmalar hem kendilik ve hem de diğeriyle ilişkili bilişsel modellere yol açar, örnek verecek olursak; 'Ben incinebilirim. 'Diğerleri güvenilir değil.' Bunu destekleyen modelde, negatif kişilerarası ilişkilerin ve travmaların psikoz insidansını arttırdığı, çevresel deneyimlerin psikoz oluşmasını daha erken döneme çektiği bulunmuştur (8).

İnsanın kendisini ve çevresini olumsuz algılaması ve psikotik semptomlar arasında ampirik kanıtlar vardır. Aynı zamanda erişkin bağlanmasında kendilik ve diğerleriyle ilgili negatif inanışlar vardır. Bu da stres düzenlenmesinde bozucu bir faktördür. Bu durum hem incinebilirliği artırır hem de var olan psikotik semptomların ilerlemesini etkiler (5).

Ponizovsky ve arkadaşları kaçınan bağlanmanın, psikozdaki pozitif ve negatif belirtilerin şiddetini arttırdığını bulmuş. Ancak bağlanma ve semptomların spesifikliği arasındaki bağlantıyı raporlamamışlardır (9).

Güvensiz bağlanması olan psikotik hastaların paranoid sanrılarının şiddetinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (45).

2.4.4. Bağlanma Kuramı ve Zihin Kuramı

Bozulmuş zihin kuramı şizofreni hastaları ve onların paranoid belirtileri ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Güvensiz bağlanma, bozulmuş zihin kuramındaki paranoya gibi belirtileri anlamada yardımcı olabilir (45).

Psikozu olan kişiler sosyal bağlantılarda ve işlevsellikte sıkıntı yaşarlar (5). Bu sebepten dolayı sosyal işlevselliği anlamak önemli bir etken olabilir. Psikoz hastalarındaki fonksiyonelliği etkileyen durumlardan biri sosyal biliştir (46). Mental durumu anlamamızı sağlayan, kişinin inançları, duyguları, kendisi ve başkaları üzerindeki niyeti, sosyal bilişin bir alt grubu olan zihin kuramı ile anlaşılır. Şizofrenilerde zihin kuramı bozulur (47).

Psikotik hastalardaki bozulmuş zihin kuramını anlamada, bağlanma teorisi yardımcı olabilir (5). Zihin kuramı ve bağlanma teorisi, kendiliğin ve başkalarının zihinsel temsilleri üzerinden köken alır.

Mentalizasyon ve güvensiz bağlanma bir grup psikotik hasta üzerinde çalışılmıştır. Kaçınan bağlanması olan kişiler, anksiyöz ve güvenli bağlanması olan kişilere göre düşük mentalizasyon kapasitesine sahip olduğu saptanmıştır (6). Kaçınan bağlanma paranoyanın derecesi ile ilişkili bulunmuştur (11).

Green ve arkadaşları paranoyanın sosyal referans ve perseküsyon olan 2 alt tipini belirlemiştir. Berry de yaptığı çalışmada perseküsyon alt tipinin, kaçınan bağlanma ile daha yakından ilgili olduğunu bulmuştur (11). Kaygılı bağlanma, düşük kendilik imajı ile bağlantılı, sosyal ilişkilerde endişe etme ile karakterizedir. Bu sebeple kaçınan bağlanma, paranoyanın sosyal referans alt tipi ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir (45).

2.4.5. Bağlanma Kuramı ve Çocukluk Çağı Travmaları

Çocuklukta maruz kalınan kötü muamele, erişkin tip güvensiz bağlanmanın en önemli nedenlerinden biri olarak düşünülür. Bu durum kişinin kendiliğine ve başkalarına yönelik olumsuz inançlar oluşturmalarını sağlar (örneğin negatif benlik saygısı ve / veya başkalarına güvenme yeteneğindeki bozulma) ve işlevsel olmayan kişilerarası tepkilerle sonuçlanır (5,6).

Fonagy, bağlanma ilişkisinde en yıkıcı faktörün travma olduğunu vurguladı. Ebeveynlerin kaygılarıyla baş etmelerinde çocuklarına yardım etmedikleri durumlarda beynin yapılandırılması gelişim süreci açısından ertelenecektir. Ayrıca, çocukların ebeveynleri ile korkunç olaylar yaşaması durumunda, zihinlerinde güvenli bir ortam yaratmak yerine akıllarında onlardan temsilcilikler geliştirip muhtemelen sürekli ağrı ve kötü duygulara neden olan öfkeli ve korkutucu figürler geliştirirler (12). Bakıcıların bir sonraki yanıtında veya onlara nasıl yardımcı olacağı konusunda da sürekli olarak uyarılırlar. Bebekler arasındaki ilişkiler bozulduğunda yaşanan rahatsızlık, gelişim süreçlerini etkiler. İşlenmemiş travma, zihinsel işleyişi bozar ve yeni ilişkileri etkiler: çocuklar, yeni travmalara yol açan ilişkileri tercih eder (44).

2.4.6. Şizofreni ve Çocukluk Çağı Travmaları

Pek çok çalışma erken çocukluk çağı travmalarının ve erken dönem olumsuz yaşam olaylarının psikoz gelişiminde risk artırıcı bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (44). Çocukluk çağı travmalarının psikoz ile ilişkisine dair çok az çalışma bulunmaktadır. Bağlanma stilleri bu aradaki ilişkiyi açıklamada faydalı olabilir. Çocukluk çağı travmaları güvensiz bağlanma ile yüksek ilişkili bulunmuştur (48).

Çocukluk çağı travmaları psikozun başlaması ve seyri için önemli potansiyel bir risk faktörüdür. Halüsinasyonlar, sanrılar ve paranoya dahil olmak üzere yetişkinlikte en şiddetli semptom formlarının bazılarıyla bağlantılı olduğu saptanmıştır. Bu ilişkinin öne sürülmesindeki hipotezlerden birisi, travmatik deneyimlerin beyinde ve sinir sisteminde yapısal ve nörokimyasal anormalliklerle sonuçlanabildiği ve böylece stres tepkisinde rol oynayan hipotalamus-pitüiter-adrenal eksenin işlevini etkilediğidir. Bu nedenle, Çocukluk çağı travmalarında, günlük yaşam stresine duygusal tepki göstermesi nedeniyle psikoza yol açabileceği, psikoz için duygusal bir yol oluşturduğunu desteklemesi mümkündür (49,50).

2.4.7. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Şizofrenide ortaya çıkan belirtiler yanı sıra sosyal işlevsellikte bozulma olması da tanı koymada gereklidir (83). Özellikle şizofreni gibi şiddetli ruhsal bozukluklarda sosyal işlevsellik her alanda bozulmakta, hastalar bir eş, bir ebeveyn veya bir meslek sahibi olarak yeterli işlevsellik gösterememektedirler. Belirtilerin düzeldiği ve hastaların remisyona ulaştıkları dönemlerde dahi şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluklarda sosyal işlevsellik tam olarak istenen düzeyde olamamaktadır (51).

Şizofrenide sosyal işlevsellik; negatif ve pozitif belirtiler, duygudurum, sosyal davranışlar ve çevresel koşullardan etkilenmektedir (51). Araştırma bulguları özellikle negatif belirtilerin sosyal işlevsellik üzerine olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir (52). Bazı çalışmalar pozitif belirtiler ile de sosyal işlevselliğin ilişkisini göstermiştir (53). Nörobilişsel işlevler arasında özellikle işlem belleği, sözel bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerin şizofrenide sosyal işlevselliği öngördüğü saptanmıştır (54).

2.5. Zihin Kuramı

2.5.1. Tanımı

Zihin Kuramı, diğer insanların fikirleri, inançları ve niyetlerini algılayabilme ve bu zihinsel durumlar ve kişilerin davranışları arasında bağlantı kurma becerisidir (13). Frith'in (1992) zihinselleştirme yetisindeki bozukluğun sanrı gelişiminde nedensel bir rolü olduğuna ilişkin teorisinden sonra, şizofreni ile zihin kuramı arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Frith'e göre sosyal ilişkilerde bozulma ve sosyal geri çekilme gibi bazı belirtilerin otizm ile benzerlikleri vardır. Farklılık ise otizmde doğuştan zihin kuramı yetileri gelişmez iken şizofrenide sağlıklı becerilerin yıkımı söz konusudur. Psikoz hastalarında, özellikle şizofreni grubundaki hastaların, psikososyal modelini anlamaya çalışmak, bu hastalarla empati kurmada ve tedavi sürdürümünde önemli bir yer tutmaktadır (16). Bozulmuş zihin kuramının şizofreni hastaları ve onların paranoid belirtileri ile ilgili olduğu tespit edilmiştir (15).

Bireyin gelişimi sırasında Zihin Kuramının Basamakları olduğu düşünülmektedir

1.Birinci derece zihin kuramı işlevi: Başkalarının yanlış olan düşüncelerini algılayabilme ve kavrama yetileri olup, 4-5 yaşlarında olduğu düşünülmektedir. 12-15 aylık infantların sosyal olayları takip edebildikleri ve bu durumun örtük zihinselleştirmeye ilişkili olabileceği belirtilmiştir (55,56).

2.İkinci derece zihin kuramı işlevi: Kişinin “başka bir kişi hakkındaki yanlış düşüncesine dair bizim düşüncemiz”, ikinci derece zihin teoremini gösterir. 6-7 yaşlar civarında gelişmeye başladığı belirtilmektedir (57).

3.Üçüncü derece zihin kuramı işlevi: İmayı anlama ve pot kırmayı fark etme becerilerini içerir. 9-11 yaşlarında gelişmektedir. Empatiyi de içeren bir yeti gerektirir. Başka birinin uygunsuz davranması veya yanlış bir şey söylemesi durumunda diğer kişinin kendisini küçük düşmüş hissedeceğini anlayabilme becerisi olarak tanımlanabilir (58). İmayı anlama ise, kısaca dolaylı olarak ifade edilen kavrama yetisidir. Gerçekteki niyetin farkına varabilmek için çıkarım yapmayı gerektirir (59).

2.5.2.Şizofrenide Zihin Kuramı

1992 yılında Frith’in çalışmaları ile başlamıştır. Bu çalışmalara göre, sosyal işlevsellikte bozulma ve sosyal geri çekilme gibi şizofreninin bazı belirtileri, otizm rahatsızlığı ile karşılaştırılabilir ve bu benzerlik zihin kuramı yetilerindeki bozulmalar ile açıklanabilir (60).

Bleuler tarafından Otizm şizofrenin bir belirtisi olarak görülmüştür. Otizm ve şizofreni hastaları arasındaki en önemli farklılıklardan biri, otizmin erken çocuklukta başlaması, şizofreninin ise erişkinliğe kadar anormal sosyal etkileşime dair belirti göstermeyebilir. Şizofreni hastaları hastalık ortaya çıkıncaya kadar normal zihin kuramı becerilerine sahiptir (15).

1995’te ilk olarak Corcoran ve arkadaşları, şizofreni hastalarında belirti grupları ile ZK ilişkisini değerlendiren çalışmalar gerçekleştirilmeye başlanmış olup hastalığın farklı özellikleri ve dönemleri ile ZK arasındaki ilişki araştırılmıştır. Farklı ZT testlerinin kullanıldığı, sağlıklı kontrol grubu olan ve olmayan pek çok çalışma gerçekleştirilmiş olup bu çalışmaların ortak sonucu, şizofreni hastalarının ZT performanslarının sağlıklı bireylere göre

daha kötü olduğudur. Konuyla ilgili çok sayıda çalışmada ZT bozuklukları bilhassa negatif ve dezorganize belirtiler ile ilişkilendirilmiştir (15,59).

Frith, şizofrenideki klinik görünümünün, zihin kuramı yetileri ile ilişkili olduğunu savunmuştur. Bunlar irade gerektiren etkinliklerin bozulması (apati, tuhaf davranış) kendini gözlemlene becerilerinin bozulması (kendi ürettiği düşüncelere karşı azalmış farkındalık ve dolayısı ile sanrılar ve işitsel varsanılar), başkalarını gözlemlene becerilerinde bozulma (diğerlerinin düşünceleri ve niyetleri ile ilgili doğru çıkarımlar yapabilmek ile ilgili olan; persekütif ve referans sanrılar, dezorganize davranış) olarak belirtilir (61).

Sistemik gözden geçirmeler ve meta-analizlerde, şizofrenide zihin kuramı bozukluklarını inceleyen çalışmaların neredeyse tümünde şizofreni hastalarında zihin kuramı yetilerinde bozulma olduğunu rapor etmiştir (62,63).

Frith, dezorganize davranış sergilemeyen ve remisyonda ola hastalarda hastaların ZK testlerinin normal olabileceği belirtilir. ZK bozukluğunun, hastalık belirtilerinin alevlenmesi ile ilişkili dönemsel bir şey olduğunu öne sürmüştür. Yapılan çalışmalarda uzun süredir hasta olan, kronik hastalarda da ZK yetilerinde bozulmalar olduğu belirtilmiştir. Genel semptomatoloji ve negatif belirtilerdeki fazlalığın da daha kötü ZK performansı ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (15).

2.6. Psikoz Sürekliliği (Psikoz Continuum)

2.6.1. Tanımı

Psikoz sağlıklı popülasyonda görülen eşik altı psikotik belirtilerden, psikotik bozukluk tanısı olan hastalara kadar uzanan geniş bir dağılım göstermektedir. Bu doğrultuda klinik dışı popülasyonlarda sanrılar ve halüsinasyonlar da dahil olmak üzere psikotik belirtilere ilişkin epidemiyolojik araştırmalar son yıllarda artmıştır. Psikotik belirtiler, psikotik bozukluklardan daha yaygın olduğu belirtilmiştir. Bu durum genel sağlıklı popülasyondan, psikotik bozukluğu olan bireylere kadar değişen bir semptomatik sürekliliğin varlığını düşündürmektedir (75, 76). Bir meta-analizde, genel yetişkin popülasyonda psikotik belirtilerin prevalans oranını % 7.2 olarak bulmuştur. Bu veriler psikozun kategorik bir yaklaşımdan ziyade daha boyutsal bir yaklaşım ile incelenmesi gerektiğini göstermektedir (77).

Psikoz, geç ergenlik döneminde veya erken yetişkinlikte ortaya çıkan ve beyin olgunlaşmasının son aşamalarıyla ilişkili olan bir nörogelişimsel bozukluktur. Bununla birlikte, sinirbilim araştırmaları, erken çocukluk döneminde maruz kalınan travmaların, beyin gelişimine etki edebileceğini göstermektedir (99). Bu doğrultuda çocukluk ağı travmalarının, psikotik bozukluklarda bir risk faktörü olarak önemi konusunda güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Yapılan retrospektif çalışmalarda, psikozu olan bireylerin çocukluk ağı travmalarının yaygınlığı % 82 gibi yüksek oranlarda bulunmuştur (80,81).

Berry ve arkadaşları 2017 yılında çocukluk ağı travmaları ve psikotik deneyimlerin yordayıcısı olarak bağlanma ve disosiasyonu incelemişlerdir. Buna temel önerme olarak ‘psikoz süreklilik’ kavramını ne sürmüşlerdir. Psikotik yaşantıların, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişilerden, psikoz tanısı olan kişilere kadar geniş bir yayılım gösterdiğini ve zaman içerisinde oluşan yineleyici travmaların kalıcı psikotik yaşantılara yol açtığını belirtmişlerdir. alışmalarında buldukları sonuçlardan birisi; çocukluk ağı travmaları yüksek olan bireylerin güvensiz bağlanma şiddetlerinin ve geçmiş psikotik yaşantılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda güvensiz bağlanmanın ve çocukluk ağı travmalarının sıklığı zaman içerisinde eşik altı psikotik belirtileri, kalıcı hale getirdiğini ne sürmüşlerdir (68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Hastalar Mayıs 2017 – Eylül 2017 tarihleri arasında çalışmaya alındı. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz polikliniğinde izlenmekte olan hastaların kayıtları ve psikoz poliklinik dosyalarından telefon numaralarına ulaşıldı. Psikoz poliklinik dosyalarında DSM-IV-TR şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastalar çalışma için davet edildi. Psikoz polikliniğinde izlenen diğer hasta grupları – şizoafektif bozukluk, sanrısız bozukluk, şizofreniform bozukluk, psikotik bozukluk başka türlü adlandırılmayan, eş tanı mental retardasyon – çalışmaya dâhil edilmedi.

Çalışmaya dâhil olma ve dışlama kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

Hasta grubu için:

Dahil olma kriterleri:

1. 20-65 yaş arasında olma
2. En az ilkokul mezunu olma
3. DSM-IV'e göre şizofreni hastalığı tanısı almış olma
4. Gönüllü olarak çalışmaya katılmak isteme
5. Son 6 ay içinde EKT uygulaması almamış olma

Dışlama kriterleri:

1. Son 6 ay içinde çalışmada kullanılacak olan testlerden herhangi birini yapmış olma
2. Psikiyatrik durumunu etkileyebilecek nörolojik bozukluğa sahip olma
3. Psikiyatrik durumunu etkileyebilecek major medikal hastalığa sahip olma

Dışlama kriterleri:

1. Geçmişte psikotik bozukluk öyküsünün olması
2. Geçmişte veya devam eden antipsikotik ilaç kullanımı
3. Son 6 ay içinde çalışmada kullanılacak testlerden herhangi birini yapmış olma
4. Psikiyatrik durumunu etkileyebilecek nörolojik bozukluğa sahip olma
5. Psikiyatrik durumunu etkileyebilecek majör medikal hastalığa sahip olma

Sağlıklı gönüllü grubu için;

Dahil olma kriterleri;

1. 20-65 yaş arasında olma
2. En az ilkokul mezunu olma
3. Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmama
4. Gönüllü olarak çalışmaya katılmak isteme

Dışlama kriterleri;

1. Son 6 ay içinde çalışmada kullanılacak testlerden herhangi birini yapmış olma
2. Psikiyatrik durumunu etkileyebilecek nörolojik bozukluğa sahip olma
3. Psikiyatrik durumunu etkileyebilecek majör medikal hastalığa sahip olma

3.2. Araçlar

Çalışmamız için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu Başkanlığından izin alındı.

Çalışmaya katılan tüm hastalara yapılacak işlemler detaylı olarak anlatıldı ve yazılı onam alındı. Tüm hastalara tanı ve komorbiditenin saptanması amacı ile yapılandırılmış klinik görüşme – SCID - I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Araştırma Versiyonu) uygulandı.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I,

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders):

SCID-I, First ve arkadaşları (1997) tarafından DSM-IV Eksen I bozukluklarının değerlendirmesi için geliştirilmiş yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Bu ölçek tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını, böylece tanının daha güvenilir olmasını ve belirtilerin sistematik olarak araştırılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (84). Bu ölçek çalışmaya alınan kişilerde herhangi bir eksen I bozukluğun olup olmadığını saptamak için kullanılmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Polikliniği bilgi formu ve sağlıklı

gönüllüler için bilgi formu ile katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriler toplanacaktır.

Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ)

Zihin kuramının tüm yönlerini içeren, geçerlilik ve güvenilirlik özellikleri açısından psikometrik olarak yapılandırılmış ve literatürde kullanılmış olan örneklerden hareketle geliştirilmiştir. 2008 yılında Banu Değirmencioğlu'nun Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Sinirbilimleri yüksek lisans tezi olarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (74).

DEZTÖ, zihin kuramı yeteneğinin barındırdığı düşünülen tüm yönlerini (birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç, ironi, metafor ve faux pas) içermektedir. Hem hikaye hem de resim görevlerinden oluşturulmuştur ve bu hikâye ve resim görevleri, literatürde kullanılmış olan görevlerden yararlanılarak geliştirilmiştir. Dil yapısı, zorluk derecesi ve olayların sıralanma şekli konularında literatürde kullanılmış olan resim ve hikâyelerin benzerleri oluşturulmuş; ancak hikâye içeriği bakımından Türk toplum yaşamına uygunluğu gözetilmeye çalışılmıştır.

Ölçek 7 hikaye ve 5 resimden oluşmaktadır. Hikaye görevlerinde, katılımcıdan hikayeyi dinleyerek ilgili soruya cevap vermesi beklenmektedir. Resim görevleri ise, sırayla bir hikaye anlatan 1 – 2 – 3 şeklinde numaralandırılmış 3 resimden oluşmakta; katılımcıdan hikayeye uygun olacak şekilde gelecek olan 4. resmi, a ve b şeklinde sunulmuş iki resim arasından seçmesi istenmektedir.

Beş hikâye yalnızca tek bir yeteneği gerektirecek şekilde oluşturulmuş; hikayenin tamamlanması sonrası, ilgili sorusu katılımcıya yöneltilmiştir. Geri kalan iki hikayede birden fazla zihin kuramı yeteneği, hikaye aralarında yöneltilen sorular aracılığıyla dahil edilmiştir. Hikâye ve sorular arasına dört tane kontrol sorusu ile katılımcının hikayeyi hatırlayıp hatırlamadığı kontrol edilmek istenmiştir.

Resim görevlerinden bir tanesi birinci-derece yanlış inanç yeteneğini, bir tanesi ikinci-derece yanlış inanç yeteneğini ve sonuncusu da empatik anlayış yeteneğini değerlendirmektedir. Kalan iki resim görevlerinden biri katılımcının resimleri sıralayıp sıralayamadığını, diğeri ise fiziksel gerçekliği algılayıp algılamadığını kontrol etmek için dâhil edilmiştir.

Ölçeğin uygulanması öncesinde, katılımcıya yönerge okunmuş ve katılımcı ölçek hakkında ve uygulama sırasında kendisinden beklenenler konusunda bilgilendirilmiştir.

Yönergenin okunmasının ardından uygulamaya başlanmış ve her bir görev sunularak, ilgili sorusu katılımcıya yöneltilmiştir. Aşağıda ölçekte yer alan her bir görev, değerlendirdiği zihin kuramı yeteneğinin çeşidi verilmiştir:

- İlk görev, birinci derece yanlış inanç yeteneğini değerlendiren bir hikaye
- İkinci görev, birinci derece yanlış inanç yeteneğini değerlendiren bir resimdir
- Üçüncü görev, ikinci derece yanlış inanç yeteneğini değerlendiren bir hikaye
- Dördüncü görev, ikinci derece yanlış inanç yeteneğini değerlendiren bir resim
- Beşinci görev, ironi kavrama yeteneğini değerlendiren bir hikaye
- Altıncı görev, metafor kavrama yeteneğini değerlendiren bir hikaye
- Yedinci görev, empatik anlayış yeteneğini değerlendiren bir resim
- Sekizinci, dokuzuncu, onuncu, on birinci ve on ikinci görevler, sırayla empatik anlayış, birinci-derece yanlış inanç ve ironi kavrama yeteneklerini değerlendiren ve 4 kontrol sorusunun bulunduğu bir hikaye
- Fiziksel gerçeklik kontrol sorusunu içeren bir resim
- Sıralama kontrol sorusunu içeren bir resim
- On üçüncü, on dördüncü, on beşinci ve on altıncı görevler, sırasıyla ironi kavrama, birinci-derece yanlış inanç, metafor kavrama ve ikinci-derece yanlış inanç görevlerini içeren bir hikaye
- On yedi ve on sekizinci görevler, faux pas kavrama ve empatik anlayışı değerlendiren bir hikaye olarak belirlenmiştir.

“Faux pas” kavramı, Türkçe’ye gaf, pot, hata şeklinde çevrilebilir. Ancak çevirilerin anlamı tam olarak karşılayamaması ve literatürde bu haliyle kullanımı nedeniyle, Değirmencioğlu ve Alptekin tarafından yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasındakine benzer şekilde, ilerideki bölümlerde terim bu haliyle kullanılacaktır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Şizofreni hastalarının son bir hafta içerisindeki belirtilerini ve işlevselliğini değerlendirmeyi amaçlayan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam 30 madde ve 3 alt ölçekten oluşur (Pozitif Belirtiler Ölçeği, Negatif Belirtiler Ölçeği ve Genel Psikopatoloji

Ölçeği). Her bir madde görüşmeci tarafından, belirti şiddetine göre, 1-7 arası puanla değerlendirilir. PANNS'ın uygulama süresi yaklaşık 30-40 dakika sürmektedir (85).

PANSS: Pozitif Belirtiler Ölçeği; Sanrılar (P1), Düşünce Dağınıklığı (P2), Varsanılar (P3), Taşkınlık (P4), Büyüklük Duyguları (P5), Şüphencilik/Kötülük Görme (P6) ve Düşmanca Tutumu (P7), Negatif Belirtiler Ölçeği; Duygulanımda Küntleşme (N1), Duygusal İçe Çekilme (N2), İlişki Kurmada Güçlük (N3), Pasif/Kayıtsız Biçimde Kendini Toplumdan Çekme (N4), Soyut Düşünme Güçlüğü (N5), Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcı Olmasını Kaybı (N6) ve Stereotipik Düşünmeyi (N7), Genel Psikopatoloji Ölçeği; Bedensel Kaygı (G1), Anksiyete (G2), Suçluluk Duyguları (G3), Gerginlik (G4), Manyerizm ve Vücut Duruşu (G5), Depresyon (G6), Motor Yavaşlama (G7), İşbirliği Kuramama (G8), Olağandışı Düşünce İçeriği (G9), Yönelim Bozukluğu (G10), Dikkat Azalması (G11), Yargılama ve İçgörü Eksikliği (G12), İrade Bozukluğu (G13), Dürtü Kontrolsüzlüğü (G14), Zihinsel Aşırı Uğraşı (G15) ve Aktif Biçimde Sosyal Kaçınmayı (G16) içerir.

Psikoz Bağlanma Ölçeği:

2006 yılında Berry ve arkadaşları tarafından geliştirilen, sadece güvensiz bağlanmanın iki stili olan, kaçınan ve kaygılı bağlanmayı değerlendiren, kolay anlaşılır ve cevaplanabilir 16 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçeğin 8 maddesi kaygılı bağlanma, diğer 8 maddesi ise kaçınan bağlanma şiddetini ölçmektedir. Ölçek yapılırken güvenilirliği açısından aynı 16 madde, farklı biçimde hastanın primer bakım verenine sorulmuştur (86). Ölçek Brennan ve Shaver'ın Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ölçeği üzerinden geliştirilmiştir (87). Berry bu ölçekte yer alan romantik ilişkiler kısmını ihmal etmiştir ve öz raporlaması daha kolay bir hale getirmiştir. Romantik ilişkilerin iptal etmesinin sebebi yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarında bu bağlanma stiline az görülmesidir. Her bir bağlanma biçimi için, bireysel madde skorlarının ortalaması değerlendirilerek, kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddetinin derecesi verilmektedir. Genel toplam skor ise, toplam güvensiz bağlanma stiline şiddetini göstermektedir. Her bir madde 0 puandan 3 puana kadar işaretlenmektedir. Berry 2008 yılında testin için güvenilirliği ve geçerliliği için, ayaktan başvuru yapan psikoz hastalarına testi uygulamış ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde etmiştir (11). Cronbach alfa katsayıları anksiyete boyutu için 0.70-0.86, kaçınma boyutu için 0.60-0.91 arasında değişen oranlarda iç tutarlılığın kabul edilebilir düzeyleri gösterilmiştir. (3)

Selçuk ve arkadaşları tarafından Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri'nin Türk Toplumunu açısından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (88).

Ölçeğin Almanya ve İspanya geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmış ve uygulanabilir bulunmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde bir araştırmacı tarafından yapılmaktadır.

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği:

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale, PSP), Morosini ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir (89). Morosini ve arkadaşları tarafından PSP ölçeğinin geliştirilme nedeni; DSM'nin öngördüğü tüm işlevsellik alanlarını araştırması, belirti şiddetinden etkilenmemesi ve aynı zamanda kısa, doğru ve duyarlı bir değerlendirme sağlaması belirtilmiştir. Orijinal geliştirme çalışması 61 şizofreni hastasıyla yürütülmüştür ve sınıf içi korelasyon katsayıları 0.98 olarak bulunurken, alt boyutlar için korelasyon katsayıları 0.65-0.95 arasında bulunmuştur (90).PSP, 1 ile 100 arasında bir bireysel ve sosyal işlevsellik puanı vermektedir ve yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir. Bu genel değerlendirme üç basamakta yapılmaktadır: Birinci basamakta, dört boyutta altılı sıralı (yok ile çok şiddetli arasında) değerlendirme ile işlevsellik düzeyi belirlenir. Bu dört boyut sosyal açıdan yararlı etkinlikler, bireysel ve sosyal ilişkiler, öz-bakım ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlar boyutlarıdır. Her bir boyut değerlendirildikten sonra, bu boyutların bozulma derecelerinin kombinasyonlarına göre her biri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeler yapılır. Bu değerlendirmeler için ayrıntılı bir yönerge bulunmaktadır. Buradan yola çıkarak, klinisyenin genel yargısını da hesaba katan bir işlevsellik puanı verilir. Bu puanın karşılık geldiği işlevsellik düzeyi ise; 71- 100 arası puan tam işlevsellik veya çok hafif düzeyde işlevsellik yitimi, 51-70 arası puan; açıkça veya belirgin düzeyde işlevsellik yitimi ve 50 puanın altında düzey ise; şiddetli veya aşırı şiddetli işlevsellik yitimi olarak kabul edilmektedir (90).

PSP Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve ark. 2009 yılında yapılmıştır (91).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği:

Çocukluk çağı ruhsal travmaları sonrasında yaşam boyu gelişen psikiyatrik bozuklukları izleyen uzamına çalışmalar zor ve pahalı olmaları nedeniyle oldukça sınırlıdır. Ancak, bu gibi erken gelişimsel olayları geriye dönük olarak değerlendirmek de önemli bilgilere erişilmesini sağlamaktadır (92,93). Başlangıçta niteliksel olarak değerlendirilmekle yetinilen çocukluk çağı istismar ve ihmali öyküsünün niceliksel olarak değerlendirilmesi ve şiddetinin ölçülmesi bu çalışmaların standartlaştırılması, karşılaştırılabilirliğinin sağlanması ve çocukluk çağı ruhsal travmalarının uzun erimli etkilerinin derecelendirilmesi için bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır. Bu gereksinimden hareketle geliştirilen ve kısaca “CTQ” olarak bilinen “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” (CTQ) 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır (94).

CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Şar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır (95).

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği:

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ): Şizofreni tanısı almış hastalarda depresyon yönünde değerlendirme yapmak, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Addington ve arkadaşları tarafından 1994’te geliştirilmiştir (96). Temel uygulama grubu şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hasta gruplarıdır. Toplam 9 maddeden oluşur. Ölçek maddelerin değerlendirilmesine yönelik kendi içinde görüşme yönergesini bulundurmaktadır. Her madde 0-3 puan arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Ölçeğin Türkçe formunun

güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 2000 yılında tamamlanmış olup, kesme puanının 11/12 olarak kullanıldığı belirtilmiştir (97).

3.3 İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerinin istatistiksel analizi (SPSS for Windows, version-23) kullanılarak yapılmıştır. Tüm değişkenlerin ayrı ayrı hasta ve kontrol gruplarında normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği test edildi. Sayısal değişkenler normal dağılım gösterdiği için parametrik testler kullanıldı. Sayısal değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile belirtilmiştir. Tanımlayıcı analizlerde kategorik değişkenler için ki-kare testi, sayısal değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılması için Student's *t* testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki korelasyonun tespiti amacıyla Pearson korelasyon testi kullanılarak korelasyon katsayısı ve istatistiksel anlamlılık test edildi.

Şizofreni hastalarından oluşan grupta bağlanma puanlarıyla zihin kuramını değerlendirdiğimiz ölçek puanı arasındaki ilişki lineer regresyon analiziyle test edilmiştir. İlk modelde bu iki değişken değerlendirilmiş, ikinci modelde ise çocukluk çağı travmaları modele eklenerek regresyon katsayısındaki değişim ve istatistiksel anlamlılık gözden geçirilmiştir. Lineer regresyon analizinde 'enter' metodu kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık için alfa değeri 0.05 olarak kabul edildi. Çalışmanın post-hoc güç analizinde bağlanma puanı ortalamaları ve standart sapmaları ile hesaplanan etki boyutu (Cohen's *d*) 0.79 olarak saptandı. Bu verilerle yapılan güç analizinde çalışmanın gücünün 0.95 olduğu saptanmıştır.

3.4 Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.03.2017 tarih ve 2017/04-13 karar numarası ile onay alındı (Ek-9).

4. BULGULAR:

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada 45 (%50) şizofreni hastası, 45 (%50) sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 90 katılımcı mevcuttur.

28'i hasta, 26'sı sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 52 (%60) erkek katılımcı, 17'si hasta, 19'u sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 36 (%40) kadın katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir.

Öğrenim durumlarına göre, hastaların 14'ü (%31,1) ilköğretim, 19'u (%42,2) lise, 12'si (%26,7) yüksekokul mezunudur. Sağlıklı gönüllülerin 19'u (%57,6) ilköğretim, 9'u (%20) lise, 17'si (37,8) yüksekokul mezunudur.

Medeni durumlarına göre, hastaların 12'si (%26,7) evli, 26'sı (%57,8) bekar, 7'si (%15,6) boşanmıştır. Sağlıklı gönüllülerin ise 20'si (%44,4) evli, 22'si (%48,9) bekar, 3'ü (%6,7) boşanmıştır.

Kategorik değişkenlerin incelenmesinde ki-kare testi, sürekli değişkenlerin analizinde ise t-test uygulanmıştır. Gruplar arasında sosyodemografik değişkenler incelendiğinde cinsiyet, öğrenim durumları, medeni durum, yaş ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	Hasta(n=45)		Kontrol (n=45)		<i>z</i>	<i>p</i> [*]
	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>		
Yaş	39.62	11.13	35.95	11.63	<i>0.559</i>	<i>0.13</i>
Cinsiyet	S	%	S	%	χ^2	<i>p</i> ^{**}
Erkek	28	62.2	26	57.8	<i>0.185</i>	<i>0.415</i>
Kadın	17	37.8	19	42.2		
Eğitim durumu	S	%	S	%	χ^2	<i>p</i> ^{**}
İlköğretim	14	31.1	19	42.2	<i>3.93</i>	<i>0.14</i>
Lise	19	42.2	9	20		
Yükseköğ kul	12	26.7	17	37.8		
Medeni durum	S	%	S	%	χ^2	<i>p</i> ^{**}
Evli	12	37.5	20	44.4	<i>3.933</i>	<i>0.14</i>
Bekar	26	57.8	22	48.9		
Boşanmış /Dul	7	15.6	3	6.7		

*Bağımsız gruplar için T testi; ** Ki Kare testi
 Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; S: sayı

4.1.2. Hastaların Klinik Özellikler

Hastaların PANSS genel toplam puanı ortalama $57,35 \pm 13.58$, PANSS pozitif belirtiler toplam puanı ortalama 13.44 ± 4.85 , PANSS negatif belirtiler toplam puanı ortalama 15.20 ± 3.82 , PANSS genel psikopatoloji toplam puanı ortalama 28.71 ± 7.16 olarak bulunmuştur.

Hasta katılımcıların Calgary şizofrenide depresyon ölçeği genel toplam puanı ortalama 3.15 ± 3.08 bulunmuştur.

Sağlıklı gönüllü katılımcıların sosyal işlevsellik (PSP) genel toplam puanı ortalama 93.68 ± 2.52 , şizofreni hastası katılımcıların PSP genel toplam puanı ortalama 55.11 ± 11.65 bulunmuştur. Katılımcıların klinik özellikleri tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Hastaların Klinik Özellikleri

Ölçek puanları	<i>Ort.</i>	<i>SS.</i>
PANSS toplam puanı	57,35	13,58
PANSS Pozitif	13,44	4,85
PANSS Negatif	15,2	3,88
PANSS Genel	28,71	7,16
CALGARY toplam puanı	3,15	3,08
PSP toplam puanı	55,11	11,65
CTQ toplam puanı	54,04	7,42

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CALGARY: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

4.2. Hastalar ile Kontrollerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikoz Bağlanma Ölçeği açısından Karşılaştırılması

Hastalar ve sağlıklı kontroller çocukluk çağı travmaları açısından t test kullanılarak analiz edildi.

Hasta ve sağlıklı kontrol grubu toplam çocukluk çağı travmaları açısından farklı bulunmuştur ($p = 0,003$). Çocukluk çağı travmaları alt ölçeklerinden olan cinsel istismar ve fiziksel ihmal açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p = 0,249$ ve $p = 0,430$). Fiziksel istismar ise anlamlılık sınırındaydı ($p = 0,056$). Duygusal istismar hasta ve kontrol grubu açısından belirgin olarak farklı saptandı ($p = 0,001$).

Hasta ve sağlıklı kontroller psikoz bağlanma ölçeği açısından T test kullanılarak analiz edilmiştir.

Hasta grubu, sağlıklı kontrollere göre kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddeti açısından belirgin farklılık göstermiştir ($p = 0,001$ ve $p = 0,003$).

Tablo 5: Hasta ve Kontrollerin Psikoz Bağlanma Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları açısından kıyaslanması

Testler	Hasta		Kontrol		İstatistik
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
CTQ_Toplam	54.0444	7.42219	49.9556	5.29131	0,003
ctq_cist	6.1111	3.03930	5.5333	1.39153	0,249
ctq_dist	8.4667	2.86515	6.2889	1.64624	0,001
ctq_fist	6.5111	2.66818	5.6444	1.36774	0,056
ctq_dihm	12.8667	3.01963	10.8222	3.82747	0,006
ctq_fihm	9.9556	1.56605	9.6889	1.62120	0,430
psikozbag_top	21.7556	7.34895	16.3778	6.32200	0,001
psikozbag_anks	10.3333	4.91750	6.9111	4.59160	0,001
psikozbag_avo	12.3111	4.16054	9.9778	3.11513	0,003

Psikozbag: Psikoz Bağlanma Ölçeği, avo: kaçınan bağlanma, anks: kaygılı bağlanma, CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

4.3. Hasta ve Kontrollerin DEZTÖ Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

Hastalar ve sağlıklı kontrol grupları t testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Hasta ve kontroller arasında t test ile yapılan karşılaştırmada, DEZTÖ ölçeğinin tüm alt kategorileri ve DEZTÖ toplam puan açısından, hastaların istatistiksel olarak anlamlı şekilde kontrollerden daha kötü performans gösterdikleri saptanmıştır

Tablo 6: Hasta ve Kontrollerin DEZTO açısından karşılaştırılması

Testler	Hasta		Kontrol		İstatistik
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
dezto_top	13.7556	2.88535	17.2889	1.12052	0.001
dezto_iki	1.2222	0.97442	2.5556	0.72474	0.001
dezto_bir	3.1333	1.09959	3.8667	0.34378	0.001
dezto_ironi	2.6889	0.59628	3.0000	0.00000	0.001
dezto_met	1.2667	0.71985	1.8889	0.38271	0.001
dezto_emp	4.5556	0.86748	4.9778	0.14907	0.002
dezto_fau	0.8889	0.31782	1.0000	0.00000	0.021

DEZTO: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, bir: birinci derecede yanlış inanç, iki: ikinci derecede yanlış inanç, ironi: ironi kavrama, met: metafor kavrama, emp: empatik anlayış, fau: gaf anlama

4.4. Hastalarda Psikoz Bağlanma Ölçeği Değerlerinin, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Değerleri ile İlişkisi

Hasta katılımcıların, PANSS pozitif sendrom testi değerleri ile psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma değerleri arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. (panss_p-psikozbag_anks $r=0.365$, $p=0.007$; panss_p-psikozbag_avo $r=0.371$, $p=0.006$) PANSS pozitif sendrom testi ile Psikoz Bağlanma Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.414$, $p=0.002$).

Çalışmada hastaların PANSS negatif sendrom puanları ortalaması ile psikoz bağlanma ölçeği genel toplam puanları ortalaması ve kaçınan bağlanma değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. PANSS negatif sendrom ortalamaları ile psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma ortalamaları arasında orta düzeyde, doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($r=0.327$, $p=0.014$).

Hastaların PANSS genel psikopatoloji boyutu ortalamaları ile psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir korelasyon bulunmuştur ($r=0.364$, $p=0.007$). PANSS genel psikopatoloji boyutu ortalamaları ile psikoz bağlanma ölçeği Toplam puanları ve kaçınan bağlanma testleri arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (PANSSg-Psikozbag_top $r=0.447$, $p=0.001$; PANSSg-Psikozbag_avo $r=0.413$, $p=0.002$) .

Çalışmada hasta katılımcıların PANSS pozitif negatif sendrom ölçeği genel toplam ortalamaları ile psikoz bağlanma ölçeği genel toplam ortalamaları, psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma ortalamaları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir korelasyon bulunmuştur (PANSS_top-Psikozbag_top $r=0.452$, $p=0.001$; PANSS_top-Psikozbag_anks $r=0.416$, $p=0.002$; PANSS_top-Psikozbag_avo $r=0.378$, $p=0.005$).

Hasta katılımcıların psikoz bağlanma ölçeği değerleri ile PANSS değerlerinin ilişkisi tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Hastaların Psikoz Bağlanma Ölçeği Değerleri ile Pozitif Negatif Semptom Tarama Ölçeği Değerlerinin Korelasyonları

		panss_top	panss_p	panss_n	panss_g	panss_p6
psikozbag_top	R	,452**	,414**	0.240	,447**	,420**
	P	0.001	0.002	0.056	0.001	,006
psikozbag_anks	R	,416**	,365**	,327*	,364**	,391**
	P	0.002	0.007	0.014	0.007	,004
psikozbag_avo	R	,378**	,371**	0.097	,413**	,368**
	P	0.005	0.006	0.263	0.002	,006

Psikozbag: Psikoz Bağlanma Ölçeği, avo: kaçınan bağlanma, anks: kaygılı bağlanma

Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.5. Hastaların Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri ile Psikoz Bağlanma Ölçeğinin İlişkisi

Hasta katılımcıların “PSP” bireysel ve sosyal işlevsellik düzeyi ölçeği puanları ile psikoz bağlanma ölçeği genel toplam puanları, kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma toplam puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde bir korelasyon bulunmuştur. (psp-psikozbag_top r=-0.420, p=0.002; psp-psikozbag_avo r=-0.427, p=0.002; psp-psikozbag_anks r=-0.357, p=0.008)

Hastaların Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri ile Psikoz Bağlanma Düzeylerinin korelasyonları tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Hastaların Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Düzeyi Ölçeği Puanları ile Psikoz Bağlanma Ölçeği Puanları arasındaki ilişki

		Psp
psikozbag_top	R	-,420**
	P	0.002
psikozbag_anks	R	-,357**
	P	0.008
psikozbag_avo	R	-,427**
	P	0.002

Psikozbag: Psikoz Bağlanma Ölçeği, avo: kaçınan bağlanma, anks: kaygılı bağlanma

Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.6. Hastaların Psikoz Bağlanma Ölçeği Değerleri ile Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi

Çalışmada şizofreni hastalarının psikoz bağlanma ölçeği genel toplam puan ortalamaları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir korelasyon bulunmuştur ($r=0.302$, $p=0.022$).

Hasta katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeği genel ortalamaları ile psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma genel ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çocukluk çağı travmaları ölçeği genel ortalamaları ile psikoz bağlanma ölçeği kaçınan bağlanma puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.344$, $p=0.010$).

CTQ cinsel istismar puanları ile psikoz bağlanma ölçeği toplam puanları ve psikoz bağlanma ölçeği kaçınan bağlanma puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. CTQ cinsel istismar puanları ve psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma puanları arasında negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.249$, $p=0.050$).

CTQ duygusal istismar puanları ve psikoz bağlanma ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0.519$, $p=0.000$). CTQ duygusal istismar puanları ve psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir korelasyon bulunmaktadır ($r=0.447$, $p=0.001$). CTQ duygusal istismar değerleri ve psikoz bağlanma ölçeği kaçınan bağlanma değerleri arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0.521$, $p=0.001$).

Çalışmada şizofreni hastası katılımcıların fiziksel istismar değerleri ile psikoz bağlanma ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. CTQ fiziksel istismar değerleri ile psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma değerleri arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. ($r=0.260$, $p=0.042$) CTQ fiziksel istismar değerleri ile psikoz bağlanma ölçeği kaçınan bağlanma değerleri arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.378$, $p=0.005$).

Hastaların CTQ duygusal ihmal puanları ile psikoz bağlanma ölçeği toplam puanları, psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. CTQ duygusal ihmal puanları ve kaçınan bağlanma puanları arasında zayıf düzeyde, doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($r=0.273$, $p=0.035$).

CTQ fiziksel ihmal puanları ile psikoz bağlanma ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulguya ulaşılmamıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Psikoz Bağlanma Ölçeği korelasyon değerleri tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Psikoz Bağlanma Ölçeği İlişkisi

		CTQ Toplam	ctq_cist	ctq_dist	ctq_fist	ctq_dihm	ctq_fihm
psikozbag_top	r	,302*	-0.227	,519**	,351**	0.241	0.080
	p	0.022	0.067	0.000	0.009	0.055	0.301
psikozbag_anks	r	0.239	-,249*	,447**	,260*	0.245	0.108
	p	0.057	0.050	0.001	0.042	0.052	0.240
psikozbag_avo	r	,344*	-0.145	,521**	,378**	,273*	0.110
	p	0.010	0.171	0.000	0.005	0.035	0.235

Psikozbag: Psikoz Bağlanma Ölçeği, **CTQ:** Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.7. Hastalarda Zihin Kuramı Testlerinin Psikoz Bağlanma Ölçeği ile İlişkisi

Deztö 2. Derecede yanlış inanç testleri ile psikoz bağlanma ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.259$, $p=0.043$). Deztö metafor kavrama tesleri ve Deztö toplam puanları ile psikoz bağlanma ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde bir korelasyon bulunmuştur (deztö_top- psikozbag_top $r=-.270$, $p=0.037$; deztö_met- psikozbag_top $r=-0.284$, $p=0.029$).

Deztö toplam puanı ve Deztö metafor kavrama testleri ile psikoz bağlanma ölçeği kaygılı bağlanma puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (deztö_top-psikozbag_anks $r=0.300$, $p=0.023$; deztö_met- psikozbag_anks $r=0.315$, $p=0.018$).

Zihin Kuramı testleri ile Psikoz Bağlanma Ölçeği ilişkisi tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Psikoz Bağlanma Ölçeği ile DEZTÖ İlişkisi

		deztö_bir	deztö_iki	deztö_top	deztö_ironi	deztö_met	deztö_emp	deztö_fau
psikozbag_top	R	-0.108	-,259*	-,270*	-0.090	-,284*	-0.124	-0.129
	P	0.239	0.043	0.037	0.277	0.029	0.208	0.200
psikozbag_anks	R	-0.156	-0.191	-,300*	-0.057	-,315*	-0.204	-0.223
	P	0.154	0.104	0.023	0.355	0.018	0.089	0.070
psikozbag_avo	R	-0.104	-0.208	-0.204	-0.107	-0.195	-0.043	-0.094
	P	0.249	0.085	0.090	0.243	0.099	0.390	0.270

Psikozbag: Psikoz Bağlanma Ölçeği, **DEZTÖ:** Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.8. Hastalarda Zihin Kuramı Testlerinin, Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Puanları ile İlişkisi

Çalışmada şizofreni hastalarının bireysel ve sosyal işlevsellik ölçeği puanları ile Zihin kuramı testleri toplam puanı arasında pozitif yönde, güçlü bir korelasyon bulunmuştur ($r=0.552$, $p=0.000$). Hastaların bireysel ve sosyal işlevsellik puanları ile DEZTÖ gaf puanları arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.249$, $p=0.050$). DEZTÖ empatik anlayış, metafor kavrama, ikinci derecede yanlış inanç puanları ve PSP sosyal işlevsellik puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ilişki bulunmuştur (dezto_2-psp $r=0.384$, $p=0.005$; dezto_met-psp $r=0.462$, $p=0.001$; dezto_emp-psp $r=0.470$, $p=0.001$).

Diğer zihin kuramı testleri ve PSP skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değer bulunmamıştır.

Hastaların zihin kuramı testlerinin, bireysel ve sosyal işlevsellik puanları ile ilişkisi tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Hastaların Zihin Kuramı Testlerinin, Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Puanları ile İlişkisi

		Ppskor
dezto_iki	R	,384**
	P	0.005
dezto_bir	R	0.221
	P	0.073
dezto_top	R	,552**
	P	0.000
dezto_ironi	R	,263*
	P	0.040
dezto_met	R	,462**
	P	0.001
dezto_emp	R	,470**
	P	0.001
dezto_fau	R	,249*
	P	0.050

DEZTO: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği,

PSP: Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği

Pearson korelasyon analizi r =Korelasyon katsayısı p =Anlamlılık düzeyi

4.9. Hastaların Zihin Kuramı Testlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi

Hasta katılımcıların zihin kuramı gaf testi puanları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (dezito_gaf-ctq_fist $r=-0.334$, $p=0.013$; dezito_gaf-ctq_dihm $r=-0.442$,

p=0.001; dezito_gaf-ctq_film r=-0.467, p=0.001). Şizofreni hastalarının DEZTÖ ironi anlama testleri ile duygusal ihmal puanları arasında negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunmuştur (r=-0.276, p=0.033).

Diğer zihin kuramı testleri ve çocukluk çağı travmaları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların zihin kuramı testlerinin çocukluk çağı travmaları ölçeği ile ilişkisi tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Hastaların Zihin Kuramı Testlerinin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile İlişkisi

		CTQ Toplam	ctq_cist	ctq_dist	ctq_fist	ctq_dihm	ctq_film
dezio_iki	R	-0.052	-0.085	-0.111	0.034	-0.005	-0.038
	P	0.368	0.289	0.233	0.412	0.487	0.402
dezio_bir	R	-0.157	0.029	-0.237	-0.093	-0.118	-0.181
	P	0.152	0.424	0.059	0.271	0.221	0.117
dezto_top	R	-0.171	0.081	-0.148	-0.175	-0.186	-0.204
	P	0.130	0.299	0.166	0.125	0.110	0.090
dezto_ironi	R	-0.202	0.183	-0.113	-,298*	-,276*	-0.137
	P	0.091	0.115	0.231	0.023	0.033	0.185
dezto_met	R	-0.024	0.080	0.026	0.010	-0.088	-0.030
	P	0.439	0.302	0.432	0.473	0.283	0.424
dezto_emp	R	-0.067	0.088	-0.024	-0.184	-0.040	-0.115
	P	0.330	0.282	0.437	0.113	0.396	0.225
dezto_fau	R	-0.239	0.131	0.033	-,334*	-,442**	-,467**
	P	0.057	0.196	0.414	0.013	0.001	0.001

DEZİTO: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.10. Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeğinin İlişkisi

Çocukluk çağı travmaları ölçeği değerleri ve bireysel ve sosyal performans ölçeği değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Değerler tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 13: Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeğinin İlişkisi

		Pspskor
CTQ_Toplam	R	-0.157
	P	0.152
ctq_cist	R	0.036
	P	0.408
ctq_dist	R	-0.154
	P	0.156
ctq_fist	R	-0.124
	P	0.209
ctq_dihm	R	-0.089
	P	0.281
ctq_film	R	-0.158
	P	0.150

PSP: Bireysel ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği, CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.11. Şizofreni Hastalarındaki Kaygılı Bağlanma Şiddetinin Zihin Kuramıyla Olan İlişisine Çocukluk Çağı Travmalarının Etkisi

Şizofreni hastalarından oluşan grupta bağlanma puanlarıyla zihin kuramını değerlendirdiğimiz ölçek puanı arasındaki ilişki lineer regresyon analiziyle test edilmiştir. İlk modelde bu iki değişken değerlendirilmiş, ikinci modelde ise çocukluk çağı travmaları modele eklenerek regresyon katsayısındaki değişim ve istatistiksel anlamlılık gözden geçirilmiştir. Lineer regresyon analizinde ‘enter’ metodu kullanılmıştır.

Yaptığımız lineer regresyon analizinde, kaygılı bağlanma şiddeti ve zihin kuramı ölçeği arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin ($p:0,001$), analize çocukluk çağı travmalarının genel şiddeti eklendiğinde istatistiksel olarak anlamlılığın bozulmadığı saptandı ($p: 0,006$). Bu durum bize, çocukluk travmalarının bu ilişkiye etkisi olmadığını göstermektedir.

Tablo 14: Kaygılı Bağlanma ve Zihin Kuramı arasındaki İlişkiye Çocukluk Çağı Travmalarının Etkisi

		B	P	%95 Güven Aralığı	
DEZTÖ		-,358	0,001	Alt sınır	Üst sınır
				-,995	-,286
DEZTÖ		,295	0,006	-,093	-,154
CTQ		,179	0,093	-0,023	,290

Bağımlı değişken: Kaygılı Bağlanma Şiddeti

CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, DEZTÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği,

Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır.

5.TARTIŞMA

5.1. Şizofreni Hastalarında Güvensiz Bağlanma Tipleri ve Şiddeti

Çalışmamızda şizofreni hastaları ve sağlıklı kontroller arasında, toplam güvensiz bağlanma şiddeti, kaygılı bağlanma şiddeti ve kaçınan bağlanma şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı. Saptadığımız bu bulgu aynı zamanda bizim ana hipotezlerimizden biridir. Yapılan çoğu çalışmada, şizofreni hastalarında güvensiz bağlanma stiline yaygın olduğu gösterilmiştir.

Gumley ve arkadaşları yaptıkları sistematik derlemede, psikoz ve bağlanma arasındaki ilişkiyi içeren, 1980 ve 2012 yılları arasında yayınlanmış, 21 çalışmayı incelemişlerdir. Çalışmadaki temel sorulardan birini, psikoz hastalarında hangi tip bağlanmanın daha sık görüldüğü şeklinde belirlemişlerdir. İnceledikleri çalışmalarda bizim kullandığımız, psikoz bağlanma ölçeği olmakla birlikte, daha çok İlişki Ölçekleri anketi kullanılmıştır. Yaptıkları analiz sonucunda, psikotik bozukluğu olan hastalarda güvensiz bağlanmanın sıklığının ve şiddetinin daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Derlemelerinde yer alan 3 çalışmada da güvensiz bağlanma şiddeti arttıkça hastalık şiddetinin, hastane yatışların ve kişiler arası ilişki zorluklarının arttığını belirtmişlerdir (3).

Şizofreni hastalarında, bağlanma stilini inceleyen bir çalışmada, ayaktan başvuru yapan 127 hastaya, psikoz bağlanma ölçeği uygulanmıştır. PANNS toplam ortalama skoru 63 olarak hesaplanan bu çalışmada, güvensiz bağlanma şiddeti, özellikle de kaçınan bağlanma şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda kaçınan bağlanma şiddeti ile hastalığın pozitif belirti şiddeti ile ilişki saptanmıştır (11). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Harder, yaptığı bir incelemede şizofreni hastalarında, iyileşme ve tedavinin yordayıcılığı açısından bağlanma stillerini incelemiştir. Temel hipotez olarak, şizofreni hastalarında güvensiz bağlanmanın, tepkisiz affekt ve mentalizasyonu bozarak negatif belirtilere, affekt regülasyonunu bozarak da pozitif belirtilere yol açabileceğini öne sürmüştür. Pozitif belirtileri de kaygılı güvensiz bağlanma ile ilişkilendirmiştir. Bulduğu sonuçlarda şizofreni hastalarının, normal popülasyona göre daha fazla kaygılı bağlanma stiline sahip olduğunu saptamıştır. Aynı zamanda güvensiz bağlanma şiddetinin artmasının hastalığın tedavisini güçleştirdiğini, çünkü bu hastaların tedaviye başvurma oranlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir (98).

Ponizovsky ve arkadaşları, şizofreni hastalarında affekt regülasyonu ve bağlanma stilini incelemişlerdir. Temel hipotez olarak, bağlanma stiline, affekt regülasyonu ile birlikte, şizofreni hastalarının klinik belirti şiddetine etki ettiğini öne sürmüşlerdir. Bizim ölçeğimizden farklı olarak, bağlanma stilini ölçmek için ‘İlişki Ölçekleri’ anketini kullanmışlardır. Çalışmada kaçınan bağlanma sıklığı ve şiddetinin, sağlıklı kontrollere göre daha yüksek oranda görüldüğünü saptamışlardır. Bu durumun aynı zamanda hastalığın belirti şiddetiyle de ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Ancak şizofrenin belirtilerinin özgüllüğüyle bir ilişki bildirmemişlerdir (71). Bizim çalışmamızda hem kaygılı hem kaçınan bağlanmanın şiddeti, şizofreni hastalarında yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum bizim kullandığımız bağlanma stili ölçeğinin, şizofreni hastalarına daha spesifik olmasıyla ya da çalışmadaki şizofreni hastalarının, hastalık şiddetinin derecesi ile ilişkili olabilir.

Güvensiz bağlanma aynı zamanda normal popülasyonda, eşik altı psikotik belirtilerden, sanrılara kadar olan bir yelpazeyle de ilişkilendirilmiştir. Tamara ve arkadaşları herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 546 genç erişkinde, paranoid düşüncenin, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stilleri ile olan ilişkisini incelemişlerdir. Yaptıkları analizde paranoid düşünce şiddeti fazla olan kişilerde, güvensiz bağlanma şiddetinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (69). Olber ve arkadaşları, 146 şizofreni hastasında, bağlanma stillerinin, psikososyal işlevsellik ve sosyal bilişle olan ilişkisini incelemiştir. Çalışma bulgularında, şizofreni hastalarında kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddetinin yüksek olduğunu, aynı zamanda hastalığın derecesi ile de ilişkili olduğunu da belirtmişlerdir (71).

Ringer ve arkadaşları 52 şizofreni hastasını kaçınan ve kaygılı bağlanma açısından, HIV/AIDS olan fakat herhangi psikiyatrik yakınması olmayan bir grupla karşılaştırmışlardır. Çalışmalarında temel olarak 2 hipotez oluşturmuşlardır. Bu hipotezlerden biri şizofreni hastalarındaki bağlanma stillerinin, özgüven eksikliği ve ümitsizlik ile ilişkili olduğu, diğer hipotezleri ise, güvensiz bağlanma stillerinin damgalayıcı ve kronik hastalıkla daha sık görüldüğüdür. Yaptıkları analizde kaygılı bağlanma sıklığının, kontrol grubunda daha yüksek olduğunu, kaçınan bağlanma sıklığının ise iki grup arasında farklı olmadığını saptamışlardır. Bu durumu, kronik ve damgalayıcı hastalığa sahip olan kişilerin, kaçınan bir bağlanma stili geliştirmesi ile açıklamışlardır. Bu çalışmada aynı zamanda şizofreni hastalarının pozitif belirtilerinin, kaçınan ve kaygılı bağlanma şiddeti ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (82). Bu veri bizim çalışmamızla da uygundur.

5.2. Şizofreni Hastalarında Kaygılı ve Kaçınan Bağlanmanın Zihin Kuramıyla İlişkisi

Çalışmamızdaki bir diğer hipotez şizofreni hastalarında bağlanma kuramı ve zihin kuramı arasındaki ilişkiydi. Yaptığımız analize göre, şizofreni hastalarında, sağlık kontrol grubuna göre güvensiz bağlanma şiddeti daha yüksek, zihin kuramı puanları ise daha düşük olarak saptandı.

Yaptığımız korelasyon analizinde, güvensiz bağlanmanın alt tiplerinden olan kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddeti, zihin kuramı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca güvensiz bağlanmanın alt tiplerinden olan kaygılı bağlanma şiddetinin derecesi ile toplam DEZTÖ puanı ve metafor alt ölçek puanları arasında negatif yönde bir korelasyon saptanmıştır. Aynı ilişki kaçınan bağlanma şiddeti ile zihin kuramı testlerinin alt ölçekleri arasında saptanmadı.

Bizim çalışmamıza benzer yönde olarak, Nikie Korver-Nieberg ve arkadaşları 2015 yılında 111 psikotik hasta, 106 hasta yakını ve 63 sağlıklı kontrolle yaptıkları çalışmada, güvensiz bağlanma ve zihin kuramı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmamızla benzer şekilde, psikoz bağlanma ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeği kullanmışlardır. Üçlü grup karşılaştırılması yapılan bu çalışmada hasta grubunda, kontrol grubu ve hasta yakınlarına göre, güvensiz bağlanma şiddetinin ve zihin kuramı ölçek puanlarındaki düşmenin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni grubunun kendi içerisinde, zihin kuramı ve güvensiz bağlanma şiddetini karşılaştırdıkları analizlerinde, kaygılı bağlanma şiddeti ile zihin kuramı ölçeklerindeki düşük performans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Hasta yakınlarında zihin kuramı ölçekleri ve bağlanma kuramı ölçekleri arasında bir ilişki saptamamışlardır (64).

Fonagy ve Luyten, zihin kuramı ölçeklerindeki düşük performans ve güvensiz bağlanmayı inceledikleri çalışmalarında, kaygılı bağlanma şiddeti ile zihin kuramının alt ölçeklerinden olan, ikinci derece yanlış inanış arasında anlamlı bir ilişki saptadılar. Kaçınan bağlanma şiddeti ile ise aynı ilişkiyi bulamadıklarını bildirmişlerdir (12).

Bu duruma benzer doğrultuda, Berry ve arkadaşları kaçınan bağlanma şiddeti yüksek olan şizofreni hastalarının, diğer insanlardan uzak durma eğilimlerinin yüksek olduğunu, bu durumun, onları özerklik kazanmalarına ve başkalarının duygu ve düşüncelerini anlamaya ittiğini söylemiştir (5). Fonagy ve Luyten, bu doğrultuda, kaçınan bağlanmanın bilişsel zihin kuramı için koruyucu olabileceğini öne sürmüşlerdir (12).

Şizofreni hastalarındaki zihin kuramı ölçek performanslarındaki düşmenin ile ilişkili faktörlerini anlamak için, kendilik ve diğerleri hakkında zihinsel temsillere dayanan bağlanma kuramından türetilen görüşler faydalı olabilir (5). Bağlanma teorisine göre, sosyal etkileşim kalıplarının gelişimi, başkaları ile olan erken deneyimlerden kaynaklanmaktadır. Bağlanma stili, kişinin kendisi ve başkaları hakkında düşünce, duygu ve inançları içerir. Bu durum yeni sosyal bilgileri öğrenmek için önemli bir taslak oluşturur (41). Zihin kuramı, bir başkasının niyetini, duygusunu, bir durum karşısında vereceği tepkisini anlamamızda yardımcı olur. Bu veriler doğrultusunda bağlanma kuramı ve zihin kuramı bir birini destekler görünmektedir.

Aynı zamanda şizofreni dışı yapılan çalışmalarda da, güvensiz bağlanma ve zihin kuramı performansındaki bozulma arasındaki ilişki gösterilmiştir. Buna örnek olarak Koelkebeck ve arkadaşlarının 2017 yılında 37 depresyon hastası, 40 sağlıklı kontrolde, bağlanma stilleri ve zihin kuramı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma gösterilebilir. Hasta grubu kendi içerisinde güvensiz bağlanma stilli arttıkça, zihin kuramı ölçeklerinden düşük puanlar aldığını belirtmiştir.

Çalışmamızın bir diğer hipotezi, güvensiz bağlanma şiddeti ile zihin kuramı ölçeği arasındaki ilişkiye çocukluk çağı travmalarının etkisi olduğudur. Yaptığımızı lineer regresyon analizinde bu şekilde anlamlı bir ilişki saptayamadık. Muhtemelen hasta ve kontrol sayımızın yeterli sayıda olmaması, kişilerin ölçekleri yanıtlarken bazı travmalarını gizleyebilmesi, hastaların PANNS ölçek puanlarının düşük olması bu durumu açıklayabilmektedir.

5.3. Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının, Güvensiz Bağlanma Şiddeti ile İlişkisi

Şizofreni hastalarında, sağlıklı kontrollere göre çocukluk çağı travmalarının daha sık görüldüğünü saptadık. Fiziksel istismar ve duygusal ihmal diğer çocukluk çağı travmalarından daha sık olarak saptandı. Bu özellikle, bağlanma kuramcılarının ortaya attığı, insanın en büyük travmasının, ihmal olduğu yönündeki veri ile de uyumlu görülmektedir.

Şizofreni hastalarında, güvensiz bağlanma şiddetinin derecesi ile çocukluk çağı travmaları şiddeti arasında bir ilişki saptadık. Alt grup olarak, kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddeti, çocukluk çağı travmalarından en çok duygusal istismarla ilişkili bulundu.

Erken yaşam olaylarının HPA aksına etki edip, beyin gelişimini etkileyeceği hipoteziyle çalışma yapan, Matheson ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları geniş kapsamlı bir meta-analizde, şizofreni hastalarında, çocukluk çağı travmalarının sıklığını incelemişlerdir. Yirmibeş geniş kapsamlı çalışmada, şizofreni hastalarında çocukluk travmalarının istatistiksel olarak yüksek olduğunu saptamışlardır (odds ratio (OR) 3.60, $p < 0.00001$). Fakat hangi çocukluk çağı travmasının şizofreni hastalarında daha sık görüldüğüne dair bir veri belirtmemişlerdir. Aynı zamanda bu çalışmanın, bu alanda yapılan ilk kapsamlı çalışma olduğunu belirtmişlerdir (66).

Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmalarının daha sık görüldüğü, bilgisinden yola çıkarak, Michail M. ve arkadaşları ilk atak psikoz hastalarını, güvensiz bağlanma ve çocukluk çağı travmaları açısından incelemişlerdir. Temel hipotezlerinden biri olarak, psikoz ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye bağlanma stillerinin etki edeceğini öne sürmüşlerdir. Yaptıkları analizde, şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmalarının daha sık olduğunu belirtmişlerdir. Psikoz grubunu kendi içerisinde kıyasladığında, güvensiz bağlanmanın şiddeti ile çocukluk çağı travmalarının sıklığı arasında bir ilişki saptamışlardır (67).

Nikie Korver-Nieberg ve arkadaşları 2015 yılında, 131 psikoz hastası, 123 hasta yakını ve 72 sağlıklı kontrolde, çocukluk çağı travmaları, güvensiz bağlanma ve psikotik belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bizim çalışmamızla benzer ölçeklerin kullandığı, bu çalışmada, psikotik bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travma yaşantısının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yaptıkları regresyon analizinde, bu ilişkiye, güvensiz bağlanma biçiminin etki ettiğini saptamışlardır (69).

Çalışmamızı yaparken ana varsayımlarımızdan biri, psikozun bir süreklilik içerisinde, genetik yatkınlık ve maruz kalınan psikososyal travmalar ile oluştuğuydu. Psikoz süreklilik kavramı psikososyal stresörler ile psikozun, eşik altı belirtilerinden, kalıcı psikotik bir rahatsızlığa dönüşebildiğini anlamamızda kolaylık sağlamaktadır.

Psikoz, geç ergenlik döneminde veya erken yetişkinlikte ortaya çıkan ve beyin olgunlaşmasının son aşamalarıyla ilişkili olan bir nörogelişimsel bozukluktur. Bununla birlikte, sinirbilim araştırmaları, erken çocukluk döneminde maruz kalınan travmaların, beyin gelişimine etki edebileceğini göstermektedir (99). Bu doğrultuda çocukluk çağı travmalarının, psikotik bozukluklarda bir risk faktörü olarak önemi konusunda güçlü kanıtlar bulunmaktadır.

Yapılan retrospektif çalışmalarda, psikoza olan bireylerin çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı % 82 gibi yüksek oranlarda bulunmuştur (80,81).

Berry ve arkadaşları 2017 yılında çocukluk çağı travmaları ve psikotik deneyimlerin yordayıcısı olarak bağlanma ve disosiasyonu incelemişlerdir. Buna temel önerme olarak ‘psikoz süreklilik’ kavramını öne sürmüşlerdir. Psikotik yaşantıların, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişilerden, psikoz tanısı olan kişilere kadar geniş bir yayılım gösterdiğini ve zaman içerisinde oluşan yineleyici travmaların kalıcı psikotik yaşantılara yol açtığını belirtmişlerdir. Çalışmalarında buldukları sonuçlardan birisi; çocukluk çağı travmaları yüksek olan bireylerin güvensiz bağlanma şiddetlerinin ve geçmiş psikotik yaşantılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda güvensiz bağlanmanın ve çocukluk çağı travmalarının sıklığı zaman içerisinde eşik altı psikotik belirtileri, kalıcı hale getirdiğini öne sürmüşlerdir (68). Bizim çalışmamız da bu verileri doğrultular niteliktedir. Şizofreni hastalarında kontrol grubuna göre çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve güvensiz bağlanma şiddeti anlamlı düzeyde farklıydı. Aynı zamanda yaptığımız lineer regresyon analizinde çocukluk çağı travmalarıyla ve kaygılı bağlanma arasındaki anlamlı ilişkinin zihin kuramındaki bozulmadan etkilendiği idi. Muhtemelen güvensiz bağlanma ve çocukluk çağı travmaları, mentalizasyonu etkilediği için, zihin kuramı burada bir rol oynamaktadır.

5.4. Şizofreni Hastalarında Kaçınan Bağlanma Şiddetinin, Şüphencilik ve Kötülük Görme Belirtileriyle İlişkisi

Şizofreni hastalarında kaçınan bağlanma şiddeti ile şüphencilik ve kötülük görme belirtilerinin şiddeti arasında bir ilişki saptadık. Bu bizim aynı zamanda ana hipotezlerimizden biriydi. Yapılan araştırmalarda kaçınan bağlanması yüksek olan bireylerin, diğer insanlara göre daha güvensiz, şüpheli oldukları belirtilmiştir.

Bu doğrultuda temel hipotezlerini geliştiren, Sitko ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, güvensiz bağlanma şiddeti ile paranoid belirti şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yaptıkları analizde, kaçınan bağlanma şiddeti yüksek olan psikotik hastaların şüphencilik ve kötülük görme düşüncelerinin şiddetinin de daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (45). Benzer doğrultuda, Berry ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, şüphencilik ve kötülük görme düşüncelerinin, kaçınan bağlanma ile daha yakından ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. (10,11). Bu veriler bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Çalışmamızın kısıtlayıcı olan tarafı, şüphencilik ve kötülük görme belirtileri için spesifik bir ölçek kullanmamızdır.

Yapılan çoğu çalışmada güvensiz bağlanma şiddetinin, şizofreni hastalarında PANNS alt ölçeklerindeki şiddet ile ilişkili gösterilmiştir.

5.5. Şizofreni Hastalarında Güvensiz Bağlanma Şiddetinin ve Bozulmuş Zihin Kuramının Sosyal İşlevsellik ile İlişkisi

Şizofreni hastaları, sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında psikososyal işlevsellik açısından bozulmaları olduğunu saptadık.

Psikososyal işlevsellik şizofreni hastaları için önemli bir alan olarak durmaktadır. Bizim çalışmamızda zihin kuramı ölçeklerindeki düşük performans ve güvensiz bağlanmanın şiddetinin yüksek olmasının, psikososyal işlevsellikteki bozulma ile ilişkili olduğunu saptadık.

Son dönem yapılan çalışmalar şizofreni hastalarında, sosyal işlevselliğin önemli bir yordayıcısı olarak sosyal bilişe yönelmişlerdir. Bizim çalışmamızda da sosyal bilişin önemli bir alt parametresi olan, zihin kuramı çalışıldı.

You Min Park ve arkadaşları 2010 yılında 66 şizofreni hastasında sosyal işlevselliğin yordayıcı olarak zihin kuramı çalışmıştır. Ölçek olarak nörokognitif test bataryaları ve zihin kuramı ölçeği kullanmışlardır. Zihin kuramı testlerinde daha düşük performans gösteren hastaların, sosyal işlevselliğinde de istatistiksel olarak belirgin bir bozulma olduğunu saptamışlardır. Bora ve arkadaşları ayaktan kontrole gelen 50 şizofreni hastasında, zihin kuramı ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi araştırmış ve sosyal işlevsellik açısından daha iyi olan hastaların, zihin kuramı ölçeklerinde daha iyi puan aldıkları ve çalışma belleklerinde (working memory) anlamlı olarak daha iyi performans gösterdiğini saptamışlardır (70).

Burada bizim çalışmamız için eksiklik olan sosyoekonomik düzey ve diğer parametreler bakılmamıştır. Çünkü şizofreni hastalığının tedavisi ve seyrinde sosyoekonomik düzey, göç gibi kavramlar önemli yer tutmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER:

Çalışmamızda şizofreni hastalarının kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddetinin, sağlıklı popülasyona göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Bu veri literatürü destekler yönde görülmekle birlikte, kullandığımız psikoz bağlanma ölçeğinin, psikoz grubu hastalar için iyi bir ölçek olduğunu da destekler yöndedir. Konuyla ilgili yapılan çoğu çalışmada genel olarak psikotik bozukluk tanısı alanlar yer alırken, bizim çalışmamızda hasta grubu olarak sadece şizofreni grubunun yer alması güçlü yanlarından biridir.

Şizofreni hastalarının kendi grupları içerisinde kaygılı bağlanma şiddeti ve toplam DEZTO puanı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu tespit bizim hipotemizle uyumlu görülmektedir. Aynı zamanda zihin kuramı gibi son dönem üzerine yoğun çalışma yapılan bir kavramı, etkileyen faktörleri anlamak için de önemli bir veri olarak durmaktadır.

Şizofreni de sosyal çevrenin, hastalığın başlangıcına ve seyrine etki etmesi son dönem çalışmalarda üzerinde durulan bir konudur. Psikoz süreklilik adlandırılan bu durum, psikotik belirtilerin normal popülasyondan hastalık tanısına kadar bir spektrumda olduğu belirtilmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızda korelasyon analizi ile çocukluk çağı travmalarının, şizofrenin pozitif ve negatif belirtileriyle olan ilişkisini göstermek önemliydi. Tabi burada çalışmamızda eksik olan, göç, şehirleşme, kannabis kullanımı gibi diğer parametrelere bakılmamasıydı.

Çalışmamızın diğer önemli güçlü yanlarından biri de genel PANNS puanları düşük olan remisyon ve remisyona yakın şizofreni hastalarında zihin kuramı ölçek puanlarının düşük olmasıydı. Bu bize zihin kuramının sadece hastalığın aktif dönemlerinde değil, remisyon döneminde de bozulabileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda kısıtlı olan hastalığın başlangıç yaşı ve hastalık süresini hesaplamamızıdır.

Şizofreni hastalarındaki sosyal işlevsellik sağlık kontrollere göre belirgin derecede bozulmuştu. Yaptığımız korelasyon analizinde kaygılı ve kaçınan bağlanma şiddetinin yüksek olmasının, zihin kuramı ölçek puanının düşük olmasının ve çocukluk çağı travmalarının fazla olmasının, işlevselliği daha da bozduğunu saptadık. Bu durum bize şizofreni hastalarında önemli bir alan olan işlevselliği düzeltmek için yapılacak sağaltımlar açısından faydalı olabilir.

Yaptığımız regresyon analizinde bağlanma kuramı ve zihin kuramı arasındaki ilişkiyi etkileyen faktör olarak çocukluk çağı travmalarını analiz ettik. Çocukluk çağı travmalarının

bu ilişkiye anlamlı bir etkisinin olmadığını saptadık. Hasta ve kontrol sayısının daha fazla olduğu ve PANNS puanlarının daha yüksek olan şizofreni hastalarıyla yapılacak bir çalışmada bu ilişki daha iyi değerlendirilecektir. Literatürde bu anlamda çok çalışma bulunmaması nedeniyle önemli bir bulgudur. Çalışmamızın bir önemli kısıtlayıcı faktörü hastalarımızda IQ puanlarının olmamasıydı.



7.KAYNAKLAR

1. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 47 (9): 833–43.
2. Van Os, J. Kenis, G., Rutten, B.P.F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*; 468; 203.
3. Gumley, A.I., Taylor, H.E.F., Schwannauer, M., MacBeth, A.(2013). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatr Scand* 2013: 1–18.
4. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression. London: Pimlico, 1980.
5. K. Berry, C. Barrowclough, A. Wearden, A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research, *Clinical Psychology Review*, 27 (2007), pp. 458–475
6. MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., & Fisher, R. (2011). Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 84, 42-57. doi: 10.1348/147608310X530246
7. Green MF, Penn, DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, Kring AM, Park S, Silverstein SM, Heinssen R. Social cognition in schizophrenia: a NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull* 2008; 34:1211-1220
8. Read, J., van, O. J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00748.x
9. A.M. Ponizovsky, Y. Nechamkin, P. Rosca, Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (2007), pp. 324–331
10. Sitko, K., Bentall, R. P., Shevlin, M., O'Sullivan, N., & Sellwood, W. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Research*.

11. Berry, K., Barrowclough, C. & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1275-1282.
12. Fonagy, P., Bateman, A.W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In Bateman, A.W., & Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of Mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Washington, DC; London: American Psychiatric Publishing, Inc.
13. Biedermann F, Frajo-Apor B, Hofer A, (2012). Theory of mind and its relevance in schizophrenia. *Current Opinion Psychiatry*, 25:71–75
14. Yıldırım E, Alptekin K, (2012). Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 25:368-375
15. Frith CD. Schizophrenia and theory of mind. *Psychological medicine*. 2004;34(03):385-9.
16. Mueser, K.T. & McGurk, S.R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*; 363;2063-2072.
17. Kuhn R (2004). Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *Hist Psychiatry* 15 (3): 361–6. doi:10.1177/0957154X04044603.
18. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.) (2007) Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
19. Öztürk O, Uluşahin A, (2015) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Bayt yayın hizmetleri, Ankara.
20. McGrath JJ ve Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Medical Journal of Australia* 2009; 190: S7–S9
21. Binbay T, Alptekin K, Elbi H ve ark. İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23(3):149-60
22. Binbay T, Ulaş H, Elbi H ve ark. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010
23. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(6):565-71.
24. Kültür S, Mete L. Şizofreni. Güleç C, Köroğlu (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997, 321-353.
25. Kaplan H. Şizofreni. *Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004
26. Ertuğrul I. Güncel şizofreni. 1. Baskı ed, 2006
27. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı* (2. baskı), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007; 184-204

28. McGrath JJ (2005). "Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture 2004." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111(1): 4-11
29. McGrath J, Saha S, Welham J ve ark. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine* 2004; 2: 13
30. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *The American Journal of Psychiatry* 2005; 162:12–24
31. Freedman R, Leonard S ve ark. (2001). "Evidence for the multigenic inheritance of schizophrenia." *American Journal of Medical Genetics* 105(8): 794-800.
32. Waldo MC, Adler LE ve ark. (2000). "Familial transmission of risk factors in the first-degree relatives of schizophrenic people." *Biological Psychiatry* 47(3): 231-239.
33. Ertuğrul A. Şizofreni Etiyolojisi. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar; 2007. 28-53 p.
34. Levinson DF, Levinson MD, Segurado R, Lewis CM. Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part I: Methods and power analysis. *The American Journal of Human Genetics*. 2003;73(1):17-33
35. MacBeth, A., Schwannauer, M., & Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 79–93
36. Bowlby J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London, Tavistock Publications, 1979.
37. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 1958; 39:350-373.
38. West ML, Sheldon-Keller AE. *Patterns of Relating: An Adult Attachment Perspective*. New York, Guilford Press, 1994.
39. Weger Jr. H, Polcar LE. Attachment style and the cognitive representation of communication situations. *Communication Studies* 2000; 2:149-161
40. Bowlby J. *Attachment and Loss: Sadness and Depression*, New York, Basic Books, 1980.
41. Bowlby J. *Attachment*, 2nd Ed. New York, Basic Books, 1982.
42. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61:226-244.
43. Erözkan A. Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ve yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2004; 4:155-175.

44. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38:661-671
45. Sitko 2016 The dynamics of attachment insecurity and paranoid thoughts: An experience sampling study.
46. Couture SM, Granholm EL, Fish SC (2011) A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 125, 152–160
47. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox, Engeland JV, (2007). Theory of mind in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* (2007), 191, 5-13 .
48. Read J, Gumley A (2008) Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis* 2:1-35
49. Arnsten, A.F.(2009).Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nat. Rev.Neurosci.* 10, 410–422.doi:10.1038/nrn2648
50. Arseneault, L.,Cannon,M.,Fisher,H.L.,Polanczyk,G.,Moffitt,T.E.,and Caspi, A.(2011).Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am. J.Psychiatry* 168, 65 72
51. Mueser KT (2000) Cognitive functioning, social adjustment and longterm outcome in schizophrenia. *Cognition in schizophrenia*, T Sharma, P Harvey (Ed), New York. Oxford University Press, s.157-177.
52. McGurk SR, Moriarty PJ, Harvey PD ve ark. (2000) Relationship of cognitive functioning, adaptive life skills, and negative symptom severity in poor-outcome geriatric schizophrenia patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12 (2): 257-64.
53. Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G ve ark. (2008) Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258: 48-58.
54. Addington J, Saeedi H, Addington D ve ark. (2006) Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophr Res*, 85: 142-150.
55. Wellman HM, & Woolley JD. From simple desires to ordinary beliefs: the early development of everyday psychology. *Cognition*, 1990;35(3): 245–75.
56. Onishi KH, & Baillargeon R. Do 15-month-old infants understand false beliefs? *Science* (New York, N.Y.), 2005;308(5719): 255–8.

57. Perner J, Davies G. Understanding the mind as an active information processor: do young children have a “copy theory of mind”? *Cognition*, 1991;39(1): 51–69.
58. Stone, VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of cognitive neuroscience*, 1998;10(5): 640–56.
59. Corcoran R, Mercer G, ve Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 1995;17(1): 5–13.
60. Frith CD. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
61. Bora E, Yücel M, Pantelis C, (2009). Theory of mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta psychiatrica scandinavica* 120: 253–264.
62. Brüne M, (2005). “Theory of Mind” in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin* vol. 31 no. 1 pp. 21–42
63. Harrington L , Siegert R, McClure J, (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10:4, 249-286.
64. Korver-Nieberg, N., Fett, A.-K.J., Meijer, C.J., Koeter, M.W., Shergill, S.S., de Haan, L., Krabbendam, L., 2013. Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *Aust. N.Z. J. Psychiatry* 47 (8), 737–745.
65. Shaver, P.R., Mikulincer, M., 2004. What do self-report attachment measures assess. In: Rholes, W.S., Simpson, J.A. (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications*. Guilford Press, New York, NY, pp. 17–54.
66. Matheson SL, Shepherd AM, Laurens KR, Carr VJ (2011). A systematic meta-review grading the evidence for non-genetic risk factors and putative antecedents of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 133, 133–142.
67. Michail, M. Bircwhood,M.,2013.Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis.*Psychol.Med.*43(1),133–142.
68. Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C., Oakland, L., Bradley, J., 2012. An investigation of adult attachment and the nature of relationships with voices. *Br. J. Clin. Psychol.* 51 (3), 280–291.

69. Korver-Nieberg N., Berry K., Meijer C., de Haan L., & Ponizovsky A.M. (2015). Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiatry Research*, 228(1), 83–88.
70. Bora E, Yücel M, Pantelis C, (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research* 109, 1–9
71. Ponizovsky A. M., Vitenberg E., Baumgarten-Katz I. & Grinshpoon A. (2013). Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology and Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 86(2), 164–182.
72. Chung YS, Barch D, Strube M. (2013). A Meta-Analysis of Mentalizing Impairments in Adults With Schizophrenia and Autism Spectrum Disorder. *Schizophrenia Bulletin* vol. 40 no. 3 pp. 602–616, 2014
73. Song MJ, Choi H, Jang SK ve ark.(2015). Theory of mind in Koreans with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research* 229, 420–425
74. Değirmencioğlu B, Alptekin K, (2008), İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeğinin (DEZTÖ) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimleri Anabilim Dalı Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi.
75. Szöke, A., Kirkbride, J.B., Schürhoff, F., 2014. Universal prevention of schizophrenia and surrogate endpoints at population level. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 49, 1347–1351.
76. Binbay, T., Drukker, M., Alptekin, K., Elbi, H., Aksu Tanık, F., Özkınay, F., Onay, H., Zağlı, N., van Os, J., 2012. Evidence that the wider social environment moderates the association between familial liability and psychosis spectrum outcome. *Psychol. Med.* 42, 2499–2510.
77. Linscott, R.J., van Os, J., 2013. An updated and conservative systematic review and metaanalysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol. Med.* 43, 1133–1149.
78. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Attachment in adulthood. structure, dynamics and change. New York: Guilford Press.
79. Young, J.E., Klosko, J.S. and Weishaar, M.E. (2003) Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Press, New York.

80. Duhig, M., Patterson, S., Connell, M., Foley, S., Capra, C., Dark, F., et al. (2015). The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *Aust. N.Z.J. Psychiatry* 49, 651–659. doi:10.1177/0004867415575379
81. Larsson, S., Andreassen, O. A., Aas, M., Rossberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E., et al. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Compr. Psychiatry* 54, 123–127. doi:10.1016/j.comppsy.2012.06.009
82. Lysaker, P. H., Davis, L. W., Buck, K. D., Outcalt, S., & Ringer, J. M. (2011). Negative symptoms and poor insight as predictors of the similarity between client and therapist ratings of therapeutic alliance in cognitive behavior therapy for patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(1539-736; 0022-3018; 3), 191-195.
83. APA (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fourth edition-text revision edn. American Psychiatric Association, Washington DC.
84. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E, (1999) DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
85. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H, (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*;4:251-9.
86. Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C. and Liversidge, T. (2006) ‘Attachment Styles, Interpersonal Relationships and Psychotic Phenomena in a Non-Clinical Student Sample.’ *Personality and Individual Differences* 41: 707–18
87. Brennan, K.A., Clark, C.L. and Shaver, P.R. (1998) ‘Self-Report Measurement of Adult Attachment: An Integrative Overview’, in J.A. Simpson and W.S. Rholes (eds) *Attachment Theory and Close Relationships*. New York, NY: Guilford Press.
88. Selcuk, E., Gunaydin, G., Sumer, N., & Uysal A. (2005). Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II’nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi [A new measure for adult attachment styles: The psychometric evaluation of Experiences in Close Relationships - Revised (ECR-R) on a Turkish sample]. *Türk Psikoloji Yazıları [Turkish Psychological Articles]*, 8, 1-11.
89. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 323-329

90. Nasrallah H, Morosini P, Gagnon DD. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008; 161: 213-224
91. Aydemir Ö, Üçok A, Danacı AE, Canpolat T, Karadayı G, Emiroğlu B, Sarıöz F. Bireysel ve sosyal performans ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2009; 19: 93-100.
92. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol* 1997;9(4):855-79.
93. Shenk CE, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK. A prospective examination of the role of childhood sexual abuse and physiological asymmetry in the development of psychopathology. *Child Abuse Negl* 2010;34(10): 752-61.
94. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994;151(8):1132-6.
95. Şar V, Öztürk E ve İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin (CTQ) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 2012, 1-18.
96. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E ve ark. (1994) Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenia. *Schizophr Res*, 11: 239-244.
97. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A ve ark. (2000a) Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37: 82-86.
98. Harder, S. (2014). Attachment in schizophrenia: Implications for research, prevention, and treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 1189–1193. doi:10.1093/schbul/sbu133
99. Brent, B. K., Seidman, L. J., Thermenos, H. W., Holt, D. J., and Keshavan, M. S. (2014b). Self-disturbances as a possible premorbid indicator of schizophrenia risk: a neurodevelopmental perspective. *Schizophr. Res.* 152, 73–80. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.038

EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bağlanma, bebekle anne arasında gelişen ve bebekte güven duygusunu yerleştiren güçlü bir bağıdır. Bir annenin bebeği ile sevgiyle bağlanması, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini teşvik eden en önemli öğelerden biridir. Bağlanma; çocuklarda yakın akran ilişkilerindeki sosyal işlevselliğin gelişimini anlamamızı sağlar. Bağlanma, psikososyal adaptasyonda anahtar rol oynamaktadır ve yakın ilişkiler bağlamında çocuğun güvenliğini ve dayanıklılığını sağlayan bir sistemdir. Bağlanmanın sağlıklı olması ilerleyen dönemde psikiyatrik hastalıkların gelişimi açısından koruyucudur. Bağlanmanın sağlıklı olmadığı erişkinlerde, psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkması daha erken olabilir veya var olan belirtiler daha şiddetli olabilir.

Sosyal biliş, genel olarak insanların kendisi ve diğerlerini algılayışı, yanı sıra kendisi ve diğerleri arasındaki ilişkilerin temsillerini oluşturabilme ve bu temsilleri sosyal davranışa rehber olacak şekilde kullanabilme becerileridir. Şizofrenide, özellikle bozulmanın olduğu özgül sosyal biliş bölümleri tanımlanmıştır ve incelenmesi önerilen sosyal bilişin bu alanlarından birisi de zihin kuramı(ZK) kavramıdır. ZK, diğer insanların fikirleri, inançları ve niyetlerini algılayabilme ve bu zihinsel durumlar ve kişilerin davranışları arasında bağlantı kurma becerisidir. ZK bozukluğunun ise hastalığın belirti ve bulguları ile ilişkili olduğu ve psikososyal işlevselliğin bozulmasında önemli bir rolü olduğu daha önceki çalışmalarda belirtilmiştir. Ayrıca sosyal biliş bozukluğunun şizofreni belirtilerinde yinelemeyi ve belirtilerin şiddetini direk olarak etkilediği saptanmıştır.

Bazı çalışmalarda; hastalarda bozulmuş zihin kuramının bağlanma ile ilişkisi araştırılmıştır ve hastalıkların temelinde yatan etkenleri anlamada hem sosyal bilişin hem de bağlanmanın birlikte etki ettiği düşünülmüştür.

Bu çalışmanın amacı; Şizofreni tanısı olan kişilerde zihin kuramının bozukluğu ve güvensiz bağlanmanın hastalık etkilerini incelemek, bu etkilerin sağlıklı kontrol grubundan farklılıklarını saptamak ve literatüre katkı sağlamaktır. Böylece Şizofreni tedavisinde tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine yarar sağlayabilecektir.

Bu araştırmaya şizofreni tanısı almış 45 hasta, 45 sağlıklı gönüllü alınacaktır. Hastalarla önce ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme gerçekleştirilecek, ardından sosyodemografik bilgi formu; DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği(DEZTÖ),Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Psikotik Bağlanma Ölçeği, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği uygulanacaktır.

Sağlıklı kontrollere önce ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme gerçekleştirilecek, ardından sosyodemografik bilgi formu; DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-

l), Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği(DEZTÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Psikotik Bağlanma Ölçeği, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, , Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, sırayla uygulanacak; katılımcı istediği takdirde 15'er dakikalık molalar verilecektir. Testler herhangi bir bedensel temas ya da girişimi gerektirmeyen testler olup uygulayıcı ile karşılıklı ve sözel olarak gerçekleşecektir.

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

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız sağlık hizmetinin standardını etkilemeyecektir. Araştırmacı çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle, bilginiz dâhilinde ya da isteğiniz dışında, sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde tedavi ve kliniğimizde takibinize yönelik bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Çalışmaya katılan gönüllü, istediği takdirde araştırmadan sorumlu, DEÜTF Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapan Dr. Berkant SAĞIR ile ilişki kurabilir. Araştırma giderleri, hastanın kendisine veya sosyal güvenlik kurumlarına hiçbir şekilde yüklenmeyecektir. Çalışmada elde edilen kayıtlarda gönüllünün kimliği gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacaktır. Çalışma sonuçlarının bilimsel bir dergide yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli tutulacaktır.

Yukarıda yazılı olan, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bu araştırma hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih :

İmzası:

**RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA
KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ
GÖREVLİSİNİN**

Adı Soyadı:

Görevi:

Telefonu:

-

AÇIKLAMAYI YAPAN ARAŞTIRMACININ

Adı Soyadı: Dr. Berkant SAĞIR

Tel: 0 531 274 08 04

İmzası:

Gönüllünün Beyanı

Asistan Doktor Berkant Sağır tarafından “ŞİZOFRENİ HASTALARININ PSİKOSOSYAL MODELİNİ ANLAMAYA YARDIMCI OLMADA BAĞLANMA KURAMI VE ZİHİN KURAMI” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma şekli ile verdiğim bilgilerin gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım 0531 274 08 04 telefon numarası verildi. İstediğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve klinik takibime yönelik bir değişiklik olmayacağı belirtildi. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme tarihi ve saat

Gönüllü Adı Soyadı / Tel / İmza

Ek-2. Olgu Veri Kayıt Formu

Tarih:...../...../ 20.. **Araştırmacı adı soyadı:**.....

Katılımcının

Niteliği : Hasta ____ Sağlıklı gönüllü ____ **Dosya no:**

Adı- soyadı:**Adresi:**.....

Yaşadığı Bölge: Şehir:.... İlçe:..... Kasaba:..... Köy:.....

Cinsiyeti 1. Erkek () 2. Kadın ()

Doğum tarihi **Yaşı**

Telefon: Ev/İş..... **Cep**

Meslek..... **İş durumu:** Son 6 aydır 1. Çalışıyor () 2.Çalışmıyor ()

Öğrenim Durumu : 1. Okur- yazar değil () 2. İlköğretim () 3. Lise () 4. Yüksekokul

Toplam Eğitim Yılı yıl

Medeni durum: 1.Evli() 2. Bekar () 3. Boşanmış () 4. Dul () **Çocuk sayısı**

Komorbide tıbbi hastalık:.....

(DM, HT, SVO, KAH, KKY, Tiroid patolojisi,)

Hastalık başlangıç yaşı:..... **Hastalık süresi :**.....

Psikiyatri servis yatışı Var () Yok ()

Psikiyatri servis yatışı varsa

.....**Yatış sayısı**..... **Yatış tarihleri/ tedavi yanıtı**

.....

.....

.....

Tedaviye başlamak için geçen süreyıl/.... ay

Hastalığın başlangıcından ilk ilacı alana dek geçen süre

. **Şimdiki tedavi:** Tedavi almıyor ☐ Tedavi alıyor ☐

Kullanmakta olduğu ilaç isimleri ve dozları :

..... mg/g almakta olduğu süre: /hafta-ay-yıl

..... mg/g almakta olduğu süre: /hafta-ay-yıl

..... mg/g almakta olduğu süre: /hafta-ay-yıl

..... mg/g almakta olduğu süre: /hafta-ay-yıl

..... mg/g almakta olduğu süre: /hafta-ay-yıl

..... mg/g almakta olduğu süre: /hafta-ay-yıl

Ekleme ve güçlendirme tedavisi Var () Yok ()

Antidepresan _____

Antipsikotik _____

Antidepresan + antipsikotik _____

Diğer kombinasyonlar _____

Özkıym girişimi: Var Yok

Özkıym girişimi sayısı/tipi :

Alışkanlıklar : Sigara:.....paket / gün / yıl

Alkol: 1. Kötüye kullanım () 2. bağımlılık () 3. yok ()

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

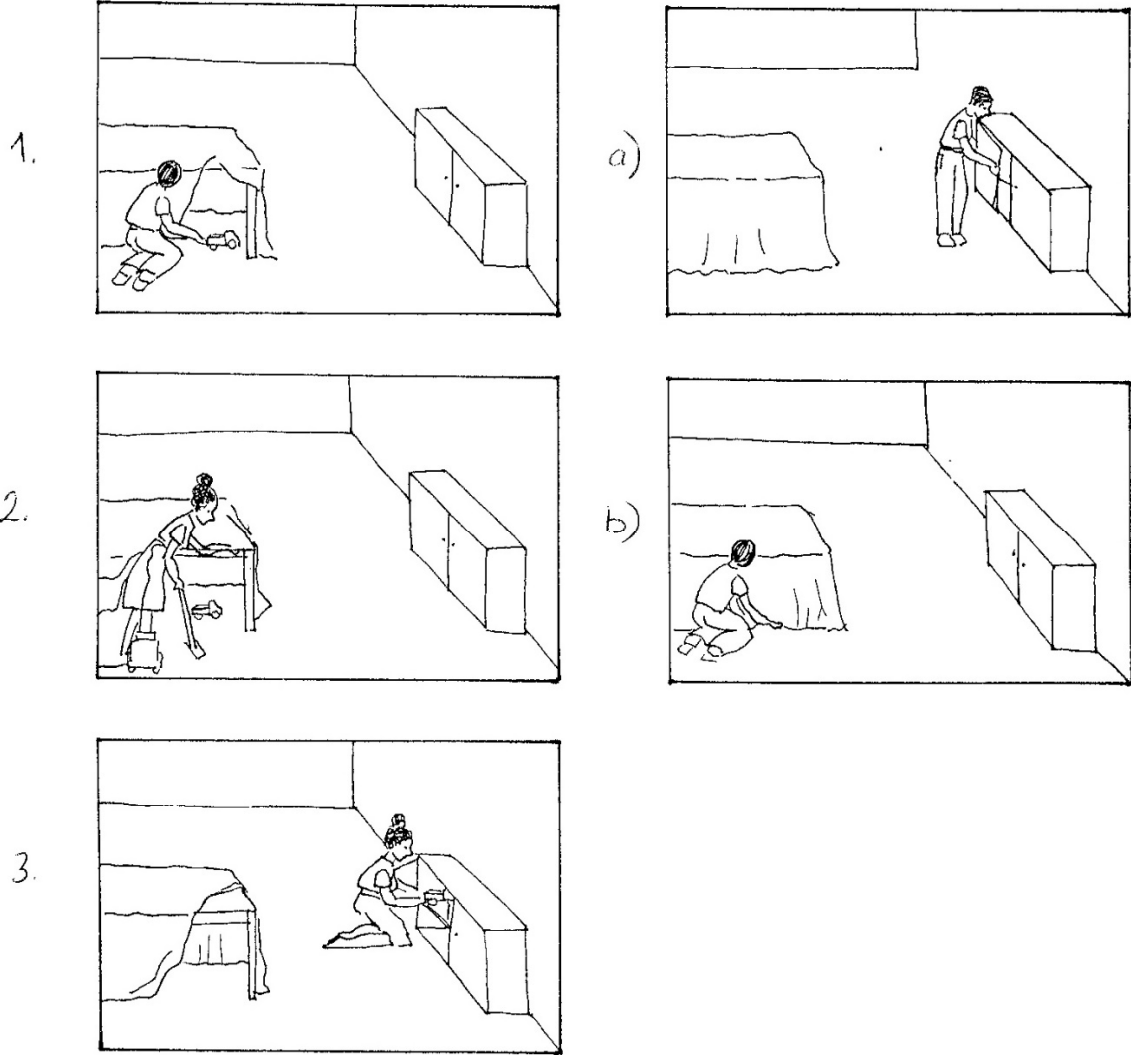
Diğer

Adli öykü: 1.var () 2.yok: ()

Ek-3. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ)

HİKAYE 1

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



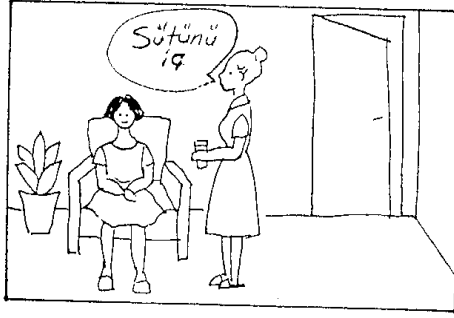
HİKAYE 2

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

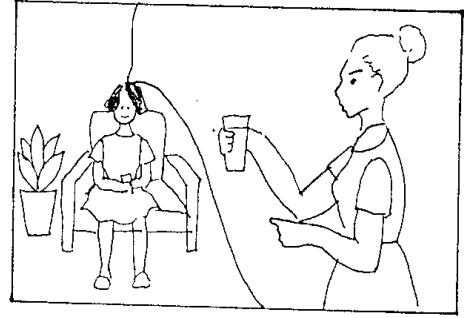
Ayşe Hemşire vizit sırasında, Doktor Ahmet Bey ile karşılaşır. Doktor Ahmet Bey, vizitin bitiminde, tahlil sonuçlarının hemen polikliniğe getirilmesini ister ve polikliniğe doğru yola çıkar. Doktor Ahmet Bey, yolda tahlil sonuçlarını almaya giden Mine Hemşire'yi görür. Mine Hemşire, sonuçları almaya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

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

1.



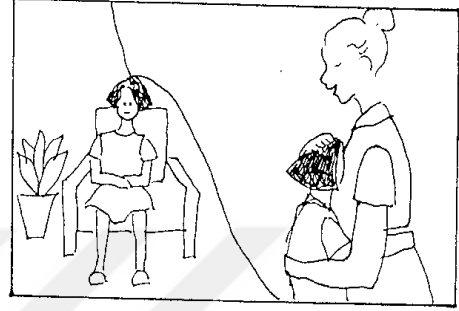
a)



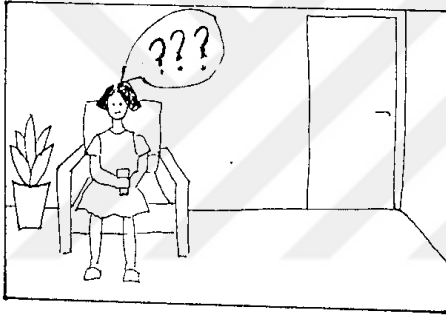
2.



b)



3.



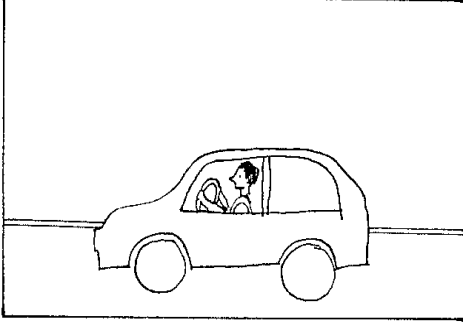
HİKAYE 3

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

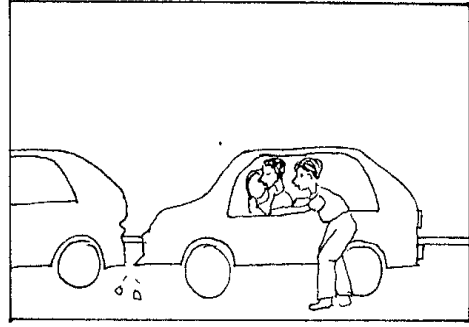
HİKAYE 4

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

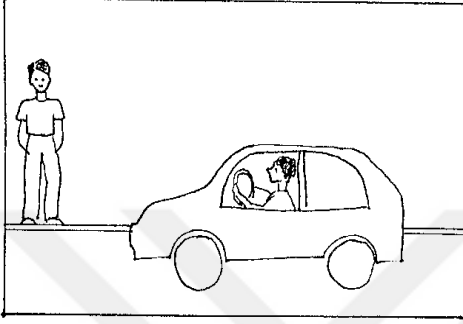
1.



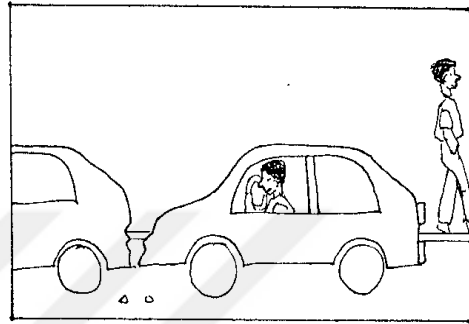
a)



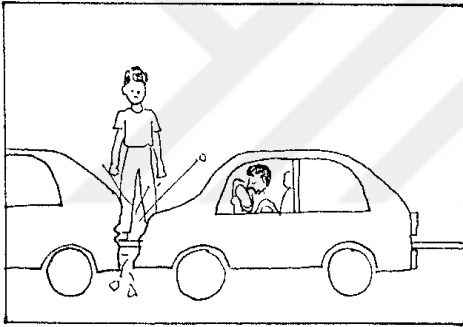
2.



b)



3.



HİKAYE 5

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

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

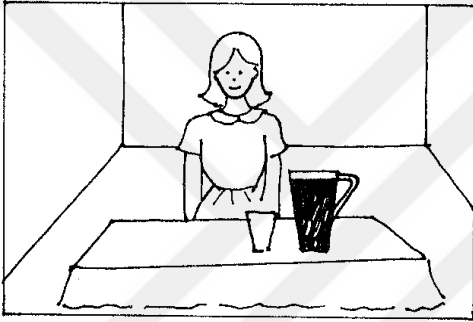
Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider.

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

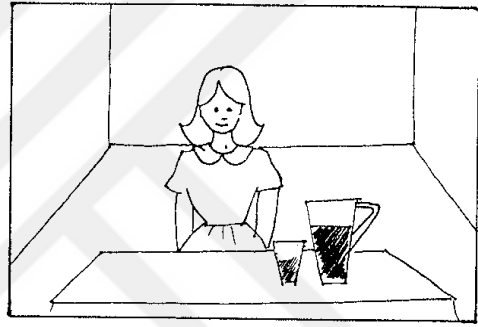
Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı kullanmakta olan Osman, arabayı park etmek için uzun bir süre yer bulamayınca çok sinirlenir.

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

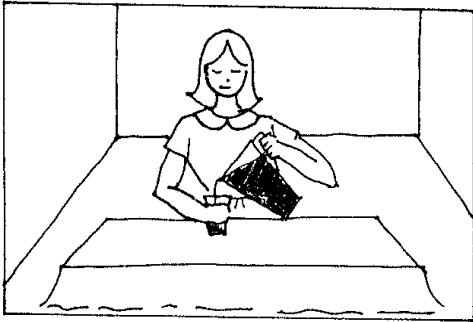
1.



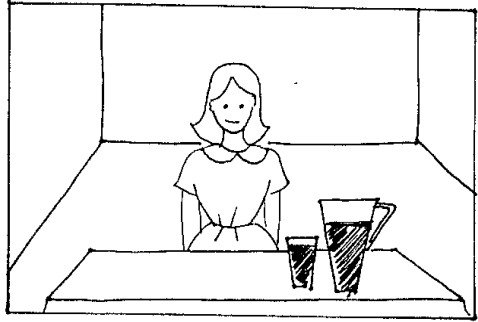
a)



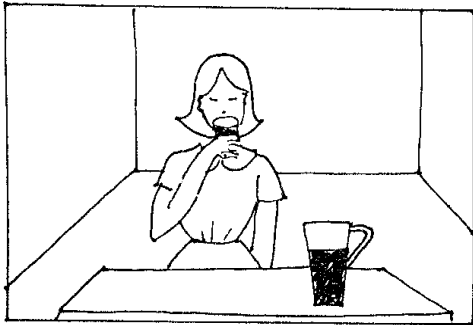
2.



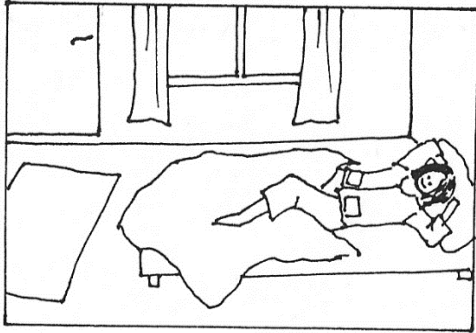
b)



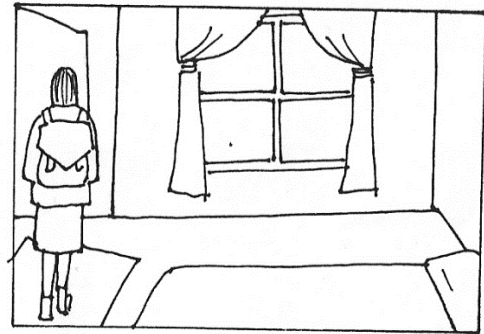
3.



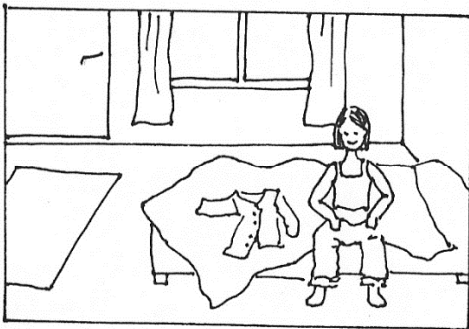
1.



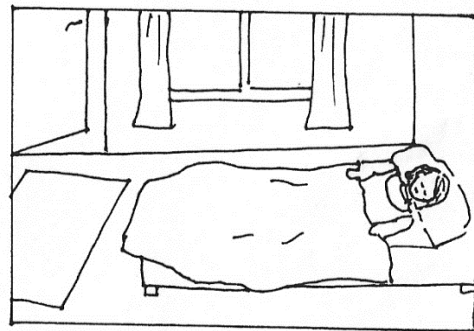
a)



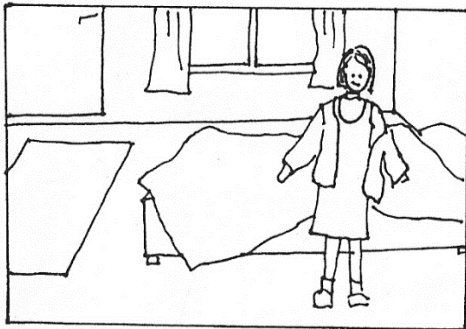
2.



b)



3.



HİKAYE 6

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

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

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

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

HİKAYE 7

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

DOKUZ EYLÜL ZİHİN TEORİSİ ÖLÇEĞİ

(DEZTÖ)

UYGULAYICI BÖLÜMÜ

YÖNERGE - HİKAYELER - SORULAR

1. YÖNERGE :

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

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

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

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

2. HİKAYELER - SORULARI:

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

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

RESİM 1 :

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

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

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

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

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

RESİM 2 :

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

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

SORU 5: Ahmet'in annesinin söylediği doğru mudur?

Ahmet'in annesi ne demek istemiştir?

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

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

RESİM 3 :

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

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

KONTROL SORU 1: Hafta sonları Osman ne yapmaktan hoşlanmaktadır?

KONTROL SORU 2: Hafta sonları Zeynep ne yapmaktan hoşlanmaktadır?

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

SORU 8: Osman neden alışveriş merkezine gitmeyi istemiştir?

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

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

KONTROL SORU 3: Osman şu anda nerededir?

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

KONTROL SORU 4: Osman anahtarı her zaman nereye bırakır?

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

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

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

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

SORU 12 : Osman'ın söylediği doğru mudur?

Osman neden böyle söylemiştir?

RESİM 4 :

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

RESİM 5 :

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

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

SORU 13 : Selim'in söylediği doğru mudur?

Selim neden böyle söylemiştir?

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

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

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

SORU 15 : Müdür burada ne anlatmak istemiştir?

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

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

HİKAYE 7: Canan, bayramda bir arada olmak için bütün akrabalarını evinde yemeğe davet eder. Canan'ın o kadar kalabalığa yetecek miktarda yemek yapması mümkün olmayacağından, her gelen kendi evinde pişirdiği bir çeşit yemeği getirir. Yemekten sonra

bulaşıkları yıkayan Canan’a kuzeni Merve yardım eder. İki bayan, yapılan yemeklerin ne kadar lezzetli olduğundan bahsederken; Canan, bilmeden, Merve’nin getirmiş olduğu “ karnıyarık ” yemeğini kast ederek: “ Ama o karnıyarığı kim yaptıysa o kadar yağlı yapmış ki görüntüsü bile midemi bulandırdı! ” der.

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

Söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimdir?

Canan’ın söylediği neden söylenmemesi gereken bir şeydir?

SORU 18 : Merve nasıl hissetmiş olmalıdır?



DEZTÖ YANIT CETVELİ

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
Kontrol Cevapları	1. 2. 3. 4. 5. 6.	Kontrol Toplam DEZTÖ Toplam

Ek-4. Psikoz Bağlanma Ölçeği

ÖZ-BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

Hepimiz diğer insanlarla nasıl ilişki kurduğumuz konusunda farklılık gösteririz. Bu ölçek diğer insanlarla ilişkilerde farklı düşünce, duygu ve davranış biçimlerini listeler.

Hayatınızdaki diğer önemli kişilerle genel olarak nasıl ilişki kurduğunuz hakkında düşünün, her bir ifadenin ne kadar sizi yansıttığını tik ile işaretleyerek lütfen belirtin. Önemli kişiler aile üyeleri, arkadaşlar, partner veya ruh sağlığı çalışanlarını içerebilir.

İfadelerin doğru veya yanlış cevabı yoktur.

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
1. Diğer insanların benim “gerçek” düşünce ve duygularımı bilmelerine izin vermemeyi tercih ederim.	(...)	(...)	(...)	(...)
2. Sorunlar ya da diğer zor durumlarla ilgili destek için diğer insanlara güvenmeyi kolay bulurum.	(...)	(...)	(...)	(...)
3. Eğer onlara ihtiyacım olduğunda diğer insanlar orada değilse üzgün, kaygılı veya kızgın olma eğilimindeyim.	(...)	(...)	(...)	(...)
4. Genellikle diğer insanlarla endişelerim ve sorunlarımı konuşurum.	(...)	(...)	(...)	(...)
5. Hayatımdaki önemli insanların gelecekte yanımda olmayacağı konusunda endişe duyarım.	(...)	(...)	(...)	(...)
6. Diğer insanlardan beni önemsedikleri konusunda bana güvence vermelerini isterim.	(...)	(...)	(...)	(...)

7. Diğer insanlar yaptığım herhangi bir şeyi uygun bulmazlarsa çok üzülürüm.	(...)	(...)	(...)	(...)
8. Sorunlarım ya da zorluklarım olduğunda diğer insanlardan yardım kabul etmekte zorlanırım.	(...)	(...)	(...)	(...)
9. Sıkıntılı olduğumda diğer insanlardan yardım istemek beni rahatlatır.	(...)	(...)	(...)	(...)
	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
10. Eğer diğer insanlar beni daha iyi tanırlarsa beni sevmeyeceklerinden endişe ederim.	(...)	(...)	(...)	(...)
11. Sıkıntılı hissettiğim zaman kendi başıma olmayı diğer insanlarla birlikte olmaya tercih ederim.	(...)	(...)	(...)	(...)
12. Diğer insanlarla ilişkilerim konusunda çok fazla endişelenirim.	(...)	(...)	(...)	(...)
13. Sıkıntılı durumlarla kendi başıma baş etmeyi denerim.	(...)	(...)	(...)	(...)
14. Diğer insanların canını sıkarsam artık beni tanımak istemeyeceklerinden endişe ederim.	(...)	(...)	(...)	(...)
15. Tek başıma sorunlar ve zor durumlarla baş etmek zorunda kalacağımdan endişelenirim.	(...)	(...)	(...)	(...)
16. Diğer insanlar beni daha iyi tanımak istediklerinde rahatsız hissederim.	(...)	(...)	(...)	(...)

Ek-5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövölme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiğı oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

Ek-6. PANNS

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklik Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İçeçekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							

N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İlgörü							

Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

Ek-7. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

- 1) **Depresyon:** Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta için- de, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?
 0. Yok
 1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
 2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: Her gün var
 3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum
- 2) **Umutsuzluk:** Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yok- sa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi, yoksa hâlâ çaba gös- termek için neden var mı?
 0. Yok
 1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hâlâ gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
 2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
 3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu
- 3) **Değersizlik duygusu:** Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görü- yorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?
 0. Yok
 1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor
 2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor, ama zamanın yarısından azında
 3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor
- 4) **Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri:** Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız ye- re suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçla- maları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)
 0. Yok
 1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez
 2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
 3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder
- 5) **Patolojik Suçluluk:** Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi ka- bahatlı bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünü- yor musunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
 2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
 3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder
- 6) **Sabah Depresyonu:** Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?
0. Yok: Depresyon yok
1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
 2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir
 3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir
- 7) **Erken Uyanma:** Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?
0. Yok: Erken uyanma yok
1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
 2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
 3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
- 8) **Özkiyim:** Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?
0. Yok
1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkiyim düşünceleri
 2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkiyim tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
 3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkiyim girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)
- 9) **Gözlenen Depresyon:** Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşme uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.
0. Yok
1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
 2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıklıkla, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
 3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

Ek-8: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Lütfen kişiyi **geçen ay boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz.**

Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:

	Yok	Hafif düzeyde	Görünür	Belirgin	Şiddetli şiddetli	Çok																												
a) sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	■	■	■	■	■	■																												
b) kişisel ve sosyal ilişkiler	■	■	■	■	■	■																												
c) öz-bakım	■	■	■	■	■	■																												
d) rahatsız edici ve agresif davranışlar	■	■	■	■	■	■																												
Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır: Bir tanesi a-c alanları için ve bir tanesi de d alanına özgüdür. <table><tr><th colspan="2">a-c alanlarının şiddet derecesi</th><th colspan="2">d alanında şiddetin derecesi</th></tr><tr><td>(I)</td><td>yok</td><td>(I)</td><td>yok</td></tr><tr><td>(II)</td><td>hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen</td><td>(II)</td><td>hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor</td></tr><tr><td>(III)</td><td>görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça edilebilen, ancak kişinin sosyo-kültürel yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler.</td><td>(III)</td><td>görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak fark veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda koşulları, konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi</td></tr><tr><td>(IV)</td><td>belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hâlâ şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse, daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir.</td><td>(IV)</td><td>belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret ciddi etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, her ne sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, bazı toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)</td></tr><tr><td>(V)</td><td>şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştire-hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur.</td><td>(V)</td><td>şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da mez olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak</td></tr><tr><td>(VI)</td><td>çok şiddetli, kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler</td><td>(VI)</td><td>çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan</td></tr></table>							a-c alanlarının şiddet derecesi		d alanında şiddetin derecesi		(I)	yok	(I)	yok	(II)	hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen	(II)	hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor	(III)	görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça edilebilen, ancak kişinin sosyo-kültürel yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler.	(III)	görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak fark veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda koşulları, konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi	(IV)	belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hâlâ şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse, daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir.	(IV)	belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret ciddi etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, her ne sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, bazı toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)	(V)	şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştire-hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur.	(V)	şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da mez olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak	(VI)	çok şiddetli, kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler	(VI)	çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan
a-c alanlarının şiddet derecesi		d alanında şiddetin derecesi																																
(I)	yok	(I)	yok																															
(II)	hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen	(II)	hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor																															
(III)	görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça edilebilen, ancak kişinin sosyo-kültürel yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler.	(III)	görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak fark veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda koşulları, konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi																															
(IV)	belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hâlâ şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse, daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir.	(IV)	belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret ciddi etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, her ne sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, bazı toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)																															
(V)	şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştire-hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur.	(V)	şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da mez olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak																															
(VI)	çok şiddetli, kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler	(VI)	çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan																															

PSP toplam s oru için ılavuzkur

- 71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır.
- 31-70: Bu dereceler değışen düzeylerdeki yetersizliğı yansıtır.
- 0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiğı çok kötü işlevselliğı yansıtır.
- 100-91: Dört alanın hepsinde mükemmel işlevsellik. İyi nitelikleri nedeniyle kendisine saygı gösterilir, yaşama ilişkin güçlüklerle yeterince başa çıkar, çok çeşitli ilgi alanları ve aktiviteler ile meşgul olur.
- 90-81: Dört alanın hepsinde iyi işlevsellik, yalnız sıradan problemler ve güçlüklerin bulunması 80-
- 71: **a-c** alanlarından birinde veya daha fazlasında hafif güçlükler
- 70-61: **a-c** alanlarından birinde veya daha fazlasında, görünür düzeyde ancak belirgin olmayan güçlükler ya da **d** alanında hafif güçlükler
- 60-51: **a-c** alanlarından birinde belirgin güçlükler ya da **d** alanında görünür düzeyde güçlükler
- 50-41: **a-c** alanlarından ikisinde veya daha fazlasında belirgin güçlükler ya da bir alanında şiddetli güçlükler, **d** alanında görünür düzeyde güçlüklerle birlikte olabilir veya olmayabilir
- 40-31: **a-c** alanlarından birinde şiddetli ve en azından bir alanda da belirgin güçlükler, ya da **d** alanında belirgin güçlükler
- 30-21: **a-c** alanlarından ikisinde şiddetli güçlükler, ya da **a-c** alanlarında bozukluk olsun ya da olmasın **d** alanında şiddetli güçlükler
- 20-11: **a-d** alanlarının hepsinde şiddetli güçlükler veya **a-c** genel alanlarında bir bozukluk olsun veya olmasın **d** alanında çok şiddetli güçlükler. Eğer kişi dışsal yönlendirmelere tepki veriyorsa önerilen skorlar 20- 16 arasındadır; eğer tepki vermiyorsa önerilen skorlar 15-11 arasındadır
- 10-1: Aşırı davranışlarla birlikte temel fonksiyonlarda otonomi yokluğu ancak yaşamsal risk olmaksızın (derece 6-10) veya beslenme bozukluğu, dehidratasyon, enfeksiyonlar, belirgin tehlike içeren durumları kavrayamamaya bağlı ölüm riski gibi yaşamsal risk ile birlikte (derece 5-1)

Skor

--	--	--

Ek-9. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

		Karar No:2017/04-13	Tarih:02.03.2017		
KARAR BİLGİLERİ		Prof.Dr.Berna Binnur AKDEDE'nin sorumlusu olduğu "Şizofrenide Bağlanma: Zihin Kuramı, Nörobilişsel İşlevler, Sosyal İşlevsellik ve Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI		Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Nejat</i>
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılacak</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılacak</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sevda</i>
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sülen</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Bilge</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Sefa</i>
Doç.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ayhan</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Katılacak</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Katılacak</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet</i>

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu