



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İNTİHAR  
OLASILIĞININ ZİHİN KURAMI BECERİLERİ VE  
ERKEN UYUMSUZ ŞEMALAR İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Helin KAN UZEL  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. ŞENEL TOT ACAR

MERSİN - 2020



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İNTİHAR  
OLASILIĞININ ZİHİN KURAMI BECERİLERİ VE  
ERKEN UYUMSUZ ŞEMALAR İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Helin KAN UZEL  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. ŞENEL TOT ACAR

MERSİN - 2020

## TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, hoşgörüsü ve pozitif enerjisiyle her zaman cesaretlendiren, hekimlik ve insani ilişkilerindeki deneyimlerine saygı ve hayranlık duyduğum başta değerli danışman hocam Prof. Dr. Şenel TOT ACAR'a,

Asistanları olduğum için şanslı hissettiğim, uzmanlık eğitimi sürecimin oldukça öğretici geçmesini sağlayan, bizlere huzurlu bir çalışma ortamı sağlayarak eğitimimiz için emek harcayan, engin bilgi ve mesleki deneyimlerini paylaşarak beni meslek hayatıma hazırlayan, her zaman her konuda anlayışlarını hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa Kemal Yazıcı, Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI, Dr. Öğr. Üyesi Dr. Eda ASLAN ve Öğr. Gör. Dr. Seda Türkili'ye, kısa bir süre de olsa asistanı olarak çalışma fırsatı bulduğum için mutlu olduğum değerli hocam Doç. Dr. Melike Nebioğlu Yıldız'a,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkılarda bulunan, tecrübelerinden yararlandığım Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı değerli öğretim üyeleri ve sevgili asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimimin ilk yılında asistanı olma şansını yakalayabildiğim için onur duyduğum İnönü Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Süheyla Ünal'a ve İnönü Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın diğer kıymetli öğretim üyelerine ve sevgili asistan hekimlerine,

Tez çalışmamda zaman ayırıp gönüllü olarak katılan tüm hastalara,

Tezimin oluşumunda katkısı olan Biyoistatistik Anabilim Dalı ve Dr. Öğrencisi Ragıp Onur Öztornacı'ya,

Asistanlık sürecim boyunca beraber çalışma fırsatı yakaladığım, güzel anılar biriktirdiğimiz ve biriktirmeye devam edeceğimize inandığım, büyük bir aile olduğumuzu hissettiren sevgili asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum sekreterlere, klinik hemşirelerine ve personellerine,

Üzerimde büyük emekleri olan, destek, sevgi ve özverilerini hiçbir zaman esirgemeyen hayattaki en büyük şansım canım aileme,

Ve varlıklarıyla bana her zaman güç veren, kendilerine olan sevgimi bir cümlede ifade edemeyeceğime inandığım, motivasyon kaynaklarım canım eşim ve kızıma,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Dr. Helin Kan Uzel

Mersin, 2020

## İÇİNDEKİLER

ÖZET	5
ABSTRACT	7
1. GİRİŞ VE AMAÇ	9
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. Şizofreni	11
2.1.1. Tanım	11
2.1.2. Tarihçe	11
2.1.3. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri	12
2.2. Şizofreni Ve İntihar	16
2.3. Zihin Kuramı	18
2.4. Şizofreni ve Zihin kuramı	20
2.5. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	21
2.6. Şizofreni ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	28
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	30
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.2. Veri Toplama Araçları	31
3.2.1. Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu	31
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	32
3.2.3. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği	32
3.2.4. Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3	33
3.2.5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	34
3.2.6. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)	35
3.3. İstatiksel Analiz	35
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇLAR	65
7. KAYNAKLAR	68
8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	85
9. TABLOLAR DİZİNİ	86
10. EKLER DİZİNİ	88
EK 1. BGOF Hasta	88
EK 2. BGOF Hasta Yakını	92

Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu	96
Ek 4. PANSS Tablo	100
Ek 5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	101
Ek 6. İOÖ İntihar Olasılığı Ölçeği	103
Ek 7. Young Şema Ölçeği	105
Ek 8. DEZTÖ Ölçeği	111
Ek 9. Etik Kurul Onayı	125



## ÖZET

### Şizofreni Tanılı Hastalarda İntihar Olasılığının Zihin Kuramı Becerileri ve Erken Uyumsuz Şemalar ile İlişkisi

#### Giriş:

Şizofreni hastalarında intihar risk faktörlerinin tanınması, hasta tedavisini planlamada ve şizofreni hastalarında intihar insidansını azaltmada ileri yaklaşımlar açısından hayati öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, geçmişte intihar girişimi olan ve olmayan şizofreni hastalarında sosyodemografik değişkenleri, güncel intihar olasılıkları, zihin kuramı ve erken dönem uyumsuz şemaları karşılaştırmak ve şizofreni hastalarında intihar girişimi ile ilgili bilgilerin artmasına katkıda bulunmaktır.

#### Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Mart 2019-Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışlanma kriterlerini karşılayan DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5) tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış geçmişte intihar girişimi öyküsü olan 52 hasta ve geçmişte intihar girişim öyküsü olmayan 58 hasta dahil edilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) , Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3), Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) ile toplandı.

#### Bulgular:

İntihar girişimi olan grupta hastalık süresi ve tedaviye başlamak için geçen süre intihar girişimi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede uzundu. İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji ve genel toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. İntihar girişimi olanların CŞDÖ puanları, intihar girişimi olmayanların CŞDÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Gruplar arasında İÖÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. CŞDÖ ile İÖÖ'nin 'umutsuzluk' ve 'düşmanlık' alt boyutları arasında pozitif, 'intihar düşüncesi' ve 'olumsuz kendilik değerlendirmesi' alt boyutları arasında negatif yönde ilişki tespit edildi. Gruplar arasında zihin kuramı

alt ölçeklerinden olan birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç, ironi ve metafor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu. İntihar girişimi olan grupta zihin kuramı alt ölçeği olan 'empatik anlayış performansı' intihar girişimi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyiydi. Çalışmamızda intihar girişimi olan grubun tüm şema boyutlarındaki skorlar, intihar girişimi olmayan grubun puanlarından daha yüksekti. Erken dönem uyumsuz şemaların yaşam boyu intihar girişimi ile olan ilişkisini incelemek için depresyon, PANSS ve sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum) değişkenleri sabitleyerek yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda 'başarısızlık şeması' intihar girişimi ile ilişkili bulundu.

### **Sonuç:**

Şizofreni tanılı hastalarda erken dönem uyumsuz şemalardan olan 'başarısızlık şeması' ve zihin kuramı alt ölçeği olan 'empati' intihar girişiminde rol oynayabilir. İntihar girişiminin erken dönem uyumsuz şemalar ve zihin kuramı becerileri ile olan ilişkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için uzunlamasına ve daha büyük örneklemeler ile çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler: depresyon, erken dönem uyumsuz şemalar, intihar, şizofreni, zihin kuramı**

## **ABSTRACT**

### **The Relationship of Suicide Probability with Theory of Mind And Early Maladaptive Schemas in Patients with Schizophrenia**

#### **Introduction:**

Recognition of risk factors for suicide in schizophrenia patients is crucial for advanced approaches in planning patient treatment and reducing the incidence of suicide in schizophrenia patients. The aim of this study is to compare the sociodemographic variables, current suicide possibilities, theory of mind and early maladaptive schemas in schizophrenia patients with and without previous suicide attempts and to contribute to the increase of knowledge on suicide attempts in schizophrenia patients.

#### **Materials and Methods:**

The study included 52 patients with a history of suicide attempt and 58 patients without a history of suicide attempt who were admitted to the Adult Psychiatric Outpatient Clinic of Mersin University, Faculty of Medicine Training and Research Hospital between March 2019 and July 2019, met the study inclusion and exclusion criteria, and were diagnosed with schizophrenia according to the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) diagnostic criteria. The data were collected with a sociodemographic data form prepared by the researcher, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), Suicide Probability Scale (SPS), Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-SF3), and Dokuz Eylul Theory of Mind Index (DEToMI), the validity and reliability studies of which were previously performed.

#### **Results:**

The duration of illness and time to onset of treatment were significantly longer in the suicide attempt group than in the non-suicide attempt group. There was no statistically significant difference between the suicide attempt and non-suicide attempt groups in terms of PANSS positive, negative, overall psychopathology and overall total scores. The CDSS scores of those with suicide attempt were statistically significantly higher than the CDSS scores of those without suicide attempt. There was no statistically significant difference between the groups in terms of total SPS score. There was a positive correlation between the "hopelessness" and "hostility" sub-dimensions of the CDSS, while there was



a negative correlation between the "suicidal ideation" and "negative self-evaluation" sub-dimensions. There was no statistically significant correlation between the groups' first-order false belief, second-order false belief, irony, and metaphor scores, which are the subscales of the theory of mind index. The 'empathic understanding performance', which is a subscale of the theory of mind index, was statistically significantly better in the suicide attempt group than in the non-suicide attempt group. In our study, the scores of the suicide attempt group in all schema dimensions were higher than the scores of the non-suicide attempt group. As a result of the logistic regression analysis by fixing depression, PANSS and sociodemographic variables (age, gender, educational status and marital status) to examine the correlation of early maladaptive schemas with lifelong suicide attempt, the 'failure schema' was found to be correlated with suicide attempt.

**Conclusion:**

In patients diagnosed with schizophrenia, the 'failure schema', which is one of the early maladaptive schemas, and 'empathy', which is a subscale of the theory of mind index, may play a role in suicide attempt. Longitudinal studies with larger samples are needed to better understand the correlation of suicide attempt with early maladaptive schemas and theory of mind skills.

**Keywords: depression, early maladaptive schemas, suicide, schizophrenia, theory of mind,**

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bugüne kadar, şizofrenide intihar ve intihar düşüncesi ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda şizofreni tanılı hastalarda intihar ve intihar fikri üzerine yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi bazı sosyodemografik faktörlerin etkisi araştırılmıştır. Yanı sıra, intihar riskini etkileyen faktörler olarak, önceki intihar girişimi / düşüncesi, içgörü düzeyi ve hastalığın başlayış ve gidişi ile ilgili özellikler tanımlanmıştır. Bu tanımlanan risk faktörleri bazı çalışmalarla desteklenirken, bazı çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur <sup>1, 2</sup>.

Sosyal biliş, kişinin kendisiyle diğerleri arasındaki ilişkinin tasarımlarını yapılandırma ve sosyal davranışları esnek bir şekilde yönlendirmede kullanılan becerilerin tümünü anlatır. Sosyal biliş; sosyal bilgi, sosyal algı, duygu tanıma, atıfsal yanlılık ve zihin kuramı alt başlıklarından oluşmaktadır. Şizofrenide incelenmesi önerilen sosyal bilişin temel alanlarından birisi de zihin kuramı (ZK) kavramıdır <sup>3</sup>. Zihin kuramı, niyetler, inançlar veya duygular gibi başkalarının zihinsel durumlarını anlayabilme ve diğer insanların kendi inancından farklı inançlara sahip olabileceğinin bilincine varma yetisidir. Bu kuramın sosyal etkileşim ve iletişim için çok önemli rolü olduğu belirtilmiştir <sup>4</sup>

ZK'yı değerlendirmek için kullanılan görevlerin heterojenitesi hesaba katıldığında bile güçlü kanıtlara dayanılarak, bu yeteneğin, şizofreni hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla bozulmuş olduğu gösterilmiştir <sup>5</sup>.

Frith, hastalığa özgü klinik belirtiler ortaya çıkmadan önce zihin kuramının normal olarak geliştiğini ve şizofreni semptomlarının gelişiminin daha sonra zihin kuramının bozulmasıyla anlaşılabilirliğini öne sürer <sup>6, 7</sup>.

Frith'in modeline göre şizofreni semptomları, başkalarının zihinsel durumlarının bilişsel olarak yanlış yorumlanması olarak açıklanabilir ve kişinin kendisinin ve diğerlerinin davranış ve zihinsel durumlarını gözlemlemesindeki bozulmaya dayandırılabilirliği ileri sürülmektedir <sup>6, 8</sup>.

Şizofrenide zihin kuramı becerilerini inceleyen sistematik gözden geçirmeler ve meta-analizlerin büyük bir çoğunluğu şizofreni hastalarının zihin kuramı yetilerinin bozulmuş olduğunu göstermiştir <sup>5, 9, 10, 11</sup>.

Young, erken dönem uyumsuz şemaları (EDUŞ'lar) olarak adlandırılan kararlı yapılar belirlemiştir. Şema teorisi, psikopatolojiye ilişkin olarak faydalı olabilecek bir modeldir. Bu modele göre, EDUŞ'lar, acı deneyimlere (örneğin, çocukluk çağı travması ve güvensiz bağlanma) maruz kalma nedeniyle çocukluk çağında tetiklendiği düşünülen hatıraları, duyguları, bilişleri ve bedensel duyuları içerir. EDUŞ'lar, kişinin kendisiyle ve diğerleriyle iletişimiyle ilgili uyumsuz örüntüler olarak kabul edilir <sup>12</sup>. Şizofrenideki EDUŞ'larla ilgili olarak Bortolon ve ark., şizofreni hastalarının; duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk, iç içe geçme, başarısızlık ve boyun eğme şemalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek puanlar aldıkları bulgusuna ulaşmıştır. Ayrıca, güvensizlik/istismar şemasının, depresyonun ötesinde pozitif semptomları yordadığını tespit etmişlerdir. Ayrıca EDUŞ'ların hiçbirinin negatif semptomlarla ilgili olmadığını ortaya koymuşlardır <sup>13</sup>.

Bu çalışmanın amacı şizofreni tanılı hastalarda intihar girişimi için risk faktörü olabileceği düşünülen zihin kuramı becerileri ve erken dönem uyumsuz şemaları incelemek ve şizofreni hastalarında intihar davranışı ile ilgili bilgilerin artmasına katkıda bulunmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni

#### 2.1.1. Tanım

Şizofreni; yetiyetimine yol açan, dünya nüfusunun önemli bir bölümünü etkileyen, davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, görünümü hastadan hastaya ve zamanla değişkenlik gösteren derinden yıkıcı psikopatolojik etkileri olan klinik bir sendromdur <sup>14</sup>.

#### 2.1.2. Tarihçe

Psikiyatrik hastalıklar M.Ö. 400'lü yıllarda ilk defa Hipokrat tarafından, tıbbi bir durum olarak ele alınmıştır. M.S. birinci ve ikinci yüzyıllarda yaşamış olan hekim Aretaeus ve Soranus, yazılarında günümüzde şizofreni olarak tanı konulabilecek vakaları tanımlamışlardır <sup>14</sup>.

Ortaçağ Avrupası'nda psikiyatrik belirtileri olan kişilerin lanetlenmiş olduğuna inanılmış ve bu kişiler belirgin olarak tecrit edilip işkencelere maruz kalmış hatta diri diri yakılmışlardır. Aynı dönemde İslam dünyasında hekimler ruh hastalarına karşı hoşgörülü davranmış, Bağdat ve Kudüs gibi şehirlerde hastaneler inşa edilip hastalara buralarda tedavi ve bakım sağlanmıştır <sup>15</sup>.

Genç erişkinleri etkileyen dejeneratif, gittikçe ağırlaşan ve kalıtlılabir bir sendrom olarak tanımladığı "Démence précoce" (Latince; "erken bunama") terimini ilk kez Belçikalı hekim Morel 1856 yılında yayımladığı kitabında kullanmıştır <sup>16</sup>. "Dementia Praecox" terimini ilk kullanan kişi Benedict Morel olmasına rağmen, bu terimin hastalık olarak tanımlanması Kraepelin tarafından yapılmıştır. Emil Kraepelin, o dönemde şizofreniyi "erken yaşamın demansı" olarak nitelendirdi ve paranoid, hebefreni ve katotonili hastaları değerlendirerek bunların birbirinden farklı ruhsal hastalıklar olmadığı, aslında tek bir hastalığa ait farklı klinik görünümler olduğunu öne sürerek hepsini "Dementia Praecox" başlığı altında toplamıştır <sup>17</sup>. Hastalığın sonlanışına göre ise hastaları, yıkım gösteren (dementia praecox) ve yıkım göstermeyen (manik-depresif psikoz) olmak üzere ikiye ayırmıştır <sup>18</sup>.

İsviçreli bir psikiyatrist olan Eugen Bleuler Kraepelin'in Dementia Praecox (erken bunama) olarak tanımladığı durum için en önemli noktanın kişinin ruhsal

hayatındaki yarılma (schisme) olduğunu ileri sürmüştür. Bu durumu vurgulamak için aklın bölünmesi, yarılması anlamına gelen “şizofreni” terimini 1911'de Berlin'deki bir psikiyatri konferansında tanıttı. Bleuler, Kraepelin'in sandığı gibi her olguda erken yaşta başlamasının ve demans ile sonuçlanmasının beklenen son olmadığını, hastalığın seyrinin değişkenlik gösterebileceğini belirtmiştir. Ayrıca Bleuler, “şizofrenide 4A belirtisi” olarak geçen temel belirtileri tanımlamıştır. Bunlar, **Autism** (otizm), **ambivalans** (birbirine zıt duygu, düşüncelerin ve eğilimlerin olması), **asosiasyon** (çağrışımlarda çözülme) ve **affekt** (anormal duygulanım) bozukluklarıdır <sup>16, 19</sup>.

1930'larda Kurt Schneider, düşünce çalınması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylenmesi, kendi arasında tartışan sesler, yorum yapan sesler, bedenin dış güçler tarafından etkilenmesi gibi bir grup sanrı ve varsanılardan oluşan bir grup belirtiyi ‘birinci sıra belirtileri’ olarak adlandırmış ve şizofreni tanı ölçütleri olarak bunlara öncelik vermiştir <sup>16</sup>.

Yıllar geçtikçe, bu alanda çalışanlar şizofreni türlerini sınıflandırmayı denemeye devam etti. 1950'li yıllarda ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan ICD (Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırılması) kitabında şizofreni grubu hastalıklara yer verilmiştir. Günümüzde kullanılmakta olan ICD 10 ve DSM 5 sınıflandırma sistemleri de bu tanıyı içermektedir.

### **2.1.3. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri**

Psikiyatri kaynakları, uzun yıllar boyunca şizofreninin yaşam boyu tüm toplumlarda görülme oranını %1 olarak vermiştir. Son on yılda yapılan araştırmalar toplumların özelliklerine göre, şizofreni yaygınlığının geniş bir aralıkta dağılımı olduğunu göstermektedir <sup>20</sup>.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geniş alan çalışmasında şizofreni ve şizofreniform bozukluğun bir yıllık yaygınlığı % 1 ve yaşam boyu yaygınlığı ise % 1,5 olarak saptanmıştır <sup>16</sup>.

Türkiye'de psikoz yaygınlığı üzerine yapılmış bir meta-analizde genel toplumda şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak bulunmuştur <sup>21</sup>. Bu oran,

Saha ve ark.'nın farklı ülkelerde yapılmış araştırmaların sonuçlarına dayanan bir sistematik gözden geçirme ile bildirdiği değerden (1000 kişide 4.0) daha yüksektir <sup>22</sup>.

Geçmişte kadın-erkek arasında hastalığın sıklığı ya da yaygınlığı bakımından önemli fark olmadığı düşünülürken, son yıllarda erkeklerde daha sık görüldüğü, erkek/kadın oranının farklı çalışmalarda 0.9 ile 2.4 arasında olduğu bildirilmektedir <sup>23</sup>.

Hastalığın başlama yaşı ve gidişi her iki cinsiyette farklılık gösterir. Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar. şizofreni tanılı erkeklerin yarısından daha fazlasına karşın, şizofreni tanılı kadınların sadece üçte biri 25 yaşından önce ilk kez bir psikiyatri bölümünde yatırılır. Hastalığın tepe başlama yaşı erkekler için 10–25, kadınlar için 25–35 yaştır<sup>24</sup>. Ortaya çıkma yaşı kadınlarda orta yaşlarda ikinci bir zirve yapar. Kadın hastalarda gidiş, erkeklere göre daha iyidir <sup>16</sup>.

Bugüne dek, şizofreni etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Buna rağmen genetik, beyin görüntüleme, nörokimya, nöropatoloji, ölüm sonrası yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular sayesinde önemli bilgiler elde edilmiştir <sup>18</sup>. Günümüzde, hastalığın oluşmasında genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir şekilde rol oynadığı kabul edilmektedir.

Aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları, şizofreni gelişiminde genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığını ve yaklaşık % 60-80 oranında kalıtılabilir bir hastalık olduğunu göstermiştir. Tek yumurta ikizlerinin birinde şizofreni görülmese durumunda diğerinde şizofreninin ortaya çıkma olasılığının % 50' ye yakın olması aynı zamanda çevresel etkilerin de önemini ortaya koymaktadır. Genetik ilişkiye rağmen, spesifik genlerin tanımlanması kolay olmamıştır. Çalışmalar bir dizi önemli kromozomal bölge tanımlamıştır, ancak şimdiye kadar hastalığa spesifik bir gen varyantı bulunamamıştır <sup>25</sup>.

Hastalığın gelişiminde nedensel yollar karmaşıktır. Nörogelişimsel varsayımda, perinatal veya prenatal dönemde oluşan erken beyin hasarının yaşamın sonraki evrelerinde şizofreni ile sonuçlandığı düşünölmektedir <sup>26</sup>. Yapılan çalışmalar ile şizofreni etiyolojisinde; doğum mevsimi (geç kış, erken ilkbahar), anne karnında influenza tip A2'ye (ve belki de toksoplazmoz dahil diğer bazı enfeksiyonlara) maruz kalma, prenatal dönemde anne anemisi, annede açlık, düşük D vitamini, anne stresi, hamilelik ve doğum komplikasyonları, kentsel

doğum / yetiştirme, göç etme, etnik azınlık grubunda olma, madde bağımlılığı, ileri baba yaşı gibi genetik olmayan çevresel risk faktörleri tanımlanmıştır<sup>27</sup>.

Günümüzde şizofreni tanısı sıklıkla, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı sınıflandırma kitabı olan DSM-5 tanı kriterlerine göre konmaktadır. Şizofreni DSM-5 kitapçığında 'Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar' başlığı altında yer almaktadır.

### **DSM-V Şizofreni 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. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar

2. Varsanılar

3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmas konuşma)

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

5. Silik (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 silik (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. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikuçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (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 en az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili 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 konur.

Varsa belirtiniz:

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk ancak bir yıl sürdükten sonra ve tanısız gidiş ölçütüyle çelişmemeleri durumunda kullanılmak üzere tasarlanmıştır:

**İlk dönem, o sırada akut dönemde:** Bu bozukluğun tanımlayıcı tanısız belirti ve zaman ölçütünü karşılayan ilk ortaya çıkışıdır. Akut dönem, belirti ve tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

**İlk dönem, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren:** Tam olmayan bir yatışma, önceki dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bu bozukluğun tanımlayıcı tanı ölçütlerinin yalnızca bir bölümünün tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

**İlk dönem, o sırada tam bir yatışma gösteren:** Tam bir yatışma, önceki dönemden sonra, bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin kalmadığı zaman dilimidir.

**Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde:** En az iki dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir (ilk dönemden sonra bir yatışma ve en az bir kez depresme).

**Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren**

**Çoğul dönemler, o sırada tam bir yatışma gösteren**

**Sürekli:** Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin büyük bir kesiminde bulunur ve bu süreçte eşikaltı evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.

**Belirlenmemiş**

Varsa belirtiniz:

**Katatoni ile giden** (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni için tanı ölçütlerine başvurun, tanım için s.58-59)

**Kodlama notu:** Katatoni eştanısının varlığını belirtmek için 293.89 (F06.1) şizofreniye eşlik eden katatoni ek kodunu kullanın.



O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Bu bozukluğun ağırlığı, sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma, olağandışı psikodevinsel davranışlar ve silik (negatif) belirtileri kapsayan birincil psikoz belirtilerinin nicel değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu belirtilerden her biri, o sıradaki ağırlığına göre (son yedi gün içinde en ağır olmak üzere), 0'dan (belirti yok), 4'e (belirti var ve ağır) dek değişen, 5 değerli bir ölçek üzerinden ölçülebilir. (DSM-5'te, Anabölüm III'te 'Değerlendirmeye Yönelik Ölçme Gereçleri' bölümünde, Psikoz Belirtisi Ağırlığının Klinisyenlerce Ölçülen Boyutları'na bakınız.)

Not: Şizofreni tanısı, ağırlık belirleyicisi kullanılmadan da konabilir <sup>28</sup>

## 2.2. Şizofreni Ve İntihar

İntihar "kişinin duygusal, ruhsal ya da sosyal nedenlerin etkisiyle kendi hayatına son vermesi" olarak tanımlanmaktadır <sup>29</sup>. İntihar riski, intihar fikrinden (düşünceler, niyet ve planlar) tamamlanmış intihar girişimlerine kadar uzanan bir süreçtir <sup>30</sup>.

Komorbid depresyon ve intihar davranışı öyküsü şizofreni hastalarında intihar riskine önemli bir katkıda bulunmaktadır <sup>31, 32, 33</sup>.

Şizofreni hastalarında en önemli ölüm nedeni intihardır <sup>29</sup>. Genel nüfusla karşılaştırıldığında, şizofreni hastaları 8,5 kat daha fazla intihar riskine sahiptir. Şizofreni hastalarında % 20–50 arasında bir intihar girişimi öyküsü vardır ve % 4–13'ü intihar sonucu yaşamlarını kaybetmektedir <sup>34</sup>.

Şizofreni hastalarında intihar girişimlerinden önce herhangi bir uyarı olmaması veya intihar niyetinin ifade edilmemesi de bu hastalarda intihar girişiminin öngörücü faktörlerinin belirlenmesini zorlaştırmaktadır <sup>35</sup>.

Şizofreni eş zamanlı görülen depresyonun; çok sayıda hastane yatış öyküsü bulunan, çok sayıda ilaç kullanan hastalarda daha fazla ortaya çıktığı bildirilmektedir. Ayrıca bu durumun, erken nüks ve şizofreninin kötü sonlanımıyla ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır <sup>36</sup>. Şizofrenide eşzamanlı görülen depresyon, hastanın psikososyal işlevselliğini daha da azaltmakta ve intihar davranışı için önemli bir risk faktörü haline gelmektedir <sup>31, 37</sup>. Depresif belirtiler, psikotik ataklar da dahil olmak üzere hastalığın tüm aşamalarında ortaya çıkabilir ve kayıp ve umutsuzluk temalarıyla ilişkili olabilir <sup>38</sup>.

Yapılan birçok çalışmada şizofreni hastalarında içgörünün iyi olması,

tedavi uyumunu ve klinik gidişatı olumlu yönde etkilese de aynı zamanda umutsuzluk, depresyon ve intihar düşüncelerini arttırmaktadır<sup>39, 40</sup>.

Şizofreni hastalarında intihar riski, hastalığın başlangıcında ya da ilk hastane yatışından sonra daha sıktır<sup>41</sup>. Yapılan bazı çalışmalarda psikiyatrik tanı aldıktan sonraki ilk bir sene, özellikle de ilk üç ayda intihar riskinin yüksek olduğu; ancak şizofreniye madde kullanımı eşlik ettiğinde intihar riskinin tanı alma zamanından bağımsız olarak her zaman yüksek olduğu belirtilmiştir<sup>42</sup>.

Klinik yansımalar daha fazla pozitif semptomu<sup>32, 43, 44</sup>, daha az negatif semptomu<sup>32, 45</sup>, daha fazla içgörü düzeyi<sup>46, 47</sup> ve eşlik eden madde kötüye kullanım bozukluğu<sup>48</sup> olan hastaların intihar girişimi riskinin daha fazla olduğunu ön görmemize yardımcı olmaktadır.

Genç olma (sıklıkla 30 yaşın altında), erkek olma, geçmişte ve şimdi depresyonun varlığı, evlenmemiş olma, önceki intihar girişimleri, yavaş başlangıç, sosyal izolasyon, mental yıkım endişesi, umutsuzluk, paranoid şizofreni tablosunun varlığı, madde kötüye kullanımı, kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışları, işsizlik, çok sayıda alevlenme ile hastalığın kronikleşmesi, ailede intihar öyküsü, ajitasyon ve dürtüsellik, intihar düşüncesinde dalgalanmalar, ilaçların neden olduğu ekstrapiramidal semptomlar, sık relapslar ve tekrarlayan hastane yatışları, tedaviye yönelik olumsuz tutumlar ve azalmış tedavi uyumu, sağlık personeli ile ilişkide zorluk gibi faktörler, şizofrenide intihar için risk etkenleri olarak kabul edilmektedir<sup>37</sup>.

Yapılan bir çalışmada ailede intihar girişimi öyküsü, şizofreni hastalarında ölümcül ve çok sayıda intihar girişiminde bulunma riskini 3,2 kat arttırdığını göstermiştir<sup>49</sup>.

Daha uzun hastalık süreleri olan hastalar intihar girişiminde bulunmaya daha yatkındır<sup>50</sup>.

Çocukluk çağı travması ile intihar girişimi arasında bir korelasyon olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır<sup>51, 52, 53, 54</sup>.

Bir vaka kontrol çalışmasında intihar girişimi olan 50 hasta ile intihar girişimi olmayan 50 hasta karşılaştırılmış ve Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği kullanılarak intihar girişimi olan grupta fiziksel istismar ve ihmal, duygusal istismar ve ihmal, cinsel istismar ve total travmanın diğer gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir<sup>52</sup>.

Şizofreni tanılı kişilerde, yüksek zeka ve yüksek eğitim düzeyi artmış

intihar riski ile ilişkili bulunmuştur <sup>55</sup>.

Hastalığın ilk 10 yılı boyunca şizofreni hastaları yüksek intihar riski taşımaktadır, ancak bu risk hastalığın alevlenme dönemlerinde daha fazladır <sup>31</sup>, <sup>56, 57</sup>.

Şizofreni tanılı 200 hastanın 40 yıllık takiplerinde intihara bağlı mortalite oranları şöyleydi: İntihar nedeniyle ölen hastaların % 44'ü ilk on yıl içinde, % 22'si ikinci on yıl içinde ve diğer % 22'si üçüncü on yıl içinde hayatlarını kaybetmişlerdi <sup>58</sup>.

### 2.3. Zihin Kuramı

2002 yılında Şizofrenide Bilişi İyileştirme Ölçme ve Tedavi Araştırması (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition Schizophrenia, MATRICS) kapsamında, şizofreni hastalarında işlem hızı, dikkat / uyanıklık, çalışma belleği, sözlü öğrenme, görsel öğrenme, akıl yürütme /problem çözme ve sosyal bilişi içeren 7 farklı bilişsel alanda bozulma olduğunu ve bu alanların incelenmesi gerektiğini önermiştir <sup>59</sup>.

Bu alanları şizofreni hastalarında inceleyen önceki araştırmalar, nörobilişsel yapı ve sosyal bilişsel yapılar arasında farklılaşmıştır <sup>60, 61</sup>.

Temel biliş olarak da bilinen nörobiliş, yukarıda belirtilen yedi alanın ilk altısını kapsar. Sosyal biliş, kişinin kendisiyle diğerleri arasındaki ilişkinin tasarımlarını yapılandırmada ve sosyal davranışları esnek bir şekilde yönlendirmede kullanılan becerilerin tümünü anlatır. Sosyal biliş sosyal bilgi, sosyal algı, duygu tanıma, atıfsal yanlılık ve zihin kuramı alt başlıklarından oluşmaktadır <sup>3</sup>. Sosyal bilişin önemli bileşenlerinden olan zihin kuramı (ZK) ise, zihinsel durumları bir başkasının davranışlarını anlamak ve öngörmek için kendine ve başkalarına atfetme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır <sup>62</sup>.

Zihin Kuramı; kişinin kendisinin ve diğer bireylerin isteklerini, inançlarını, niyetlerini, davranışsal eğilim gibi zihinsel durumlarını anlayabilme yetisi ve zihinsel olarak bunları temsil edebilme, ayrıca başkalarının kendisinden farklı bakış açılarına sahip olabileceğini ayırt edebilme becerisini içermektedir <sup>63</sup>.

Zihin kuramı terimi ilk kez primatolog olan Premack ve Woodruff tarafından tanımlanmış, şempanzelerde türdeşlerinin isteklerini, inançlarını ve tutumlarını

zihinsel olarak anlayıp tepkilerini buna göre verip vermedikleri sorusuna yanıt aramışlardır <sup>62</sup>.

Zihin Kuramının gelişimsel açıdan basamakları olduğu düşünülmektedir. Bu basamaklar, bir gelişim sürecini izler.

**Birinci Derece Yanlış İnanç;** 4 yaşlarında geliştiği düşünülen ilk zihin kuramı becerisidir. Başka kişilerin kendisinden farklı inanca sahip olabileceklerini hatta yanlış inanca sahip olabileceğini anlamayı, kendilik ve diğerlerinin inançlarının ayrımını gerektirir. Sadece tek bir kişinin (kendisi ya da öteki) zihinsel durumuna ilişkin çıkarımda bulunmayı içerdiği için birinci derece yanlış inanç olarak tanımlanmıştır <sup>64</sup>.

**İkinci Derece Yanlış İnanç;** İkinci sırada gelişen zihin kuramı basamağıdır. Bu bileşen, başka bir kişinin üçüncü bir kişiye ait olan düşünce ve inançlarına yaptığı atıfları kendi düşünce ve inançlarından ayımsayarak çıkarsayabilme ve yanlış bir inanca sahip olduğunu anlayabilme becerisidir. Düşünce hakkındaki düşünce veya inanç hakkındaki inanç olarak bilinir ve yaklaşık 6-7 yaşlarında gelişir <sup>65, 66</sup>.

**Metafor ve İroni Anlama;** Grekçe 'metaphora'dan gelen metafor kelimesi, meta: öte ve pherein: taşımak, yüklemek kelimelerinden gelir ve bir yerden başka bir yere götürmek' anlamındadır. Düz anlam içermeyen anlatımlarda kelime anlamının ötesine geçerek konuşmacının esas anlatmak istediğini kavrayabilmek daha karmaşık ve ince bir zihin kuramı becerisi gerektirir <sup>67</sup>. Metaforu anlamanın birinci derece ZK, ironiyi anlamanın ise ikinci derece ZK becerilerinin gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir <sup>68</sup>. Sözel ifadelerde imayı kavrayabilmek için, sesin tonu ve vurgusundan yola çıkarak sözcük çağrışımı, soyut düşünme ve dil yetisi gibi yüksek bilişsel işlevler gerekir. 9-10 yaş gibi daha ileri yaşlarda gelişim göstermektedir <sup>6</sup>.

**Pot Kırmayı Fark etme (Faux Pas);** Gaf yapma şeklinde de tanımlanan bu tanım en karışık olan zihin kuramı becerisidir. Kasıtsız hakaretlerle ilgili zihinsel durumlara ilişkin içgörü gerektirir (örneğin, onu boyayan kişiyle konuştuğunuzu anlamadan bir resmi eleştirme) <sup>69</sup>. İki zihinsel durumun farkındalığını gerektirir. İlki, kişinin gaf yaptığını fark etmesi (söylememesi gereken bir şeyi söylemiş olduğunu fark etme), ikincisi ise karşıdaki kişinin aşağılanmış ya da üzgün hissedeceğine ilişkin empatik anlayışı gerektirir. Bu beceri 9-11 yaşlarında gelişmektedir <sup>70</sup>.

## 2.4. Şizofreni ve Zihin kuramı

Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklardaki anormal sosyal etkileşim ile ilgili belirtileri açıklamak için kullanılan zihin kuramı bozuklukları kavramı, Frith tarafından şizofreni alanına taşımıştır. Frith, şizofreni hastalarındaki sosyal etkileşim ve iletişim alanındaki bozulmaların otizm spektrum bozukluğu olan hastalardakine benzer nitelikte olduğunu öne sürmüştü ve bu bozulmaların zihinselleştirme bozukluğu ile açıklanabileceğini iddia etmiştir. Bu çalışmalara göre şizofreni hastaları otizmden farklı olarak erişkinliğe kadar anormal sosyal etkileşime dair belirti göstermeyebilir ve hastalık ortaya çıkmadan önce normal zihin kuramı becerilerine sahiptirler<sup>71</sup>. Şizofreni hastalarında sosyal etkileşim ve iletişimdeki sorunlar zihin kuramı yetilerindeki bozulmalar ile açıklanabilir. Yanı sıra Parkinson hastalığı, frontal lob hasarları, frontotemporal demans, amigdala hasarı, şizofreni, bipolar bozukluk ve borderline kişilik bozukluklarında da zihin kuramı bozukluğu gösterilmiştir<sup>72, 73</sup>.

Uzun süredir hasta olan kronik hastalarda da zihin kuramı yetilerinde bozukluklar olduğu ve genel semptomatoloji ve negatif belirtilerin de daha kötü zihin kuramı performansı ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir<sup>71</sup>.

Şizofrenide, algısal ve bilişsel ZK'lar arasında bir ayırım yapılmış, algısal ve bilişsel ZK görevleri için farklı beyin bölgelerinde farklı nöral aktivasyonlar görülmüştür<sup>74</sup>.

Şizofreni tanılı kişilerde ZK yetilerindeki bozukluğunun farklı yöntemler ile araştırıldığı otuz çalışmanın değerlendirildiği bir gözden geçirme çalışmasında şizofreni tanılı kişilerde genel bir bilişsel işlevsellikteki bozulmanın ötesinde özgül bir ZK bozukluğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır<sup>10</sup>.

Şizofreni tanılı hastaları, duygudurum bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştıran başka bir çalışmada, hastalık tanısından bağımsız olarak psikotik semptomları olan kişilerin zihin kuramı performanslarının daha kötü olduğu ve şizofreni hastalarının en başarısız grup olduğu sonucuna ulaşılmıştır<sup>75</sup>.

Başka bir çalışmada zihin kuramındaki bozukluğun şizofreni hastaları ve onların paranoid belirtileri ile ilgili olduğu tespit edilmiştir<sup>71</sup>.

Şizofreni hastalarının diğerlerinin niyetini anlama, karşısındakinin davranış ve düşüncelerini çıkarsamada özgül güçlükler yaşadıkları ve bu ZK bozulmasının

muhtemelen şizofreni hastalarının dili kullanma ve konuşmayı yorumlama yollarını etkilediği görülmüştür <sup>76</sup>.

Şizofreni hastaları, duyguları yanlış algılama eğilimindedir, geleceğe dair tehdit edici olayların olabileceğine ilişkin aşırı değerlendirilmiş düşüncelere sahiptir ve algıladığı tehdit edici uyaranlara daha fazla dikkat ederler <sup>77</sup>.

ZK, birinin ne düşündüğü veya neye inandığını anlamak, göz ifadeleri gibi ipuçlarından çıkarımlar yapmakla ilgili zihinsel işlevleri değerlendirir. Bu değerlendirme başkalarını aldatan veya onlara yardımcı olan karakterleri anlatan senaryolar içerir.

Farklı duygusal içerikler barındıran bu görevlerde, duyguları yanlış yorumlama ve tehdit olarak algılamanın da performansı etkilemesi mümkündür.

## **2.5. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar**

### **Şema Kavramı**

Bilgi uzun süreli bellekte birbirinden bağımsız birimler halinde değil, birbirleriyle belli bir dizi halinde bağlanmış ve diğer birimlerle ilişkili olarak düzenlenmiş bir şekilde saklanmaktadır. Bu durumda şemalar zihinde bir olayı, bir kavramı ya da bir beceriyi anlamak için rehber ya da bir biçim halinde yer alan, bilgiyi organize etmek için kullanılan temel çerçeve yapılar olarak tanımlanabilir <sup>78</sup>. Bireyin hayatının ilk aylarından itibaren yaşadığı deneyimler nöronlar arasında bir takım geçiş yolları oluşturarak beyinde aynı ayak izleri gibi izler meydana getirmekte, nöronlar arası etkileşim örüntüsünün oluşturduğu bu izlerin üzerinden tekrar tekrar geçildiğinde de (aynı deneyimler tekrarlandığında) şemalar oluşmaktadır <sup>79</sup>.

Olgunlaşma döneminde erken çocukluk yaşamının niteliği ve içeriği, ileri yaşlarda psikolojik sağlık, sağlıklı insan ilişkileri, akademik başarı ve sosyal uyumun en önemli belirleyicisidir <sup>80</sup>.

Beck şema kavramını zihinde kodlama, tarama ve organizmayı etkileyen bilişsel yapılar olarak açıklamıştır. Kişiler yaşadığı deneyimleri gruplara ayırır ve anlamlı bir şekilde yorumlamaya çalışır. Bu yorumlama şemaları oluşturur. Kişiler benzer olaylarla karşılaştığında zihin bunu her defasında sıfırdan değerlendirmez ve daha önce oluşturduğu bilişsel yapılara, şemalara başvurur. Bilişsel şemalar böyle bir uyaran algılandığında aktif hale gelir <sup>81</sup>.

Kişi kendi davranışlarını, başkalarının davranışlarını ve gelişen olayları daha iyi anlayabilmek için bazı şemalar geliştirmektedir. Bu şemalar uyumlu olduğu sürece kişi, kendisi ile ilgili olumlu bir benlik algısı, başkaları ile bağlantılı farklılaştırılmış zihinsel temsiller geliştirebilir ve problemleri çözmede yeterlilik gösterebilir <sup>82</sup>.

Young tarafından geliştirilmiş olan, geleneksel bilişsel-davranışçı kavramların ve tedavilerin önemli derecede genişletildiği yenilikçi-bütünleyici bir yaklaşım olan Şema Terapi Modeli'ne göre, şemalar gelişimsel olarak şekillenmekle birlikte, erken dönem uyumsuz şemaların pek çok kronik Eksen-I bozukluklarının temeli olduğu varsayılmaktadır <sup>83</sup>. Şemaların kökenlerinde yatan erken dönem yaşantıları göz önüne alınarak Young tarafından "erken dönem uyumsuz şemalar" kavramı ortaya konmuştur <sup>84</sup>.

Young, erken dönem uyumsuz şemaları (EDUŞ'lar) olarak adlandırılan kararlı yapılar belirlemiştir. Şema teorisi, psikopatolojiyi anlamakla ilişkili olarak faydalı olabilecek bir modeldir. Bu modele göre, EDUŞ'lar, acı deneyimlere (örneğin, çocukluk çağı travması ve güvensiz bağlanma) maruz kalma nedeniyle çocukluk çağında tetiklendiği düşünülen hatıraları, duyguları, bilişleri ve bedensel duyuları içerir. EDUŞ'lar, kişinin kendisiyle ve diğerleriyle iletişimini etkileyen uyumsuz örüntüler olarak kabul edilir <sup>12</sup>.

Young'a göre en erken ve merkezi şemalar çekirdek ailenin içinde gelişir. Çocuk olgunlaştıkça diğer faktörler (okul, sosyal gruplar ve kültür) önem kazanır ve şemanın gelişimine ya da şema oluşumuna ayrıca katkıda bulunabilir. Şemalar çoğunlukla çocukluk ve ergenlik dönemi boyunca olumsuz deneyimlere maruz kalma sonucu ortaya çıkar ve orijinleri genellikle travmatik ve yıkıcıdır. Bu tekrarlayan olumsuz deneyimler birikerek şemaları oluşturur. En yıkıcı şemalar, çocukluk dönemindeki terk edilme, istismar, ihmal ya da reddedilmenin etkilerinden oluşur <sup>85</sup>.

Ancak erken dönem uyumsuz şemaların hepsi travmatik yaşam deneyiminden kaynaklanmamaktadır. Bireyler çocukluk travması yaşamadan da şemalar geliştirebilmektedir. Örneğin çocuklukta aşırı korunmuş bireyler de bağımlılık/yetersizlik şeması geliştirebilmektedirler. Nedeni ne olursa olsun şemaların tamamı yıkıcıdır ve kişiye zarar verir <sup>86</sup>.

Erken dönem uyumsuz şemaların, çevresel, kalıtsal ve biyolojik etkenlerin birbiri ile olan etkileşimi sonucu geliştiğini gösteren araştırmalar da mevcuttur <sup>87</sup>.

Şemalar aktif olarak deneyimlerimizi şekillendirir. Düşüncelerimizi, duygularımızı ve davranışlarımızı etkilerler. Herkes şemalarıyla farklı şekillerde başa çıkmaya çalışır. Bu da aynı ortamda büyütülmüş çocukların neden farklı olabildiklerini açıklayabilir.

Bu farklılıkta mizaçlarımızın farklı olması da önemli bir etkidir. Mizacımız bizi farklı yönler iter. Aynı zamanda hangi ebeveyni modellediğimiz de şemalarımızla başa çıkmamızda kullandığımız yolların seçimiyle ilişkilidir <sup>12</sup>.

Şema terapiye göre erken dönemdeki çekirdek duygusal ihtiyaçların giderilememesi sonucu oluşan uyumsuz şemalar, yetişkinlik döneminde de bu ihtiyaçların giderilememesine sebep olmaktadır. Şemaların oluşumuna etki eden temel gereksinimler:

- 1) Başkalarına güvenli bağlanma,
- 2) Özerklik, yetenek ve olumlu kimlik algısı,
- 3) İhtiyaç ve duyguları ifade özgürlüğü,
- 4) Kendiliğindenlik ve rol yapma,
- 5) Akılcı sınırlar ve öz-denetim şeklinde yer almaktadır <sup>86</sup>.

Bu temel ihtiyaçlar, insanda varolan 'öz'ün ortaya çıkartılabilmesi ve insanın kendini gerçekleştirme için giderilmeye gereksinim duyarlar. Giderilemeyen her temel ihtiyaç kendine has problem alanları oluşturmaktadır

### **Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar**

Young çocuğun erken dönem yaşantılarına bağlı olarak gelişen 18 Erken Dönem Uyumsuz şemayı beş genel şema grubu altında toplamıştır. Şema alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Tablo 1'de özetlenmiştir <sup>12</sup>.



**Tablo 1.** Şema alanları ve bu şema alanlarıyla ilişkilendirilmiş Erken Dönem Uyumsuz Şemalar <sup>12</sup>

ŞEMA ALANLARI	ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR
KOPUKLUK VE REDDEDİLMİŞLİK	1. Terk Edilme ve Tutarsızlık 2. Güvensizlik ve Suistimal Edilme 3. Duygusal Yoksunluk 4. Kusurluluk / Utanç 5. Sosyal İzolasyon
ZEDELENMİŞ ÖZERKLİK VE PERFORMANS	6. Bağımlılık / Yetersizlik 7. Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık 8. İç İçe Geçme / Gelişmemiş Benlik 9. Başarısızlık
ZEDELENMİŞ SINIRLAR	10. Haklılık / Büyüklenmecilik 11. Yetersiz Özdenetim
BAŞKASI YÖNELİMLİLİK	12. Boyun Eğme 13. Kendini Feda Etme 14. Onay Arayıcılık
AŞIRI UYARILMA VE BASKILAMA	15. Karamsarlık 16. Duyguları Bastırma-Ketleme 17. Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik 18. Cezalandırıcılık-Acımasızlık

### **Kopukluk Ve Reddedilmişlik Şema Alanı:**

İstismarcı, reddedici, dış dünyadan soyutlanmış, soğuk, dışlayıcı, kısıtlamaların olduğu, dengesiz, güven vermeyen aile ortamında büyüyen bireylerde oluştukları bilinen “kopukluk ve reddedilmişlik şeması”, güvenli bağlanma ihtiyacının giderilememesiyle ortaya çıkan şemaların çoğunluğunu oluşturur <sup>88</sup>.

“Kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı” içinde beş erken dönem uyumsuz şema yer almaktadır.

#### **1. Terk Edilme ve Tutarsızlık**

Ebeveynlerle duygusal olarak güvenilir ilişki ağının kurulmadığı, çocuğun sıklıkla ihmal edildiği durumlarda <sup>79</sup> veya ailede herhangi bir ebeveyn kaybının yaşandığı hallerde bu şema alanı görülebilmektedir. Bu şemaya sahip kişilerde

ayrılma ve dışlanma korkusu hakim olup, en ufak ortam değişikliği; okul, bakıcı değişiklikleri beklenenden daha fazla öfke nedeni olmaktadır.

## 2. Güvensizlik ve Suistimal Edilme

Bu şema boyutuna sahip kişiler herhangi bir kanıt olmadan da başkalarının kendisine zarar vereceği, istismar edeceği, aldatacağı konusunda kuşkucu bir yaklaşıma sahiptir <sup>88</sup>. Ebeveynlerin çocuğun alanına müdahale ettikleri ya da istismarda buldukları durumlarda görülmektedir <sup>12</sup>.

## 3. Duygusal Yoksunluk

Ebeveynlerin soğuk ve ilgisiz olduğu ve çocuğuyla ilişki kurmada güçlük yaşadığı durumlarda bu şema alanı görülmektedir <sup>89</sup>. Bu bireyler birlikte oldukları kişilerin kendilerini sevmeyeceği, destek olmayacağı, ilgilenmeyeceği gerektiğinde yol göstermeyeceği gibi düşüncelere sahiptir. Yoksunluk duyguları ilgi yoksunluğu, empati yoksunluğu ve korunma yoksunluğu olmak üzere üç alanda toplanır <sup>88</sup>.

## 4. Kusurluluk/ Utanç

Bu şemaya sahip bireylerin, genellikle cezalandırıcı, sevgisiz, eleştirici aile ortamına sahip oldukları bilinmektedir <sup>12</sup>. Birey kendisinde bulunan bir kusur ve yetersizlik olduğuna inancındadır ve kendisini değersiz hissetmektedir ve kendisinde olduğuna inandığı kusur başkaları tarafından anlaşılırsa kimsenin kendisini sevmeyeceğine inanmaktadır <sup>88</sup>.

## 5. Sosyal İzolasyon

Bu şemaya sahip bireyler dış ortamdan izole bir hayat süren bir aile ortamından gelmektedirler. Bu şemaya sahip kişiler kendini herhangi bir gruba ya da topluluğa ait hissetmeyip sosyal dünyadan izole hissederler <sup>12</sup>.

## **Zedelenmiş Özerklik Ve Performans**

Bu şemaya sahip bireyler çocukken bağımsızlıklarını destekleme konusunda yetersiz, aşırı koruyucu ya da tam tersi aşırı ilgisiz, ihtiyaçlarının karşılanmadığı aile ortamında büyümüşlerdir. Bu bireyler ebeveynlerinden ayrı hayatları olmadığı ve ailelerinden bağımsız hareket edemeyecekleri inancına sahiptirler. Başkalarının yardımı olmadan hayatlarını sürdüremeyeceklerini düşünürler ve sürekli yönlendirilmeye ihtiyaç duyarlar <sup>12</sup>.

Zedelenmiş özerklik ve performans şema alanı içerisinde dört erken dönem uyumsuz şema yer almaktadır.

## 1. Bağımlılık/ Yetersizlik

Bu bireyler kendilerini pek çok konuda yetersiz ve eksik hissederler. Gündelik sorumluluklarını yardım almadan yerine getiremeyeceklerini düşünürler, başarabileceklerine inançları yoktur <sup>12</sup>.

#### 2. Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık

Bu şemaya sahip bireyler her an kanser, kalp krizi gibi tıbbî, kontrolünü kaybetme, aklını yitirme gibi duygusal, parasız kalmak gibi maddi veya doğal afet, kaza gibi çevresel bir felaket olacağına dair korkulara sahiptir <sup>12</sup>.

#### 3. İç İççe Geçme / Gelişmemiş Benlik

Bu şemaya sahip bireyler, kendileri için önemli olan kişilere (genelde ailelerine) bireyselleşme ya da sosyal kimliklerinin gelişimini engelleyecek ölçüde aşırı yakınlık ve duygusal ilgi duymaktadırlar. Kendileri için önemli olan bu kişi ya da kişilerden destek görmediklerinde mutsuz ve başarısız olacaklarına inanırlar <sup>12</sup>.

#### 4. Başarısızlık

Bu şemaya sahip bireyler kendilerini beceriksiz, eksik ve başarısız olarak algırlar. Özellikle meslek, kariyer, okul ve spor alanları gibi alanlarda kendilerini sürekli başkalarıyla kıyaslar ve başkalarına göre yetersiz olduklarını düşünürler <sup>12</sup>.

### **Zedelenmiş Sınırlar**

Bu şema alanına sahip bireyler genelde fazla esnek , sınır koyulmayan ve fazla hoşgörülü aile ortamında büyümüşlerdir. Bu bireyler sorumsuz davranışlar sergileyen, kendilerini kontrol etmeye ihtiyaç duymayan, başkalarının uyduğu kurallara uymayan, hazzı erteleyemeyen kişilerdir <sup>12</sup>.

Zedelenmiş sınırlar şema alanı içerisinde iki erken dönem uyumsuz şema yer almaktadır.

#### 1.Haklılık / Büyüklenmecilik

Bu şemaya sahip bireyler özel hak ve ayrıcalıklara sahip olduğunu düşünen ve diğer insanlardan üstün olduğu inancına sahip, empati duygusunun gelişmediği kişilerdir. Başkalarının uyduğu kurallara uymak istemez ve başkalarının göreceği zarara aldırılmaksızın ne istiyorsa yapabileceğine inanır.

#### 2.Yetersiz Özdenetim

Bu şemaya sahip kişiler hazlarını erteleyemez, dürtülerini kontrol etmede güçlük yaşarlar. Kişisel amaçlarına ulaşmak için adım atmak istemez, sorumluluktan kaçınırlar.

## **Başkası Yönelimlilik**

Bu şema alanına sahip bireyler başkalarının isteklerini, beklentilerini, ihtiyaçlarını kendilerinininkinden daha fazla önemsemektedir ve çevreleri tarafından sevgi görmek, onaylanmak için kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederler. Bu bireyler çocuklarının duygusal ihtiyaçları yerine kendi duygusal ihtiyaçları ya da sosyal görünümüne önem veren aile ortamında büyümüşlerdir <sup>12</sup>.

Başkası yönelimlilik şema alanı içerisinde üç erken dönem uyumsuz şema yer almaktadır.

### **1.Boyun Eğme**

Bu şemaya sahip bireyler kendilerinin istek ve ihtiyaçlarını önemsemezler karşılıkta boyun eğler. Bunun nedeni başkalarının tepkisinden, öfkesinden kaçınmak ve sevgiyi kaybetmemek adınadır bu nedenle kontrolü karşısındakine teslim ederler.

### **2.Kendini Feda Etme**

Bu şemaya sahip kişiler gönüllü olarak başkalarının ihtiyaçlarını gidermek için çabalarlar. Bu çabanın en yaygın nedenleri kendi isteklerini yerine getirerek başkalarına sıkıntı vermemek, bencil olmamak, adaletsizlik yapmamaktır. Bu şemaya sahip kişiler başkalarının acılarına karşı abartılı düzeyde duyarlıdırlar.

### **3.Onay Arayıcılık**

Bu şemaya sahip kişilerde, gerçek ve güvenli bir benlik duygusunun ancak başkalarının onayını alarak, ilgi ve takdir görerek, tanınarak ve başkalarına uyum sağlayarak oluşabileceği inancı vardır.

## **Aşırı Uyarılma Ve Baskılama**

Bu şemaya sahip bireyler oyun oynamaları ve mutluluğun peşinden gitmeleri için teşvik edilmeyen, baskıcı, cezalandırıcı, katı kuralların olduğu aile ortamında büyümüşlerdir. Bu kişiler kendiliğinden (spontan) duygu ve davranışlarını denetlemeye çalışır ve katı kurallara ve beklentilere uyum sağlarlar. Eğer yeterince dikkatli olmazlar ise hayatlarının parçalanacağı, düzenlerinin bozulacağı endişesi taşırlar <sup>12</sup>.

Bu şema alanında dört erken dönem uyumsuz şema yer almaktadır.

### **1. Karamsarlık**

Karamsarlık şema boyutuna sahip kişiler hayatın olumlu yanlarını görmezden gelmekte ve olumsuz yönlerine odaklanma eğilimindedirler. Bu kişiler mali konular, iş ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaşayacakları; küçük düşme,

zarara uğrama, hayal kırıklığı gibi sürekli olumsuz durumlarla karşılaşacağı beklentisi içindedirler <sup>90</sup>.

## 2. Duyguları Bastırma-Ketleme

Başkaları tarafından eleştirilmekten, dürtüsel kontrolü kaybetmekten kaçındıkları için spontane davranışlarını, duygularını ya da insanlarla olan iletişimlerini kısıtlarlar <sup>90</sup>.

## 3. Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik

Bu şema boyutuna sahip bireyler hayatın bir çok alanında katı kurallara sahip, mükemmeliyetçi, hem kendileri hem de başkaları için aşırı eleştiricidirler. Bu bireyler eleştiriden ve utançtan kaçınmak için kendi içlerinde belirledikleri standartlara ulaşmak için sürekli çabalamak zorunda hissederler <sup>12</sup>.

## 4. Cezalandırıcılık - Acımasızlık

Bu şema boyutuna sahip bireyler cezalandırıcı özellikteki kişilerin olduğu aile ortamında büyümüşlerdir. Bu kişiler yaptıkları hatalar karşısında sert bir şekilde cezalandırılmaları gerektiğine inanır ve insani kusurları kabullenmekte güçlük çeker, kendilerince veya başkaları tarafından yapılan herhangi bir hatayı mazur görmede isteksizdirler <sup>12</sup>.

## 2.6. Şizofreni ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

EDUŞ'ın en derin düşünme bozukluğu düzeyini temsil ettiği ve tetiklendiğinde, olumsuz duygulara ve disfonksiyonel (işlevsiz) bilişlere yol açarak düşünce ve duygulara hükmedeceği düşünülmektedir <sup>12</sup>.

Ömür boyu gelişimi devam ederken, EDUŞ, güçlü duyguların varlığından dolayı bir "özellik" halini alır ve *benlik* ve *başkalarının* bir bileşenine dönüşür. Bir defa oluştuktan sonra artık bu yapılar, dünyayı onun penceresinden gördüğümüz mercekle haline gelir ve bilişsel tutarlılığı sağlamanın yanı sıra her uyarıcıyı yorumlamamıza da yardımcı olurlar <sup>91</sup>.

Psikoz araştırmaları içinde sınırlı şekilde dikkat çeken bir potansiyel mekanizma da erken dönem uyumsuz şemaların rolüdür <sup>12</sup>.

Çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimler, *benliğe* ilişkin olumsuz şemaların dışa vurulmasına yol açabilir ve bu da bireyin kendini ve başkalarını değerlendirme biçimini değiştirebilir. Bu, sadece halüsinasyonlara ve sanrılara yatkınlıkla ilişkili olmayan, aynı zamanda diğer psikiyatrik sorunların birlikte dışa

vurulması anlamına gelen güçsüzlük ve aşağılanma algılarını da besleyebilir <sup>92</sup> ,  
<sup>93</sup> .

Erken dönem uyum bozucu şemalar psikozun başlangıcında bir rol oynarsa, bunlar potansiyel olarak yumuşatılabilir faktörler olup, psikolojik müdahaleler etkili olabilir <sup>94</sup> .

Kusurluluk, bağımlılık, duygusal engelleme ve iç içe girme şemaları psikotik deneyimlerle ilişkilidir ve duygusal engelleme hariç bu şemalar çocukluk çağı travmaları ile psikotik deneyimler arasındaki bağlantıya aracılık etmektedir <sup>95</sup> . Belirli EDUŞ'lar çocukluk çağı travmaları ile işitsel halüsinasyon arasındaki bağlantıyı etkileyebilir <sup>96</sup> .

Şizofrenideki EDUŞ'larla ilgili olarak Bortolon ve ark. <sup>13</sup> , şizofreni hastalarının; duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk, iç içe geçme, başarısızlık ve boyun eğme şemalarında sağlıklı kontrolleri aştığı ve erken dönem uyumsuz şemaların pozitif semptomları yordadığını ortaya koymuşlardır.

Sundag ve ark. duygusal engelleme ve yüksek standartlar dışındaki tüm EDUŞ'ların psikotik hastalarda normal kontrollere göre daha yüksek olduğunu, güvensizlik/istismarın pozitif semptomlarla ilişkili olduğunu ancak Bortolon ve ark., 2013 yaptığı çalışmanın sonuçlarının aksine depresyon değişkeni sabit tutulduktan sonra bu şemanın şizofrenide pozitif semptomlar ile bağlantılı olmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, EDUŞ'ların, negatif semptomlarla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığını öne sürmüşlerdir <sup>97</sup> .

Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada Bortolon ve arkadaşlarının <sup>13</sup> çalışmasına benzer bir şekilde, güvensizlik/istismar şemasının, depresyonun ötesinde pozitif semptomları yordadığını ortaya koymuştur <sup>98</sup> . Ayrıca, bu çalışmada depresyon kontrol edildikten sonra güvensizlik/istismar ile pozitif semptomlar arasında bir ilişki olmadığını ileri süren Sundag ve arkadaşlarının <sup>97</sup> çalışmasıyla tutarsızdır. Diğer taraftan, Bortolon ve ark. nın <sup>13</sup> ve Sundag ve ark. nın <sup>97</sup> çalışmalarının aksine sosyal izolasyonun depresyonun ötesinde negatif semptomları yordadığını ortaya koymuştur <sup>98</sup> .

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 01/03/2019-01/07/2019 tarihleri arasında başvuran DSM-5 tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı almış ve geçmişte intihar girişimi öyküsü olan 52 hasta ve yaşam boyu intihar girişim öyküsü olmayan 58 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilebilecek hastalar ve birinci derece yakınlarına çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Gönüllü olan, hastalar ve birinci derece yakınlarının çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onay (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) alınmıştır.

Bu çalışma için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 20/02/2019 tarihli ve 2019/86 sayılı karar ile onay alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

Çalışmada 2 grup bulunmaktadır

#### 1) İntihar Girişimi Olan Şizofreni Tanılı Hasta Grubu:

a. 01/03/2019 - 01/07/2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olan hastalar

b. Yaşam boyu en az bir kez intihar girişim öyküsü olması

c. 18-65 yaş arasında olma

d. En az ilkokul mezunu olma

e. Son 6 ay içinde EKT uygulanmamış olması

f. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu imzalamış olma

#### 2) İntihar Girişimi Olmayan Şizofreni Tanılı Hasta Grubu:

a. 01/03/2019 - 01/07/2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olan hastalar

b. Yaşam boyu intihar girişimi öyküsü olmaması

c. 18-65 yaş arasında olma

- d.En az ilkokul mezunu olma
- e.Son 6 ay içinde EKT uygulanmamış olması
- f. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu imzalamış olma

### **Her 2 grup için Dışlama Kriterleri:**

1. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı dışında ek olarak herhangi bir ruhsal hastalık tanısı olanlar
2. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olanlar
3. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamamış olanlar
4. Son 6 ay içinde çalışmada kullanılacak olan testlerden herhangi birini yapmış olanlar
5. Ruhsal muayene sırasında görüşme yapmayı ve sürdürmeyi engelleyecek derecede zeka geriliği ya da fiziksel rahatsızlığı olanlar
6. Bilişsel işlevselliği etkileyecek nörolojik hastalığı olanlar
7. Alkol veya madde bağımlılığı olanlar

### **3.2. Veri Toplama Araçları**

1. Sosyodemografik veri toplama formu,
2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS),
3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)
4. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği,
5. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar
6. İntihar Olasılığı Ölçeği

Çalışmaya katılan tüm hastalardan ve birinci derece yakınlarından araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklanarak gönüllü onam belgesi alınmıştır. Genel bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formuyla hastadan ve aileden alınmıştır.

#### **3.2.1. Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu**

Çalışmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini, geçmiş intihar girişimlerini, hastalığın başlangıç yaşını, hastalık süresini, varsa yatış sayılarını, aldıkları tedavileri, ek



tanılı durumları, aile öykülerini, çocukluk çağı travmatik yaşantı varlığını değerlendirmek için kullanılan form olup, görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

### **3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)**

Son bir hafta içerisindeki pozitif ve negatif belirtileri ve genel psikopatolojiyi değerlendirmek üzere şizofreni hastalarına uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçek olup toplam 30 maddeden oluşmaktadır. 7 madde pozitif belirtiler, 7 madde negatif belirtiler ve 16 madde genel psikopatolojiyi değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde görüşmeci tarafından, belirti şiddetine göre, 1 (hafif) - 7 (çok ağır) arası puanla değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır<sup>99</sup>.

### **3.2.3. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği**

Zihin kuramının tüm yönlerini içerdiği düşünülen birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç, faux pas anlama, metafor kavrama ve ironiyi anlama yeteneğini değerlendiren ayrıca zihin kuramı ile ilintili olduğu düşünülen empatik anlayışı da içeren ölçek beş resim ve yedi hikayeden oluşmaktadır. Değirmencioğlu<sup>100</sup> tarafından geliştirilen ölçekte 7 hikaye ve 5 resimden oluşan toplamda 24 soru bulunmaktadır. 18 soru zihin kuramı becerilerini ölçerken, zihin kuramı yetisinin gerekmediği sıralama, dikkat, fiziksel gerçeklik gibi becerilerin test edildiği iki resim ve dört hikayeden oluşan 6 kontrol sorusu bulunmaktadır.

Öncesinde katılımcıya ölçeğin nasıl uygulanacağı ile ilgili yönerge okunmuş ve daha sonra ölçek uygulanmıştır.

Puanlama, daha önceden belirlenmiş doğru yanıtları içeren cevap anahtarı yoluyla doğru yanıt için "1" ve yanlış yanıt için "0" şeklinde puanlama yapılır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-18 aralığındadır.

Hikaye görevlerinde, katılımcıdan hikaye ile ilgili sorulara yanıt vermesi beklenmektedir. Resim görevleri ise, sırayla bir hikaye anlatan 1 – 2 – 3 şeklinde numaralandırılmış 3 resimden oluşmakta; a ve b şeklinde sunulmuş iki resim arasından hikayenin devamına uygun olan resmi katılımcıdan seçmesi istenmektedir. Zihin kuramı becerilerini ölçen soru dağılımı şöyledir: 4 soru 1.derece yanlış inanç (biri resim görevi), 3 soru 2.derece yanlış inanç (biri resim görevi), 1 soru faux pas, 2 soru metafor, 3 soru ironi ve 5 soru empati içindir<sup>100</sup>.

### 3.2.4. Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3

Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3, Jeffrey Young tarafından şema terapi temelinde erken dönem uyumsuz bilişsel şemaları tanımlamak amacıyla geliştirilen, 5 şema alanını ve bu şema alanlarıyla ilişkilendirilmiş 18 erken dönem uyumsuz şemayı kapsayan toplam 90 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir<sup>12</sup>. Katılımcılar, her bir maddeyi 6'lı Likert tipi ölçek üzerinde (1=Benim için tamamıyla yanlış, 2=Benim için büyük ölçüde yanlış, 3=Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla, 4=Benim için orta derecede doğru, 5=Benim için çoğunlukla doğru, 6=Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) değerlendirmektedir. Ölçek değerlendirilirken bir kesme puanı belirlenmemiştir. Ölçeğin her bir şemasını kapsayan maddelerden alınan yüksek puanlar kişilerin o şema ile ilgili özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orjinal formu 5 şema alanını ve 18 şemayı kapsıyor olmasına rağmen, şema alanlarını temsil eden maddeler kültüre göre farklılık gösterebilmektedir. Soygüt ve arkadaşları tarafından (2009) ölçeğin kısa formunun (YŞÖ-KF3) ülkemizde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Türkçe formu için 5 şema alanına ulaşılmış ve 14 faktörlü bir yapının (14 şemanın) uygun olduğu görülmüştür.

Young Şema Ölçeği (YŞÖ-KF3), Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomive Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğer Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarını kapsayan 18 boyuttan oluşmaktadır. Şema alanlarını kapsayan boyutlar sırasıyla, Terk Edilme/İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duyguları Bastırma, Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İç Geçme/ Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyüklik, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık olarak adlandırılmaktadır. 90 maddeden oluşan ölçekte katılımcılar, Her bir madde 6'lı Likert üzerinde (1=Benim için tamamıyla yanlış, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) derecelendirmektedir (Young, 2003). Ölçekte herhangi bir kesme puanı belirlenmemiştir ancak yüksek puanlar çok sayıda ve şiddetli derecede uyumsuz şemaların varlığına işaret etmektedir. YŞÖKF3'un güvenirlik ve geçerlik çalışması Türkiye'de Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından

yapılmıştır. Yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışması neticesinde Türkçe formu için 14 faktörlü bir yapının uygun olduğu belirtilmekle birlikte madde sayısı aynı kalmıştır. Yapılan faktör analizi geçerlilik çalışmasıyla 14 şema boyutu ve 5 şema alanı tespit edilmiştir. Bu faktörler üzerinden yapılan üst-sıra faktör analizinde Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Yüksek Standartlar, Diğerleri Yönelimlilik ve Zedelenmiş Sınırlar olmak üzere beş şema alanının olduğu tespit edilmiştir. Bu beş şema alanında yer alan 14 faktör ise şunlardır: "Duygusal yoksunluk (faktör yüklerine göre maddeler sırasıyla 1,19,37,55,73), Başarısızlık (6,24,33,42,60,78), Karamsarlık (8,17,26,35,80), Sosyal İzolasyon/Güvensizlik (3,4,40,57,58,75,76) Duyguları bastırma (12,30,48,66,84), Onay Arayıcılık (16,34,52,56,70,88), İç içe Geçme/Bağımlılık (7,9,10,25,63,64,79,81, 82), Ayrıcalık/Yetersiz Özdenetim (15,22,32,50,51,68,69), Kendini Feda Etme (11,29,47,65,83) Terk Edilme (2, 20, 38, 28, 74), Cezalandırılma (18,49,53,54,72,89), Kusurluluk (23, 41,43, 59, 77,90), Hastalıklar/Tehditler Karşısında Dayanıksızlık (21, 39,44,62,71), Yüksek Standartlar (13, 1431) Ölçeğin iç tutarlık Cronbach Alpha katsayısı; şema boyutları için 0.63-0.80 arasında, şema alanları için 0.53-0.81 arasında değişmektedir. Bu verilere göre ölçeğin orta düzeyde iç tutarlığa sahip olduğu söylenebilmektedir <sup>101</sup>.

### **3.2.5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği**

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Şizofreni tanılı hastalarda depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla Addington ve arkadaşları <sup>102</sup> tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Şizofreni tanılı ve psikotik bozukluğu olan hasta gruplarına uygulanmaktadır. Toplam 9 maddeden oluşan ölçek dördümlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Her madde 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekten alınabilecek toplam puan 0-27 arasında değişmektedir. Ölçeğin doldurulması hasta ve yakınlarından alınan bilgilere, görüşme sırasında hasta ile ilgili klinik gözlemlere göre yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği 2000 yılında Aydemir ve arkadaşları <sup>103</sup> tarafından yapılmıştır. Güvenirlik

çalışmasında, cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur. Yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir <sup>103</sup>.

### **3.2.6. İntihar Olasılığı Ölçeği (iÖÖ)**

iÖÖ, Cull ve Gill tarafından <sup>104</sup> ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilen toplam 36 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Katılımcılar, her bir maddeyi "hiçbir zaman ya da nadiren", "bazen", "sık sık" ve "çoğu zaman ya da her zaman" gibi 4'lü Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Bu çalışmada ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılarak hesaplanmaktadır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Kesme puanı 110 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçek, intihar düşüncesi, umutsuzluk, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Umutsuzluk alt ölçeği toplam 12 maddeden oluşmakta ve puanı 12-48 arasında değişmektedir. İntihar düşüncesi alt ölçeği 8 maddeden oluşmakta ve puanı 8-32 arasında değişmektedir. Kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği 9 maddeden oluşup puanı 9-36 arasında ve düşmanlık alt ölçeği 7 maddeden oluşup puanı 7-28 arasında değişmektedir. Ölçekte puan ortalamasının artması intihar olasılığının arttığına işaret etmektedir. Tuğcu ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır <sup>105</sup> Atlı ve arkadaşları (2009) ölçeğin klinik örnekleme geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmıştır <sup>106</sup>.

### **3.3. İstatiksel Analiz**

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21.0 istatistik paket programının deneme sürümü ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik yapıdaki değişkenler için yüzde ve frekanslarıyla verilmiş olup, sürekli yapıdaki değişkenler için ise ortalama± standart sapma değerleri ile okuyucunun dikkatine sunulmuştur. Bağımsız kategorik yapıdaki değişkenler için ki-kare testi, sürekli yapıdaki değişkenler ise Shapiro-Wilks ve Kolmogorov- Smirnov test istatistikleri ile 0.05 anlamlılık düzeyinde sınınanarak normal dağılıma uygun bulunduğu durumlar için parametrik istatistik testleri, normal dağılıma uygun bulunmadığı

durumlar için ise de parametrik olmayan test istatistikleri kullanılmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırması için Student t test kullanılmıştır. İki den fazla grup olması durumunda da varyans analizi (ANOVA) yöntemine başvurulmuştur. Sürekli yapıdaki değişkenlerin aralarındaki doğrusal ilişkilerin belirlenmesi için, korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm testlerin istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi (p değeri) 0,05 olarak belirlenmiştir.



#### 4. BULGULAR

Çalışmaya 01/03/2019-01/07/2019 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olan toplamda 110 hasta dahil edilmiştir. Çalışma içinde değerlendirilen hastalar geçmişte en az bir kez intihar girişimi olan 52 hasta ve yaşam boyu hiç intihar girişimi olmayan 58 hasta olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında çalışmaya alınan hastaların %39,1'i (n:43) kadın hasta ve %60,9'si (n:67) erkek hastadan oluşmaktaydı. Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması  $39.28 \pm 10.46$  idi.

İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni tanılı hasta grupları arasında Yaş ( $p=0.642$ ), Cinsiyet ( $p=0.561$ ), Medeni Durum ( $p=0.730$ ), Eğitim Düzeyi ( $p=0.543$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2.** İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (n=52)	İntihar Girişimi Olmayan (n=58)	p
<b>Cinsiyet [n (%)]</b>			
Kadın	22 (%42.3)	21 (%36.2)	0.561
Erkek	30 (%57.7)	37 (%63.8)	
<b>Medeni Durum [n (%)]</b>			
Bekar	31 (%59.6)	36 (%62.1)	0.730
Evli	12 (%23.1)	15 (%25.9)	
Boşanmış-Dul	9 (%17.3)	7 (%12.1)	
<b>Eğitim Düzeyi [n (%)]</b>			
İlkokul	6 (%11.5)	5 (%8.6)	0.543
Ortaokul	8 (%15.4)	6 (%10.3)	
Lise	23 (%44.2)	23 (%39.7)	
Üniversite	15 (%28.8)	24 (%41.7)	
<b>Yaşadığı Yer [n (%)]</b>			
Köy	1 (%1.9)	1 (%1.7)	0.446
İlçe	12 (%23.1)	8 (%13.8)	
Şehir	39 (%75.0)	49 (%84.5)	
<b>Çalışma Durumu [n (%)]</b>			
Öğrenci	5 (%9.6)	4 (%6.9)	0.866
Çalışıyor	7 (%13.5)	10 (%17.2)	
Çalışmıyor	24 (%46.2)	29 (%50.0)	
Malulen Emekli	15 (%28.8)	13 (%22.4)	
Emekli	1 (%1.9)	2 (%3.4)	
<b>İş Öyküsü[n (%)]</b>			
Tam zamanlı	6 (%11.5)	9 (%15.5)	0.830
Yarı zamanlı	1 (%1.9)	1 (%1.7)	
Çalışmıyor	45 (%86.5)	48 (%82.8)	
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler [n (%)]</b>			
Yalnız	3 (%5.8)	3 (%5.2)	0.930
Anne-Baba	34 (%65.4)	35 (%60.3)	
Eş-Çocuk	11 (%21.2)	14 (%24.1)	
Diğer	4 (%7.7)	6 (%10.3)	
<b>Ekonomik Durum [n (%)]</b>			
Düşük	36 (%69.2)	38 (%65.5)	0.386
Orta	13 (%25.0)	19 (%32.8)	
Yüksek	3 (%5.8)	1 (%1.7)	
<b>Sigara Kullanımı</b>			
Var	32 (%61.5)	27(%46.6)	0.129
Yok	20(%38.5)	31(%53.4)	

**Tablo 3.** İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastalarının aile özelliklerinin karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (n=52)	İntihar Girişimi Olmayan (n=58)	p
<b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>			
Var	24 (%46.2)	30 (%51.7)	0.573
Yok	28 (%53.8)	28 (%48.3)	
<b>Ailede İntihar Girişim Öyküsü</b>			
Var	6 (%11.5)	2 (%3.4)	0.178
Yok	46 (%88.5)	56 (%96.6)	

**Tablo 4.** İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastalarının yaş, tamamlanan eğitim süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve psikiyatri servisi yatış sayısı ortalama ve standart sapmaları

	Değişkenler	N	Min	Max	Ort	SS
İntihar (+)	Yaş	52	19,00	62,00	38,78	11,26
	Tamamlanan Eğitim Süresi	52	5,00	17,00	10,94	3,33
	Hastalık Başlangıç Yaşı	52	12,00	46,00	21,57	7,11
	Hastalık Süresi	52	1,00	40,00	17,21	10,52
	Psikiyatri Servis Yatış Sayısı	45	1,00	20,00	3,91	3,81
İntihar (-)	Yaş	58	20,00	60,00	39,72	9,77
	Tamamlanan Eğitim Süresi	58	5,00	18,00	12,15	3,30
	Hastalık Başlangıç Yaşı	58	13,00	48,00	26,20	8,78
	Hastalık Süresi	58	2,00	30,00	13,25	7,64
	Psikiyatri Servis Yatış Sayısı	41	1,00	20,00	2,19	3,08

N: Sayı; Min: Minimum; Max: Maksimum; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma

İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hasta grupları arasında hastalık süresi değişkeni, psikiyatri servisi yatış sayısı değişkeni ve tedavisiz geçen süre değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p < 0,005$ ). Gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 5**).

**Tablo 5.** Gruplar arasında hastalık süresi ve psikiyatri servisi yatış sayısı ortalamaları ve standart sapmaları

	İntihar Girişimi Olan (Ort.±SS)	İntihar Girişimi Olmayan (Ort.±SS)	p
Hastalık Süresi(Yıl)	17.21±10.52	13.25±7.64	<b>0.028*</b>
Psikiyatri Servisi Yatış Sayısı	3.91±3.81	2.19±3.08	<b>0.024*</b>
Hastalık Başlangıç Yaşı	21.57±7.11	26.20±8.78	0.886
Tedavisiz Geçen Süre (Ay)	28.77±51.78	27.47±43.42	<b>0.003**</b>

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$



İntihar girişimi olan ve olmayan hasta grupları arasında antidepresan kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Gruplar arasında klozapin ve depo antipsikotik kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 6**).

**Tablo 6.** Gruplar arası antidepresan, klozapin ve depo antipsikotik kullanımı oranları

	İntihar Girişimi Olan (n=52)	İntihar Girişimi Olmayan (n=58)	p
<b>Antidepresan Kullanımı [n (%)]</b>			
Var	23 (%44,2)	13 (%22,4)	<b>0.024</b>
Yok	29 (%55,8)	45 (%77,6)	
<b>Klozapin Kullanımı [n (%)]</b>			
Var	15(%28,8)	11(%19,0)	0.265
Yok	37(%71,2)	47(%81,0)	
<b>Depo Antipsikotik Kullanımı [n (%)]</b>			
Var	26(%50,0)	27(%46,6)	0.849
Yok	26(%50,0)	31(%53,4)	

İntihar girişimi olan hastaların % 46,1 (n:24) birden fazla intihar girişiminde bulunmuştur. Yine intihar girişimi olan hastaların % 44,7'si ilaç dışı (zehir, ası, yüksekte atlama vs.) yöntemlerle intihar girişiminde bulunmuştur (**Tablo 7**).

**Tablo 7.** İntihar girişimi olanların intihar girişim sayısı ve intihar yöntemine göre dağılımı

	n	%
<b>İntihar Girişimi Sayısı</b>		
1 kez	28	%53,8
2 kez	16	%30,8
3 kez	5	%9,6
3'ten fazla	3	%5,7
<b>İntihar Yöntemi 1</b>		
İlaç	34	%65,4
Zehir	3	%5,8
Ası	1	%1,9
Yüksekten Atlama	3	%5,8
Diğer	11	%21,2
<b>İntihar Yöntemi 2</b>		
İlaç	18	%75,0
Diğer	6	%25,0
<b>İntihar Yöntemi 3</b>		
İlaç	5	%62,5
Zehir	1	%12,5
Diğer	2	%25,0
<b>İntihar Yöntemi 4</b>		
İlaç	3	%100,0

İntihar girişimi olan grupta PANSS Toplam ve PANSS alt ölçek puanları intihar girişimi olmayan gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Ancak PANNS Pozitif ( $p=0.066$ ), PANNS Negatif ( $p=0.787$ ), PANNS Genel Patoloji ( $p=0.099$ ), PANNS Toplam ( $p=0.123$ ) değişkeni bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği toplam puanı intihar girişimi olan grupta olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0.036$ ) (**Tablo 8**).

**Tablo 8.** İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hasta gruplarında klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (Ort.±SS)	İntihar Girişimi Olmayan (Ort.±SS)	p
<b>PANNS Pozitif</b>	13.92±7.65	11.55±5.35	0.066
<b>PANNS Negatif</b>	17.09±6.75	16.75±6.30	0.787
<b>PANNS Genel Patoloji</b>	31.66±10.62	28.56±8.79	0.099
<b>PANSS Toplam</b>	62.92±22.55	56.87±18.03	0.123
<b>CŞDÖ Toplam Puanı</b>	6.26±5.67	4.10±5.02	<b>0.036*</b>

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan gruplar arasında intihar olasılığı alt ölçeklerinden olan umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p < 0.05$ ).

İntihar olasılığı alt ölçeği olan olumsuz kendilik değerlendirmesi alt ölçeği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p > 0.05$ ). İntihar girişimi olan grubun intihar olasılığı ölçeği toplam puanı, intihar girişimi olmayan grubun ortalama puanlarından daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p = 0.052$ ) (**Tablo 9**).

**Tablo 9.** Gruplar arasında intihar olasılığı ölçek puanlarının karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (Ort.±SS)	İntihar Girişimi Olmayan (Ort.±SS)	p
<b>İÖÖ Umutsuzluk</b>	29.98±6.78	26.41±5.95	<b>0.004**</b>
<b>İÖÖ İntihar Düşüncesi</b>	20.11±4.74	22.91±5.15	<b>0.004**</b>
<b>İÖÖ Düşmanlık</b>	15.11±5.27	11.55±4.27	<b>&lt;0.001***</b>
<b>İÖÖ Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi</b>	24.67±5.86	25.18±4.99	0.619
<b>İÖÖ Toplam</b>	89.88±10.46	86.06±9.87	0.052

İÖÖ:İntihar Olasılığı Ölçeği, \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

İntihar girişimi olan grup ile olmayan grup arasında DEZTÖ ölçeğinin birinci derecede yanlış inanç, ikinci derecede yanlış inanç, ironi kavrama, metafor kavram alt kategorileri ve DEZTÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Gruplar arasında DEZTÖ ölçeğinin empati alt

kategorisi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (**Tablo 10**).

**Tablo 10.** Grupların DEZTÖ puanları açısından karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (Ort.±SS)	İntihar Girişimi Olmayan (Ort.±SS)	p
DEZTÖ Bir	2.84±1.03	2.62±1.15	0.285
DEZTÖ İki	1.32±0.99	1.32±0.96	0.997
DEZTÖ İroni	1.57±1.24	1.46±1.18	0.632
DEZTÖ Metafor	1.46±0.60	1.48±0.68	0.864
DEZTÖ Empati	4.57±0.63	4.29±0.81	<b>0.046</b>
DEZTÖ Top	11.96±3.34	11.44±3.33	0.423

DEZTÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği, Bir: Birinci derecede yanlış inanç, İki: İkinci derecede yanlış inanç, İroni: ironi kavrama, Metafor: Metafor kavrama, Empati: Empatik anlayış

İntihar girişimi olan grup ile olmayan grup arasında bir soru ile ölçülen DEZTÖ faux pas alt kategorisi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 11**).

**Tablo 11.** Grupların DEZTÖ Faux Pas alt kategorisi açısından karşılaştırılması

		İntihar Girişimi Olan (n=52)	İntihar Girişimi Olmayan (n=58)	p
DEZTÖ Faux pas	Yanlış [n (%)]	43(%82.7)	43(%74.1)	0,357
	Doğru [n (%)]	9(%17.3)	15(%25.9)	

Faux pas: Gaf anlama

Eğitim durumuna göre DEZTÖ Toplam puanı değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 12**).

**Tablo 12.** Eğitim Durumu ile DEZTÖ Toplam puanlarının Karşılaştırılması

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	p
DEZTÖ Toplam	9.81±3.89	11.28±3.46	11.60±3.26	12.46±3.00	0.121

DEZTÖ Toplam ve DEZTÖ alt ölçekleri ile hastalık süresi, tedavisiz geçen süre ve yatış sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamadık ( $p>0.05$ ) (**Tablo 13**).

**Tablo 13.** Hastalarda Klinik Değişkenler ve DEZTÖ Arasındaki İlişki

		Hastalık Süresi	Tedavisiz Geçen Süre	Yatış Sayısı
DEZTÖ_Bir	r	0.088	-0.092	-0.065
	p	0.359	0.339	0.553
DEZTÖ_İki	r	-0.069	-0.067	0.050
	p	0.475	0.490	0.646
DEZTÖ_İroni	r	0.071	0.027	-0.163
	p	0.460	0.778	0.135
DEZTÖ_Metafor	r	0.080	0.031	-0.053
	p	0.407	0.746	0.630
DEZTÖ_Empati	r	0.185	0.055	0.143
	p	0.053	0.571	0.189
DEZTÖ_Faux_Pas	r	0.021	-0.082	-0.084
	p	0.829	0.395	0.445
DEZTÖ Toplam	r	0.077	-0,011	-0.067
	p	0.424	0.911	0.541

r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

DEZTÖ Bir ile PANSS Negatif ve PANSS Toplam değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ).

DEZTÖ\_TOP ile PANSS Negatif değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ) (**Tablo 14**).

**Tablo 14.** DEZTÖ ve PANSS ölçeği arasındaki ilişki

		<b>PANNS Pozitif</b>	<b>PANNS Negatif</b>	<b>PANNS Genel Patoloji</b>	<b>PANNS Toplam</b>
<b>DEZTÖ Bir</b>	r	-0,144	-,195	-0,156	-,198
	p	0,132	<b>0,042</b>	0,106	<b>0,039</b>
<b>DEZTÖ İki</b>	r	0,007	-0,183	-0,009	-0,078
	p	0,944	0,056	0,926	0,422
<b>DEZTÖ İroni</b>	r	-0,031	-0,064	0,018	-0,041
	p	0,747	0,507	0,850	0,674
<b>DEZTÖ Metafor</b>	r	-0,033	-0,130	-0,090	-0,113
	p	0,735	0,175	0,353	0,242
<b>DEZTÖ Empati</b>	r	-0,021	-0,123	-0,015	-0,060
	p	0,830	0,200	0,880	0,539
<b>DEZTÖ Faux Pas</b>	r	-0,013	-0,125	-0,003	-0,065
	p	0,896	0,195	0,974	0,499
<b>DEZTÖ Toplam</b>	r	-0,083	-,201	-0,079	-0,153
	p	0,389	<b>0,035</b>	0,414	0,113

**Tablo 15.** Young Şema Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>
<b>Duyusal_Yoksunluk</b>	110	5.00	30.00	13.16	6.79
<b>Başarısızlık</b>	110	6.00	36.00	18.65	8.28
<b>Karamsarlık</b>	110	5.00	30.00	14.63	7.09
<b>Sosyal İzolasyon/Güvensizlik</b>	110	7.00	41.00	21.16	9.09
<b>Duyguları_Bastırma</b>	110	5.00	27.00	14.21	6.36
<b>Onay_Arayıcılık</b>	110	9.00	36.00	23.12	6.49
<b>İç_İçe_Geçme_Bağımlılık</b>	110	9.00	54.00	25.48	9.92
<b>Ayrıcalıklılık Yetersiz Özdenetim</b>	110	8.00	42.00	23.30	7.87
<b>Kendini Feda</b>	110	5.00	30.00	16.16	5.10
<b>Terk Edilme</b>	110	5.00	30.00	12.81	6.36
<b>Cezalandırılma</b>	110	6.00	36.00	22.92	6.71
<b>Kusurluluk</b>	110	6.00	35.00	14.12	7.42
<b>Tehditler Karşısında Dayanıksızlık</b>	110	5.00	30.00	15.86	7.09
<b>Yüksek Standartlar</b>	110	3.00	18.00	8.88	4.06
<b>YŞÖ Toplam</b>	110	90,00	403,00	228,36	72.07

YŞÖ Toplam:Young şema ölçeği toplam puanı

İntihar girişimi olan ile olmayan grupların erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılması sonucunda, duygusal yoksunluk, onay arayıcılık, kendini feda, cezalandırılma, kusurluluk ve yüksek standartlar alanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme, ayrıcalıklık yetersiz özdenetim, terk edilme ve tehditler karşısında dayanıksızlık şema boyutları ve erken dönem uyumsuz şemalar toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16.** Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3) Alt Boyutları ve Toplam Puanlarının Gruplar arasında Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

	İntihar Girişimi Olan (Ort.±SS)	İntihar Girişimi Olmayan (Ort.±SS)	p
Duygusal Yoksunluk	13.96±6.39	12.44±7.11	0.245
Başarısızlık	21.53±7.90	16.06±7.81	<0.001***
Karamsarlık	16.78±6.84	12.70±6.81	0.002**
Sosyal İzolasyon Güvensizlik	23.13±8.89	19.39±8.97	0.031*
Duyguları Bastırma	16.21±6.41	12.43±5.82	0.002**
Onay Arayıcılık	24.21±6.77	22.15±6.12	0.097
İç içe Geçme Bağımlılık	28.73±9.58	22.56±9.38	0.001**
Ayrıcalıklık Yetersiz Özdenetim	25.59±8.16	21.24±7.05	0.001**
Kendini Feda	16.94±5.29	15.46±6.30	0.130
Terk Edilme	15.46±6.30	10.44±5.46	<0.001***
Cezalandırılma	24.82±6.65	21.22±6.35	0.005
Kusurluluk	16.11±8.47	12.34±5.85	0.009
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	18.36±7.14	13.62±6.30	<0.001***
Yüksek Standartlar	9.48±4.30	8.34±3.78	0.147
YŞÖ Toplam	254.42±71.61	205.00±64.57	<0.001***

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

Antidepresan Kullanımı grupları arasında CŞDÖ toplam ( $p=0.383$ ), İÖÖ toplam ( $p=0.900$ ), PANSS toplam ( $p=0.965$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Klozapin Kullanımı grupları arasında CŞDÖ toplam ( $p=0.297$ ), İÖÖ toplam ( $p=0.354$ ), PANSS toplam ( $p=0.186$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Depo Kullanımı grupları arasında CŞDÖ toplam ( $p=0.047$ ), İÖÖ toplam ( $p=0.023$ ), PANSS toplam ( $p=0.024$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (**Tablo 17**) .

**Tablo 17.** Antidepresan, Klozapin ve Depo ilaç kullanımına göre CŞDÖ, İÖÖ VE PANSS toplam skorlarının karşılaştırılması

<b>Antidepresan Kullanımı</b>			
	<b>Var</b>	<b>Yok</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±Std. Sapma</b>	<b>Ort±Std. Sapma</b>	
<b>CŞDÖ Toplam</b>	5.77±5.42	4.81±5.43	0.383
<b>İÖÖ Toplam</b>	87.69±10.75	87.95±10.12	0.900
<b>PANSS Toplam</b>	59.58±19.12	59.76±21.13	0.965
<b>Klozapin Kullanımı</b>			
	<b>Var</b>	<b>Yok</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±Std. Sapma</b>	<b>Ort±Std. Sapma</b>	
<b>CŞDÖ Toplam</b>	4.15±5.32	5.42±5.44	0.297
<b>İÖÖ Toplam</b>	86.23±8.65	88.38±10.73	0.354
<b>PANSS Toplam</b>	55.07±16.22	61.15±21.43	0.186
<b>Depo Kullanımı</b>			
	<b>Var</b>	<b>Yok</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±Std. Sapma</b>	<b>Ort±Std. Sapma</b>	
<b>CŞDÖ Toplam</b>	6.18±5.68	4.14±5.02	<b>0.047</b>
<b>İÖÖ Toplam</b>	90.16±11.60	85.73±10.73	<b>0.023</b>
<b>PANSS Toplam</b>	64.28±18.78	55.52±21.43	<b>0.024</b>

Uzun etkili intramüsküler depo antipsikotik kullanan 53(%48.2) hasta vardı. Kullanım süreleri en az 3 ay ile en çok 8 yıl arasında değişmekteydi (Tablo 18).



**Tablo 18.** Uzun etkili intramüsküler antipsikotik kullanan hastaların kullandıkları antipsikotiklerin dağılımı

Paliperidon 50mg/ay	2
Paliperidon 75mg/ay	4
Paliperidon 100mg/ay	12
Paliperidon 150 mg/ay	6
Paliperidon 350 mg/3 ay	3
Aripiprazol 400 mg/ay	9
Zuklopentiksol 200 mg/2 hafta	5
Risperidon 50 mg/2 hafta	8
Flupentiksol 20 mg/2 hafta	3
Flufenazin 25 mg/2 hafta	1
<b>Toplam</b>	<b>53</b>

Psikiyatri servisi yatış sayısı değişkenine göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği toplam puanı ( $p=0.155$ ), DEZTÖ Toplam puanı ( $p=0.541$ ), İÖÖ Umutsuzluk alt ölçeği ( $p=0.188$ ), İÖÖ İntihar Düşüncesi alt ölçeği ( $p=0.387$ ), İÖÖ Düşmanlık alt ölçeği ( $p=0.402$ ), İÖÖ Olumsuz Kendilik Değerlendirme alt ölçeği ( $p=0.188$ ) ve İÖÖ\_Toplam puanları arasında ( $p=0.209$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur . Ancak yatış sayısı 7 ve üzeri olan hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puanı, yatış sayısı 7 den az olanlara göre daha yüksekti (**Tablo 19**).

**Tablo 19.** Çalışmaya alınan tüm hastaların CŞDÖ Toplam Puanı,DEZTÖ Toplam Puanı, İÖÖ alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam Puanları ile yatış sayısı değişkeninin karşılaştırılması

	Yok	1-3 kez	4-7 kez	>7 den fazla	p
<b>CŞDÖ Toplam</b>	6.38±5.82	4.50±5.22	4.38±5.32	8.83±5.19	0.155
<b>DEZTÖ Toplam</b>	11.45±3.32	11.93±3.35	10.93±2.86	12.00±4.73	0.726
<b>İÖÖ Umutsuzluk</b>	26.96±7.10	28.39±6.70	26.81±4.48	33.00±6.63	0.188
<b>İÖÖ İntihar Düşüncesi</b>	22.08±4.58	21.05±5.64	23.38±3.98	20.67±3.78	0.387
<b>İÖÖ Düşmanlık</b>	13.04±4.60	13.11±5.47	12.75±3.77	16.67±5.50	0.402
<b>İÖÖ Olumsuz Kendilik Değerlendirme</b>	23.71±5.38	24.86±5.58	27.44±5.06	24.17±2.48	0.188
<b>İÖÖ Toplam</b>	85.79±11.83	87.41±9.74	90.38±8.13	94.50±13.19	0.209

Hastalarla yapılan görüşme sırasında çalışmaya alınan tüm hastalar arasında toplam 17 hastada (%15.5) cinsel istismar öyküsü olduğu saptandı (**Tablo 20**).

**Tablo 20.** İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hasta gruplarında cinsel istismar öyküsüne göre karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan (Ort.±SS)	İntihar Girişimi Olmayan (Ort.±SS)	p
<b>Cinsel İstismar</b>			
Var	11(%21.2)	6(%10.3)	0.186
Yok	41(%78.8)	52(%89.7)	

Cinsel istismar öyküsüne göre DEZTÖ toplam puanı, İÖÖ'nin toplam puanı ve umutsuzluk, düşmanlık, olumsuz kendilik değerlendirmesi alt ölçek skorları, PANSS Pozitif, PANSS Negatif, PANSS Genel psikopatoloji alt ölçek skorları ve PANSS Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Diğer taraftan cinsel istismar öyküsü olan ve olmayanlar arasında YŞÖ'nin başarısızlık, karamsarlık, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme bağımlılık, ayrıcalıklılık yetersiz özdenetim, kendini feda , terkedilme, cezalandırılma, yüksek standartlar alt ölçek skorları, İÖÖ'nin intihar düşüncesi alt ölçek skoru ve PANSS negatif skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (**Tablo 21**).

**Tablo 21.** Cinsel istismar öyküsüne göre PANSS skorlarının, CŞDÖ Toplam puanlarının karşılaştırılması İÖÖ Toplam puanı, DEZTÖ Toplam puanlarının karşılaştırılması

Cinsel İstismar			
	Var Ort±Std. Sapma	Yok Ort±Std. Sapma	p
<b>PANNS Pozitif</b>	17.52±8.33	11.78±5.89	<b>0.001**</b>
<b>PANNS Negatif</b>	18.58±5.33	16.61±6.66	0.251
<b>PANNS Genel Patoloji</b>	36.35±10.72	28.84±9.17	<b>0.003**</b>
<b>PANNS Toplam</b>	72.47±20.17	57.34±19.65	<b>0.005**</b>
<b>CŞDÖ</b>	7.88±5.61	4.62±5.26	<b>0.022*</b>
<b>İÖÖ Umutsuzluk</b>	33.47±6.03	27.11±6.21	<b>&lt;0.001***</b>
<b>İÖÖ İntihar Düşüncesi</b>	20.23±4.78	21.83±5.18	0.239
<b>İÖÖ Düşmanlık</b>	17.47±5.24	12.46±4.67	<b>&lt;0.001***</b>
<b>İÖÖ Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi</b>	21.70±6.08	25.53±5.08	<b>0.007**</b>
<b>İÖÖ Toplam</b>	92.88±9.95	86.95±10.13	<b>0.028*</b>
<b>DEZTÖ toplam</b>	9.88±3.73	12.02±3.16	<b>0.014*</b>

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

**Tablo 22.** Cinsel istismar öyküsüne göre Erken Dönem Uyuşmaz Şemalar ve EDUŞ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsel İstismar			
	Var Ort±Std. Sapma	Yok Ort±Std. Sapma	p
Duygusal Yoksunluk	18±6.65	12.27±6.47	<b>0.001**</b>
Başarısızlık	22.23±9.49	18±7.93	0.052
Karamsarlık	17.05±6.56	14.19±7.13	0.127
Sosyal İzolasyon Güvensizlik	28.52±7.41	19.81±8.74	<b>&lt;0.001***</b>
Duyguları Bastırma	16.76±6.84	13.75±6.20	0.073
Onay Arayıcılık	23.82±6.14	23±6.57	0.633
İç İç Geçme Bağımlılık	29.11±10.24	24.81±9.77	0.101
Ayrıcalıklılık Yetersiz Özdenetim	26.64±8.53	22.68±7.63	0.056
Kendini Feda	17.88±5.45	15.84±5.00	0.132
Terk Edilme	15.11±6.92	12.39±6.20	0.106
Cezalandırılma	25.82±6.16	22.39±6.71	0.053
Kusurluluk	17.64±9.55	13.48±6.83	<b>0.033*</b>
Tehditler Karşısında Dayanısızlık	19.58±7.43	15.18±6.85	<b>0.018*</b>
Yüksek Standartlar	9.05±4.33	8.84±4.03	0.846
EDUŞ toplam	269.41±70.79	220.86±70.10	<b>0.01*</b>

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

Calgary şizofrenide depresyon ölçeği ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde doğrusal zayıf düzeyde ilişki vardır (r=0.234, p=0.014).

Calgary şizofrenide depresyon ölçeği ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin alt ölçeklerinden olan Umutsuzluk ile orta düzeyde pozitif yönde doğrusal istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0.524, p<0.001).

Calgary şizofrenide depresyon ölçeği ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin alt ölçeklerinden olan İnkâr düşüncesi ile negatif yönde zayıf düzeyde doğrusal istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0.326, p<0.001).

Calgary şizofrenide depresyon ölçeği ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin alt ölçeklerinden olan Düşmanlık ile pozitif yönde orta düzeyde doğrusal istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $r=0.692$ ,  $p<0.001$ ).

Calgary şizofrenide depresyon ölçeği ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin alt ölçeklerinden olan Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki vardır ( $r=-0.533$ ,  $p<0.001$ ) **(Tablo 23)**.

**Tablo 23.** İntihar Olasılığı Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki

		Umutsuzluk	İntihar Düşüncesi	Düşmanlık	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	İÖÖ Toplam
<b>CŞDÖ</b>	r	0,524	-0,326	0,692	-0,533	0,234
	p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,014</b>

110 şizofreni tanılı tüm hastalar içerisinde 14 hasta (%12.7) CŞDÖ'den 11 ve üzeri puan aldı. CSDÖ ölçeği kesme puanı 11 alınarak belirlenen depresyon durumuna göre geriye doğru (backward) değişken seçimi ile depresyon düzeltilmesi yapılarak oluşturulan regresyon modellerinde sosyal izolasyon/güvensizlik ve terk edilme şemaları PANSS pozitif ile ilişkili bulunmuşken, PANSS Negatif Başarısızlık şeması ile ilişkili bulundu.

**Tablo 24.** Depresyon değişkeni sabit tutularak PANSS pozitif ile EDUŞ ilişkisinde regresyon analizi

Değişkenler	B	S(B)	Beta	t	p
Sabit	6.477	2.107		3.074	0.003
Karamsarlık	-0.389	0.14	-0.417	-2.773	<b>0.007</b>
Sosyal İzolasyon Güvensizlik	0.308	0.105	0.423	2.93	<b>0.004</b>
Duyguları Bastırma	-0.228	0.127	-0.22	-1.805	0.074
Onay Arayıcılık	0.182	0.102	0.179	1.784	0.077
Terk Edilme	0.339	0.136	0.326	2.487	<b>0.015</b>
Cezalandırılma	-0.198	0.104	-0.201	-1.895	0.061
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	0.241	0.133	0.258	1.807	0.074
Depresyon	6.040	1.732	0.305	3.487	0.001
<b>R= 0.62, R<sup>2</sup>=0.39, Düzeltilmiş R<sup>2</sup> =0.34 (F=8.195; p&lt;0.001)</b>					

**Tablo 25.** Depresyon değişkeni sabit tutularak PANSS negatif ile EDUŞ ilişkisinde regresyon analizi

Değişkenler	B	S(B)	Beta	t	p
Sabit	9.948	2.296		4.332	<0.001
Duygusal_Yoksunluk	0.167	0.096	0.174	1.741	0.085
Başarısızlık	0.280	0.078	0.357	3.606	<b>&lt;0.001</b>
Onay_Arayıcılık	0.193	0.108	0.193	1.789	0.076
Cezalandırılma	-0.215	0.110	-0.222	-1.954	0.053
<b>R= 0.46, R<sup>2</sup>=0.21, Düzeltilmiş R<sup>2</sup> =0.19 (F=7.373; p&lt;0.001)</b>					

Erken dönem uyumsuz şemaların yaşam boyu intihar girişiminin var olup olmamasıyla bağlantısını depresyon ve şizofreninin pozitif ve negatif semptomlarının etkisini kontrol ederek incelemek için lojistik regresyon analizi kullandık. Bu amaçla enter yöntemiyle ilk adımda yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum eşitliğe girilmiştir. İkinci adımda depresyon, pozitif ve negatif semptom puanları eşitliğe dahil edilmiştir. Son adımda ise erken dönem uyumsuz şemalar eklenmiştir. Analiz sonucuna göre, sosyodemografik değişkenlerin, depresyonun, pozitif ve negatif semptomların ötesinde başarısızlık şeması (B = 0.125, SH = 0.055, p = 0.023) intihar girişiminin varlığıyla; sosyal izolasyon-güvensizlik şeması intihar girişiminin yokluğuyla ilişkili olma eğilimindedir (B = -0.209, SH = 0.076, p = 0.006) (**Tablo 26**).

**Tablo 26.** Şizofreni hastalarında yaşam boyu intihar girişimleri ile EDUŞ ilişkisinin regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	B	SH	Wald test	OR	% 95 CI		p	R <sup>2</sup>
					Lower	Upper		
<b>Başarısızlık</b>	0,125	0,055	5,16	1,133	1,017	1,261	<b>0,023</b>	0,422
<b>Sosyal İzolasyon/Güvensizlik</b>	-0,209	0,076	7,558	0,811	0,699	0,942	<b>0,006</b>	

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma; geçmişte en az bir kez intihar girişimi olan ve yaşam boyu hiç intihar girişimi olmayan şizofreni hasta grupları arasında EDUŞ'ları ve zihin kuramı becerilerini karşılaştırarak intihar girişimleri ile ilişkisini incelemeyi amaçlamıştır. Ayrıca hastaların güncel intihar olasılıkları, depresyon düzeyleri ve bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin araştırılması da çalışmanın hedefleri arasında yer almaktadır.

İntihar girişimi olan (n=52) ve olmayan (n=58) şizofreni tanılı hasta grupları arasında yaş, eğitim süresi, cinsiyet, medeni durum açısından benzer olgular seçilmesi ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması grupların karşılaştırılabilir olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastaları arasında, cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sonuç literatürdeki bazı çalışmalarla uyumludur <sup>107, 108</sup>.

İntihar girişimi olanların %23.1'i evli ve %5.8'i yalnız yaşıyordu. İntihar girişimi olmayan grubun ise %25.9'u evli ve %5.2'si yalnız yaşıyordu. Gruplar arasında evli olma ve yalnız yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hawton ve ark., 15 çalışmaya dayanan sistematik gözden geçirme çalışmasında evli ya da birlikte yaşayan hastalarda intihar riskinin daha düşük olduğunu belirtmişler ancak bu ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmamışlardır <sup>55</sup>.

Yine intihar girişimi olanların %86.5'unun ve intihar girişimi olmayanların da %82.8'i geçmişte hiç çalışma öykülerinin olmadığını saptadık ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık. Konuyla ilgili bir çalışmada, şizofreni hastalarında işsizliğin intihar riski ile ilişkili olmadığı saptanmıştır <sup>55</sup>.

Çalışmamızda, intihar girişiminde bulunanların %46.1'i birden fazla intihar girişiminde bulunmuştur. Reutfors J. (2009) ve Öztürk ve ark (2018) yaptığı çalışmalarda da intihar girişimi olan hastaların büyük çoğunluğunun birden fazla girişimde bulduklarını saptamışlardır <sup>109, 110</sup>.

İntihar girişimi olan hastaların % 44,7'sinin ilaç dışı yöntemlerle (zehir, ası, yüksekten atlama vs.) intihar girişiminde bulunduğunu saptadık. Geçmiş çalışmalara göre, şizofreni hastaları genel popülasyona kıyasla daha vahşi ve ölümcül metodlarla intihar girişiminde bulunmaktadır <sup>111</sup>.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastaları arasında psikiyatri servis yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu bulgu yakın zamanda yapılan bir metaanaliz çalışması ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda şizofreni hastalarında daha fazla sayıda psikiyatrik yatışın hem intihar düşüncesi hem de girişimi ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu saptamış ve bu ilişkinin muhtemelen daha ciddi bir hastalık seyri ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür <sup>44</sup>.

Yine çalışmamızda intihar girişiminde bulunan grupta hastalık süresi ve tedaviye başlamak için geçen süre, bulunmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada Ran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer olarak hastalık süresi ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki bulundu <sup>112</sup>. Bulgularımızı destekler şekilde bazı çalışmalarda, şizofrenide en önemli ölüm nedenlerinden biri olan intihar riski ile tedavisiz geçen hastalık süresi ilişkili bulunmuştur <sup>113, 114</sup>.

Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık. Bulgumuzun aksine yapılan bir çalışmada intihar girişimi olanların hastalık başlangıç yaş ortalamasının, olmayan gruba göre daha küçük olduğu saptanmıştır <sup>115</sup>.

Çalışmamızda intihar girişimi olan grupta yer alan 6 hastanın ailesinde, intihar girişim öyküsü vardı. İntihar girişimi olmayan grupta ise 2 hastanın ailesinde intihar girişimi öyküsü mevcuttu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Yapılan bir çalışmada ailede intihar girişimi öyküsü, şizofreni hastalarında ölümcül ve çok sayıda intihar girişiminde bulunma riskini 3,2 kat arttırdığını göstermiştir <sup>49</sup>.

İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji ve genel toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamadık ( $p>0,05$ ). Yapılan bir çalışmada ağırlıklı olarak pozitif semptomları olan şizofreni hastalarında, ağırlıklı olarak negatif semptomları olanlara kıyasla daha yüksek intihar riski olduğunu düşündürmektedir <sup>116</sup>. Yine psikoz tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada intihar riskinin semptomların şiddetine göre değiştiği, pozitif semptomların artan intihar riskiyle ilişkili olduğu saptanmıştır <sup>117</sup>. Başka çalışmalarda ise negatif semptomlar, intihar riskinde azalma ile ilişkili bulunmuştur <sup>55, 118</sup>. Bu karışık sonuçlara, hastalığın ilerleyen

dönemlerinde ortaya çıkabilen farklı özellikler veya farklı etnik ve genetik arka planlar da dahil olmak üzere birçok etken neden olabilir.

İntihar girişimi olanların CŞDÖ puanları, intihar girişimi olmayanların CŞDÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). Bugüne kadar yapılan birçok çalışmanın neticesinde depresyonun şizofrenide intihar girişimi için önemli bir risk faktörü olduğu öne sürülmüştür<sup>39, 40, 55, 119</sup>. Aksine şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan bireylerde depresyon ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılan bir çalışmada depresyon, intihar girişimi olmayanlarda da sık bulunmuş ve intihar girişiminde bulunanların sadece yarısı majör depresyonun bir döneminde intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir<sup>120</sup>. Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak intihar girişimi olan grubun CŞDÖ puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak, klinisyenler şizofreni hastalarında depresif bir epizod olmasa bile hastaların intihar riski olduğunu hatırlamalıdır.

İntihar girişimi olan grupta antidepresan kullanımı intihar girişimi olmayan gruba göre daha yüksekti ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0,05$ ). Bu grupta, eşlik eden depresif belirti düzeyinin yüksek olması nedeniyle, daha sık olarak depresif yakınmaların saptandığı ve antidepresan tedavi başlandığını düşündük<sup>31, 37</sup>.

Depo antipsikotik kullanan hasta grubumuzun İÖÖ Toplam, CŞDÖ Toplam ve PANSS toplam değerleri, depo antipsikotik kullanmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada uzun etkili antipsikotik kullanan hastaların, oral antipsikotik kullanan hastalara göre hastaneye yatış sayılarının daha fazla olduğu, ayrıca depo antipsikotik kullanan hastalarda psikotik belirtilere ve dağınık düşüncelere daha sık rastlandığı tespit edilmiştir<sup>121</sup>. 344 kronik şizofreni tanılı hastayı 10 yıllık süre ile takip ederek gözlemleyen ve sonuçları daha önce yapılan ayna görüntüsü olan retrospektif bir çalışma ile karşılaştırarak değerlendiren uzunlamasına bir çalışmada, uzun etkili depo antipsikotik kullanımının şizofreni hastalarında standart tedaviye kıyasla tedavi uyumunu arttırdığını ve intihar davranışını azaltmaya yardımcı olduğunu saptamışlardır<sup>122</sup>. Depo antipsikotik kullanan grupta belirti düzeylerini daha yüksek bulmamızın, bu grubun tedaviye uyumu zayıf olan ve hastalığı daha ağır seyreden bir grup olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.



Çalışmaya alınan hastaların bir kısmında, “çocukluk çağında cinsel travmaları” mevcuttu. Geçmişte intihar girişimi olan ve olmayan grup arasında cinsel istismar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamadık. Bulgumuzun aksine 82 şizofreni tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada, yaşam boyu intihar girişimi olan hastaların, olmayanlara göre daha yüksek cinsel istismar puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada araştırmacılar, lojistik regresyon analizleri ile cinsel istismarın yaşam boyu intihar girişimlerinin bir öngörücüsü olduğunu öne sürmüşlerdir <sup>123</sup>. Roy (2011), çocukluk travmasının daha yüksek bir intihar girişimi riski, ve tekrarlanan intihar girişimleriyle ilişkili olduğunu belirtmiştir<sup>124</sup>. Çalışmamızda cinsel istismar öyküsü olan hasta grubunda CŞDÖ ve İOÖ toplam puanları daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Literatürde, bulgumuzu destekleyecek şekilde çocukluk çağında yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın, depresyon ve intihar riskini arttırdığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır <sup>125, 126</sup>.

Pek çok çalışma ile erken çocukluk çağı travmalarının ve erken dönem olumsuz yaşam olaylarının psikoz gelişiminde risk artırıcı bir faktör olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir metaanaliz çalışması çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel istismara maruz kalmanın, psikotik bozukluk için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir<sup>127</sup>. Çalışmamızda cinsel istismar öyküsü olanların PANSS pozitif, PANSS genel psikopatoloji ve PANSS toplam puanları, cinsel istismar öyküsü olmayan gruba göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bulgumuzu destekler şekilde çocukluğunda cinsel istismara uğrayanlarda SAPS (pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği ) puanının, ‘duygusal ihmal / istismar’ ve ‘fiziksel ihmal / istismar travmalarına’ göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır <sup>53</sup>. Çocukluk çağı travmasının psikotik semptomlara, özellikle de pozitif semptomlara neden olabileceği gösterilmiştir <sup>127</sup>. Yapılan bir çalışmada ihmale göre istismar öyküsünün, negatif semptomlardan ziyade pozitif semptomlarla daha güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur <sup>128</sup>.

Çalışmamızda cinsel istismar öyküsü olanlarda ‘duygusal yoksunluk’, ‘sosyal izolasyon/güvensizlik’, ‘kusurluluk’ ve ‘tehditler karşısında dayanıksızlık’ şema puanları ve EDUŞ toplam puanını, olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulduk. Bulgumuzla uyumlu olarak Young ve ark., çocukluk çağında maruz kalınan cinsel ve fiziksel istismarın tehditler karşısında dayanıksızlık şemasının gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür<sup>12</sup>.

'Güvensizlik şemasına' sahip kişilerin başkaları tarafından zarar göreceği, istismar edileceği beklentisine sahip olmaları bu kişilerin geçmişte yaşadığı cinsel istismar öyküleri ile açıklanabilir.

Cinsel istismar öyküsü olanların DEZTÖ toplam puanını, cinsel istismar öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptadık. Şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı konan 47 hastada çocukluk çağı travması ile beyin fonksiyonu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın şizofrenide etkili 'zihinsel durum çıkarımı' için gerekli olan beyin bölgelerinin fonksiyonel değişikliklerine katkıda bulunabileceğini öne sürmüşlerdir <sup>129</sup>. Bizim çalışmamızda da cinsel istismar öyküsü olanlarda, 'zihin kuramı performanslarının' daha kötü olması travmanın beyindeki fonksiyonel değişikliklere neden olması ile açıklanabilir. Yakın zamanda zihin kuramı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisini inceleyen şizofreni tanılı hastalarla yapılmış bir çalışmada, özellikle erken çocukluk döneminde (0-6 yaş) duygusal ihmalin bu gruptaki 'zihin kuramı becerilerinde' bozulma ile ilişkili olduğunu saptanmıştır <sup>130</sup>. Tüm bu sonuçlar neticesinde; çocukluk çağı travmalarının sadece tek bir alanda gerçekleşmesi nadirdir. Genellikle kötü muamele türlerinden birine (örneğin, ihmal; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar vb.) maruz kalan çocuklar, diğer türlere de maruz kalır <sup>131</sup>. Literatürde şizofreni tanılı hastalarda zihin kuramı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının diğer türlerinin de sorgulanacağı, daha büyük örneklem ile yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hastaların intihar olasılıkları İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ile değerlendirilmiştir. İntihar girişimi olan grup ile intihar girişimi olmayan grup karşılaştırıldığında intihar olasılığı alt ölçeklerinden olan 'umutsuzluk', 'intihar düşüncesi' ve 'düşmanlık' alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). 'Umutsuzluk' alt ölçeği puanı, intihar girişimi olan grupta daha yüksekti. Yapılan birçok çalışmada umutsuzluğun depresyon kontrol edilse dahi, intihar davranışına yol açtığı saptanmıştır <sup>132</sup>. Cotton ve ark., intihar sonucu ölen 20 şizofreni hastasının terapistleriyle yaptıkları görüşmeler neticesinde, hastaların görüşmeler sırasında umutsuzluklarını ifade ettiklerini ve çoğunda geçmişte intihar davranışı öyküsünün bulunduğunu öğrenmişlerdir <sup>133</sup>.

Çalışmamızda 'düşmanlık' alt ölçeği puanı, intihar girişimi olan grupta

daha yüksekti. Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada, başvuru sırasındaki 'düşmanlık' düzeyi ile uzun süreli değerlendirmelerde dahi intihar riski ile ilişki bulunduğu saptanmıştır <sup>134</sup>.

'İntihar düşüncesi' alt ölçeği puanı, intihar girişimi olmayan grupta daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0.05$ ). Hastalığın ilk 10 yılı boyunca şizofreni hastalarının yüksek intihar riski taşıdığı öne sürülmüştür <sup>31, 56, 57</sup>. Bu bulgumuz intihar girişimi olmayan grubun hastalık süresinin, intihar girişimi olan gruba göre daha kısa olması ile açıklanabilir.

Gruplar arasında intihar olasılığı toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Çalışmamızın aksine, yapılan bir çalışmada intihar girişimi öyküsü olanlarda beş kat daha yüksek bir intihar riski bulunmuş <sup>109</sup>. Geçmiş intihar girişimleri her ne kadar intihar riskiyle ilişkili bulunmuş olsa da, intihar riski ile ilişkili birçok etken vardır. Yapılan bir çalışmada genç yaşta olan şizofreni tanılı hasta gruplarında nispeten daha yüksek bir intihar riski bulunmuş olsa da, intihar riskinin bu hastalarda uzun bir süre boyunca biriktiği ve şizofreni tanılı kişilerde yaşam boyu hala çok yüksek kaldığı düşünülmektedir <sup>135</sup>.

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) arasındaki ilişkiyi incelediğimizde İÖÖ'nün 'umutsuzluk' ve 'düşmanlık' alt boyutları ile CŞDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulduk. Yine her iki ölçeğin toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptadık ( $p < 0,05$ ). Yukarıda yapılan analizler sonucunda, 'umutsuzluk' ve 'düşmanlık' puanları arttıkça depresyon puanlarının da artış göstermesi beklenen bir sonuçtur. Bulgumuzu destekler şekilde şizofreni hastalarında depresyonun intihar girişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğu ve umutsuzluğun depresyonun en karakteristik bulgusu olarak intihar düşüncesi ve girişiminde önemli rol oynadığı saptanmıştır <sup>55, 32</sup>. Depresyon ve intihar arasındaki ilişkide anahtar rolün umutsuzluk olduğu düşünülmektedir ve yapılan birçok çalışmada umutsuzluğun intiharın temel öngörücüsü olabileceği sonucuna ulaşmışlardır <sup>1, 136, 137</sup>. Çalışmamızda 'olumsuz kendilik değerlendirmesi' ve 'intihar düşüncesi' puanı arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. Bu beklemediğimiz bir bulguydu. Örneklemimizde intihar girişimi olan grubun depresyon puanlarının, intihar girişimi olmayan grupta ise intihar düşüncesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olması bu sonucun nedeni olabilir.

Şizofreni ile ilgili olarak, TOM (theory of mind) genellikle sosyal bilişin bir alt alanı olarak tartışılmaktadır. Zihin kuramı ile ilgili 71 çalışmanın dahil edildiği bir metaanaliz çalışması, zihin kuramı bozukluklarının hastalığın akut dönemlerinde daha belirgin olduğu, ancak remisyon döneminde de devam ettiğini raporlamıştır. Şizofrenili hastaların sağlıklı akrabalarında, sanrılı bozukluk ve yüksek şizotipal özellikleri olan bireylerde de zihin kuramı bozukluklarının kanıtı vardır <sup>138</sup>. Tüm bu makul kanıtlar neticesinde zihin kuramı bozukluklarının psikoz spektrum bozuklukları için aday bir endofenotip olabileceği vurgulanmıştır <sup>139, 140</sup>. Şizofrenide zihin kuramı birçok çalışmada araştırılmıştır <sup>10, 71, 74, 76</sup>. Ancak çok az çalışma, şizofrenide intihar girişiminin zihin kuramı ile ilişkisini değerlendirmiştir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında 'birinci derece yanlış inanç', 'ikinci derece yanlış inanç', 'ironi' ve metafor' zihin kuramı becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ( $p < 0,05$ ). Bulgumuzun aksine yakın zamanda ilk atak psikoz sonrası bir yıl süre ile takip edilen hastalar ile yapılan bir çalışmada, birinci derece yanlış inançtaki başarısızlıklar ile çok sayıda intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır <sup>141</sup>. 57 şizofreni tanılı hasta ile yapılan başka bir çalışmada intihar girişimi olan hastaların premorbid işlevsellik, sosyodemografik, klinik ve nöropsikolojik özellikler için ayarlandıktan sonra bile 'ikinci derece TOM görevlerinde' eksiklikler saptanmış. Zihin kuramı görevlerindeki hataların, şizofrenide yüksek intihar riskine katkıda bulunabileceğini öne sürmüşlerdir <sup>142</sup>.

Çalışmamızda intihar girişimi olan grupta 'empatik anlayış performansı' intihar girişimi olmayan gruba göre daha iyiydi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). Bizim çalışmamızın bulgusunu destekler şekilde çok yakın zamanda 627 kronik şizofreni tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada empatinin, özellikle duygusal empatinin intihar için bir risk faktörü olabileceğini saptamışlardır <sup>143</sup>. Bu çalışmada empati ile intihar girişimi arasındaki ilişkiye neden olabilecek altta yatan nöroanatomik mekanizmaların incelenmesi önerilmiştir. Antisosyal eğilimi olan psikotik bozukluğu olan suçlularda nörodavranışsal sosyal bilişsel ilişkilerin intihar davranışı ile ilişkili olup olmadığını inceleyen başka bir çalışmada intihar girişimi olmayanların empati performansı daha iyi bulunmuştur <sup>144</sup>. Yine majör depresif bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada intihar girişimi olan hastaların empati yeteneği intihar girişimi olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır <sup>145</sup>. Literatürde farklı hasta

gruplarında empati ile intihar girişimi arasındaki ilişkiye dair bulgular tutarsızdır. Yapılan bir çalışmada hem duygusal hem de bilişsel düzeyde empatinin içgörüyü ilişkili olduğu saptanmıştır <sup>146</sup>. Şizofreni hastalarında iç görüşü korunmuş olanlarda intihar riskinin yüksek olduğu saptanmıştır <sup>34, 147</sup>. İçgörünün empati ile ilişkili olduğu varsayımından yola çıkarak intihar girişimi olan grubun daha iyi empatik anlayışa sahip olması daha iyi içgörüyü sahip oldukları ile açıklanabilir. Bu nedenle ileriki çalışmalarda içgörü açısından da hastaların değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Ancak empati karmaşık, çok boyutlu bir süreçtir. Empatinin duygusal ve bilişsel olarak iki bileşeni olduğu ve değişik anatomik alt yapılara dayandığı gösterilmiştir. Bu nedenle bu yapıların sonraki çalışmalarda alt bileşenleriyle incelenmesi ve altta yatan mekanizmaların tespiti için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda korelasyon analizinde PANSS pozitif alt ölçeği ile DEZTÖ alt ölçekleri ve DEZTÖ toplam puanı arasında bir ilişki saptamadık. PANNS negatif alt ölçeği ile DEZTÖ alt ölçeklerinden '1. Derece yanlış inanç' ve DEZTÖ toplam puanı arasında negatif yönde bir ilişki saptadık. Yine PANSS toplam puanı ile DEZTÖ alt ölçeklerinden olan '1. Derece yanlış inanç' arasında negatif yönde bir ilişki saptadık. Bulgumuzu destekler şekilde daha önce yapılan bir çalışmada zihin kuramındaki bozuklukların negatif semptomlarla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır<sup>148</sup>. Yine negatif belirtileri ön planda olan şizofreni hastalarının ZK becerilerinin negatif belirtileri ön planda olmayan şizofreni hastalarından farklı olup olmadığı ile ilgili yapılan bir çalışmada, negatif belirtileri ön planda olan şizofreni hastalarının zihin kuramı performanslarının daha kötü olduğu saptanmıştır <sup>149</sup>. Mazza ve ark., şizofren hastalarda birinci dereceden yanlış inanç performansının psikomotor yoksulluk puanları ile negatif korelasyon gösterdiğini bulmuştur <sup>150</sup>. Hem remisyondaki, hem de belirtili dönemdeki şizofreni hastalarında ZK bozukluğu olduğu ve bu bozukluğun negatif belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir <sup>151, 152</sup>. Yapılan bazı çalışmalarda pozitif belirtileri olan şizofreni hastalarının ZK becerilerinde eksiklik değil, aşırılık, hipertrofi (hyperToM) olduğunu, sanrıların kişinin kendisinin veya diğerlerinin düşünce ve niyetlerine aşırı atıfta bulunulmasından kaynaklandığını öne sürmüştür <sup>153</sup>. Yine 80 paranoid şizofreni tanılı hastada yapılan bir çalışmada negatif semptomlar, zihin kuramı becerilerinin eksikliği ile ilişkilirken, sanrılar gibi pozitif semptomlar aşırı yapılandırma (overmentalizing) ile ilişkilendirilmiştir <sup>154</sup>. Aksine 55 kronik

şizofreni tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada PANSS kullanılarak değerlendirilen pozitif, negatif ve genel skorlar gibi hiçbir psikopatoloji skoru zihin kuramı becerileri ile korelasyon göstermemiştir <sup>155</sup>. Zihin kuramı becerilerinin zamanla sabit kalıp kalmadığı ve ilk atak dönemindeki zihin kuramı becerilerinin psikotik belirtiler ve sosyal işlevsellikle olan ilişkisini araştırmak için ilk atak psikoza olan 54 hastanın 6. ve 12. aylarda takiplerinin yapıldığı, uzunlamasına bir çalışmada psikotik belirti düzeyleri değişse de ToM yeteneğinin sabit kaldığı saptanmıştır <sup>156</sup>.

Hastaların eğitim durumuna göre DEZTÖ toplam puanı değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık ( $p < 0,05$ ). Yapılan bir çalışmada da bulgumuzu destekler şekilde eğitim düzeyi ile ZK becerileri arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir <sup>157</sup>. Ancak bulgumuzun aksine eğitim düzeyi daha yüksek olan şizofreni hastalarının ZK performansının daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar da vardır <sup>158</sup>. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, şizofreni hastalarının zihin kuramı defisitlerinin remisyon döneminde de devam ettiği ve rezidüel semptomlar ve IQ'nun zihin kuramı becerilerini etkileyebileceği bildirilmiştir <sup>159</sup>.

Çalışmamızda hastalık süresi, tedavisiz geçen süre ile DEZTÖ toplam puanı ve DEZTÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Bulgumuzla uyumlu olarak sosyal bilişi, 'zihin kuramı', 'duygu tanıma' ve 'sosyal algı' alanları olarak 3 farklı boyutta inceleyen bir çalışmada prodromal, ilk atak ve kronik şizofreni hastası örneklemelerinin tümünde hastalığın tüm fazlarında zihin kuramında bozulma saptanmış <sup>160</sup>. 21 çalışmanın dahil edildiği bir metaanaliz çalışmasının sonuçlarına göre zihin kuramı bozukluklarının şizofrenide hastalığın başlangıcından itibaren meydana geldiğini ve hastalığın ilerlemesi, kroniklik ve uzun süreli farmakoterapinin etkileri ile açıklanamayacağını göstermektedir <sup>158</sup>. Çalışmamızın aksine, bir çalışmada zihin kuramı becerilerinin, hastalığın süresi ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur <sup>161</sup>. Çalışmaların tutarsız bulgular bildirmesinin öncelikli nedenleri arasında; şizofrenide remisyon kavramının yeterince net tanımlanmamış olması, kullanılan ilaçların olası etkilerinin çoğu araştırmada dikkate alınmamış olması ve bilişsel belirtilerin karıştırıcı etkilerinin tam olarak dışlanamaması ile ilgili olabileceği öne sürülmüştür <sup>159</sup>. Ayrıca zihin kuramı açıklarının literatürde farklılık göstermiş olmasında, uygulanan farklı görevlerin performanslar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir <sup>138</sup>.

Çalışmamızda zihin kuramı becerileri için kullandığımız DEZTÖ, literatürde uygulanmış tüm görevlerden esinlenerek ve bu görevlerin sentezi olacak şekilde oluşturulmuş bir ölçektir.

Şizofreni tanılı hastalarda EDUŞ'ların psikotik belirtilerle olan ilişkisini incelemek literatüre katkı sağlayabilir. Yine birlikte ele alındığında, EDUŞ'ların çok çeşitli klinik popülasyonlarda intihar ile ilişkisinden şüphelenmek için bir neden vardır ve intihar riskiyle ilgili spesifik EDUŞ'ların tanımlanması şizofreni hastaları arasında intihar ile ilgili literatürü artırabilir.

EDUŞ'lar, çocukluk ve ergenlik döneminde, örneğin şiddet, güvensiz bağlanma, ebeveyn boşanması, anne-baba olmaması ve çocukluk travması gibi olumsuz deneyimlerin ardından gelişebilir <sup>12, 83</sup>. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının, EDUŞ'larda genel popülasyona göre daha yüksek puanlara sahip oldukları bulunmuştur <sup>13,97</sup>. Birçok çalışma olumsuz benlik kavramlarını, psikotik semptomların ortaya çıkmasına neden olan bir faktör olarak kabul etmektedir <sup>162, 163</sup>. Olumsuz duygusal durumlara neden olan EDUŞ'ların pozitif semptomlardan önce geldiği kabul edilmiştir <sup>164</sup>. Yapılan bir çalışma, stresli yaşam olayları ve erken travma deneyimlerinin, artmış 'stres duyarlılığı' ile ilişkisinin bulunduğu ve bu şekilde psikozun pozitif semptomlarına giden duygusal yolun ortaya çıktığına dair varsayımı desteklemiştir <sup>165</sup>. İşlevsiz bilişsel şemalara sahip kişilerde yanlış yargılama olabilir (örneğin, dünyayı tehdit edici ve güvensiz bir yer olarak düşünmek) ve bazı durumlarda bu yanlış inançlar, sanrılar veya sosyal çekilme gibi belirtilerle sonuçlanabilir <sup>3, 92</sup>. Çalışmamızda EDUŞ'ların pozitif ve negatif belirtiler arasındaki ilişkisini incelemek için, geriye doğru (backward) değişken seçimi yöntemi ile depresyon düzeltmesi yaparak oluşturduğumuz regresyon modellerinde 'sosyal izolasyon/güvensizlik' ve 'terk edilme' şemalarının pozitif semptomlar ile ilişkili olduğu sonucuna ulaştık. Yine depresyon değişkenini sabit tutarak yaptığımız analizde 'başarısızlık şemasını' negatif belirtilerle ilişkili bulduk. Bulgumuzla tutarlı olarak psikoz hastalarında artan EDUŞ olduğu yönündeki bulguyu doğrulamak ve bunların psikotik semptomlarla olan ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan bazı çalışmalar depresyon kontrol edildikten sonra 'güvensizlik/ istismar' şemasının pozitif semptomlarla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür <sup>13, 98</sup>. Yine bu çalışmaların birinde sosyal izolasyon şemasının ise depresyondan ziyade negatif semptomları yordadığını ortaya koymuştur <sup>98</sup>. Bulgumuzun aksine başka bir çalışma ise

depresyon değişkeni sabit tutularak yapılan analizde 'güvensizlik/ istismar' şemasının pozitif belirtilerle ilişkili olmadığını ve EDUŞ'lar ve negatif semptomlar arasında da ilişki olmadığını ileri sürmüştür. 'Bağlanma/gelişmemiş benlik' EDUŞ'unun depresyon örnekleme kıyasla psikoz örnekleminde daha fazla kendini gösterdiği ortaya konmuş ve bu şemanın psikoz olan hastaları depresyon olan hastalardan en iyi ayırt eden şema olduğu öne sürülmüştür<sup>97</sup>. Çalışmamızda 'güvensizlik/İstismar' şemasının pozitif semptomlarla ilişkili olması sezgisel olarak mümkündür, çünkü güvensizlik ve paranoyanın içeriğinin birbirine yakın olduğu ifade edilmiştir<sup>97</sup>. Sosyal izolasyon, şizofrenide sanrı ve halüsinasyonlara neden olabilmekte veya bunları daha kötü hale gelebilmektedir<sup>166</sup>. Şizofreni tanılı hastaları sağlıklı kontroller ile 'zihin kuramı', 'atıf', 'empati', 'benlik saygısı' ve 'kişilerarası ilişkiler' dahil olmak üzere sosyal bilişin çeşitli yönleri ile karşılaştıran bir çalışmada, negatif semptomlar ile disfonksiyonel inanışlar ve düşük benlik saygısı anlamlı derecede ilişkili bulunmuş<sup>148</sup>. Çalışmamızda 'başarısızlık' şeması da kişide düşük benlik saygısı ile ilişkili olabilir ve negatif belirtileri olan hastalar da ön plana çıkmış olabilir. Yine orijinal formunda 18 şemadan oluşan YŞÖ-KF3 ülkemizde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Türkçe formu için 14 faktörlü bir yapının (14 şemanın) uygun olduğu görülmüştür ve 'sosyal izolasyon/güvensizlik' şeması aynı şema alanı içerisinde incelenmiştir. Ancak bununla birlikte, bu sonuçları daha ayrıntılı hale getirmek için şizofreni konusunda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda intihar girişimi olan grubun tüm şema boyutlarındaki skorlar intihar girişimi olmayan şizofreni tanılı grubun puanlarından daha yüksekti. 'Başarısızlık', 'karamsarlık', 'sosyal izolasyon/ güvensizlik', 'duyguları bastırma', 'iç içe geçme bağımlılık', 'ayrıcalıklılık', 'yetersiz özdenetim', 'terk edilme', 'tehditler karşısında dayanıksızlık' şema boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptadık. Yapılan bir çalışmada aktif hale gelmiş EDUŞ'ların şizofrenide yüksek depresyona katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür<sup>98</sup>. Bu nedenle erken dönem uyumsuz şemaların yaşam boyu intihar girişiminin var olup olmamasıyla bağlantısını, depresyon ve şizofreninin pozitif ve negatif semptomların etkisini de kontrol ederek incelemek için lojistik regresyon analizi kullandık. Analiz sonucumuza göre 'başarısızlık' şeması, sosyodemografik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum), depresyonun, pozitif ve negatif semptomların ötesinde intihar girişimi ile ilişkili



bulundu. Sosyal izolasyon-güvensizlik şeması ise intihar girişiminin yokluğuyla ilişkili olma eğilimindeydi. Şizofreni tanılı hastalarda EDUŞ'lar ile intihar ilişkisini araştıran, bildiğimiz kadarıyla bugüne kadar yapılan tek bir çalışma vardır. 82 şizofreni tanılı hasta ile yürütülen bu çalışma bulgumuzun aksine duygusal yoksunluk şemasının yaşam boyu intihar girişimleri ve mevcut intihar düşüncesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir <sup>167</sup>. Yine EDUŞ'ların şizofreni dışındaki diğer psikiyatrik hastalıklarda intihar davranışı ile olan ilişkisi de birkaç çalışmada incelenmiştir <sup>168, 169, 170</sup>. 79 depresyon tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada 'tehditler karşısında dayanıksızlık' şemasının depresyon ve umutsuzluktan bağımsız olarak intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır <sup>168</sup>. Young, başarısızlık şemasını özellikle okul, kariyer gibi başarı alanlarında kişinin kaçınılmaz olarak başarısız olacağını düşünmesine neden olan kendini akranlarına göre daha yetersiz, yeteneksiz ve başarısız bulması olarak tanımlamaktadır <sup>12</sup>. Kendini başarısız, diğer kişilerden aşağı gören kişilerin öz saygısı da düşük olacaktır. Geçmiş çalışmalarda aşağılık hissi, düşük öz saygı intihar düşünceleri ile ilişkilendirilmiştir <sup>171</sup>. Baumeister, intiharı, hayatlarındaki başarısızlıklar ve düş kırıklıkları için kendini suçlayan bireylerin kendilerinden kaçışı olarak tanımlamıştır. Bunun sonucunda kişi bilişsel olarak çöker. Kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili olumsuz bilişler ortaya çıkar <sup>172</sup>. Geçmiş öyküsünde bir travması bulunan ve tedavi programında bulunan 137 hasta ile yapılan bir çalışmada intihar girişim öyküsü utanç ve başarısızlık şemaları ile ilişkili bulunmuştur <sup>173</sup>. Geçmişte intihar girişimi olan depresyon tanılı hastaları, intihar girişimi olmayan depresif hastalar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştıran bir çalışmada intihar girişimi olan grubun 'başarısızlık', 'güvensizlik', 'duygusal engelleme', 'sosyal izolasyon' ve 'terk / istikrarsızlık' gibi şema boyutlarında daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır <sup>174</sup>. Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde yapılan bir çalışmada 'duygusal yoksunluk' ve 'başarısızlık' şemalarının kendine zarar verme ile ilişkili olduğunu saptamışlar <sup>175</sup>.

## 6. SONUÇLAR

İntihar girişimleri, birçok psikiyatrik bozukluğun önemli bir komplikasyonudur ve şizofreni hastaları arasında da önemli bir ölüm nedenidir. İntihar girişimleri şizofreni hastalarında bugüne kadar yapılan çalışmalarda genel popülasyona göre önemli ölçüde daha yüksek oranda gerçekleşmektedir ve şizofreni hastalarında intihar oranları bugüne kadar tanımlanan risk faktörlerini azaltmaya yönelik önlemlere rağmen hala yüksektir. Çalışmamızda şizofreni hastalarında intihar girişimi ile ilişkili çeşitli etmenler aydınlatılmaya çalışılmış ve sonuçlar mevcut literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

Güncel intihar olasılıklarını incelediğimiz gruplar arasında İÖÖ toplam puanları arasında fark saptamadık ancak intihar girişimi olmayan grubun intihar düşüncesi puanı intihar girişimi olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. İntihar girişimi olan grubun ise CŞDÖ ve İÖÖ umutsuzluk puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Bugüne kadar yapılan çalışmalar neticesinde depresyon ve umutsuzluk her ne kadar intihar düşüncesi ve davranışı için bir risk faktörü olsa da intihar riskini saptamada bir etmenin tek başına tetikleyici rolü olması zordur. Çoğu zaman birçok faktör aynı anda ortaya çıkar ve hastada zorlanmalara ve intihar düşüncesine yol açar. Bu nedenle şizofrenide intiharı tetikleyecek etmenlerin çok yönlü olarak araştırılması şizofreni hastalarında intiharın önlenmesi açısından önemlidir.

Literatürde şizofreni hastalarında EDUŞ ve intihar ilişkisini araştıran bildiğimiz kadarıyla tek bir çalışma mevcuttur. İntihar girişimi olan grup tüm EDUŞ'larda intihar girişimi olmayan gruba göre daha yüksek puanlar aldı. Eşzamanlı sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum), depresif belirti şiddeti ve PANSS kontrol edildikten sonra dahi kendisini beceriksiz, eksik ve başarısız olarak algılama inancıyla ilgili olan 'başarısızlık' şeması intihar girişimi ile ilişkiliydi. Yapılan regresyon analizinde başarısızlık şeması aynı zamanda negatif belirtilerle ilişkiliydi. Yapılan geçmiş çalışmalarda negatif belirtilerin intihar riski ile ilişkili olduğunu da göz önünde bulundurursak 'başarısızlık şeması' şizofreni hastaları için bir risk faktörü olabilir. Ancak başarısızlık EDUŞ'unun şizofreni hastalarında intihar girişimi ile ilişkili olduğu bulgusu tedbirli yorumlanmalıdır, çünkü bu bulguya regresyon analizleri sonucunda ulaşılmıştır. İntihar riski ile 'başarısızlık şeması' arasındaki ilişkinin

diğer şizofreni tanılı hastalar için de genelleştirilebilir olup olmadığını değerlendirmek için daha büyük örnekler ile ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda zihin kuramı becerilerinden olan 'empatik anlayış performansı', intihar girişimi olan grupta daha iyiydi ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Literatürde şizofrenide 'empatik anlayış' ile intihar arasındaki ilişkiyi araştıran tek bir çalışma bulunmaktadır. .Çalışmamızın bulgusu da literatürdeki bu tek çalışma ile uyumludur. Empati karmaşık, çok boyutlu bir süreçtir. Empatinin duygusal ve bilişsel olarak iki bileşeni olduğu ve değişik anatomik alt yapılara dayandığı gösterilmiştir. Son yıllarda da farklı parametrelerin empatinin biyolojik göstergesi olabileceği ileri sürülmüştür. Zihin kuramı becerilerinden olan 'empati'nin intihar girişimi üzerindeki rolünün daha fazla anlaşılması, 'sosyal biliş'in şizofrenide intihar girişiminin önlenmesinde bir tedavi hedefi olarak anlaşılmasına katkıda bulunabilir. Bu nedenle bu yapıların sonraki çalışmalarda alt bileşenleriyle incelenmesi ve altta yatan mekanizmaların tespiti için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

#### **Kısıtlılıklar**

1-Örneklemin nispeten küçük olması, hastaların poliklinik kontrollerinde kesitsel olarak değerlendirilmiş ve uzunlamasına takiplerinin yapılmamış olması nedeniyle sebep-sonuç ilişkisini belirlemek güçtür.

2-Çalışmadaki hastalar çoğunlukla düzenli tedavi kullanan bireylerden oluşmaktadır. Tedaviyi reddeden, dolayısıyla antipsikotik ilaç tedavisi almayan ve tedavi düzenlenmesi için polikliniğe başvurmayan şizofreni olguları çalışmaya dahil edilememiştir. Tedavi altında olmayan şizofreni hastaları, tedaviyi kabul edenlerden daha yüksek intihar riski altında olabilir. Bu durum, bulgularımızın tüm şizofreni hastalarını kapsayacak şekilde genelleştirilmesi ile ilgili kısıtlılık yaratmaktadır.

3-Sonlandırılmış intihar girişimlerinin çalışmaya dahil edilememesi başka bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

4-Çalışmada yer alan katılımcılardan asgari 5 yıl eğitim almış olmak şartının aranması, bu koşula uymayan diğer şizofreni tanılı hastaların intihar olasılıklarının ve erken dönem uyumsuz şemalarının incelenmesini engellemiştir.

5- Şizofrenide ZK becerilerini ölçmek için çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Zihin kuramı becerileri ile ilgili çalışmalarda farklı ölçeklerin kullanılması çalışmalardan elde edilen sonuçların birbiriyle karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır.

Çalışmamızda kullandığımız DEZTÖ, zihin kuramı becerilerini ölçmek için literatürde uygulanmış tüm görevlerden esinlenerek Türk toplum ve kültürel özelliklerine uygun şekilde hazırlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçektir. Dolayısıyla verilerimizi uluslararası yayınlarda yer alan farklı zihin kuramı ölçeklerine dair verilerle karşılaştırarak yorumlamaya çalıştık.

6- Son olarak, YŞÖ-KF 3 VE İÖÖ gibi öz bildirim ölçeklerinin kullanılması katılımcıların yanıtlarını etkileyebilir ve sonuçlarda yanlılıklara yol açabilir.

Örneğimiz 110 şizofreni hastasından oluşmaktaydı. İntihar girişimi ile mevcut klinik değerlendirmeler arasında neden sonuç ilişkisini kurabilmek ve daha güçlü sonuçlar elde etmek için daha büyük örneklemelere sahip uzunlamasına, ileriye dönük planlanmış çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY, Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relationship to suicidal behavior. *Schizophr. Res.* **60**, 71–80 (2003).
2. Barrett EA, Sundet K, Simonsen C, et al. Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders. *Compr. Psychiatry* **52**, 156–163 (2011).
3. Green MF, Penn DL, Bentall R, et al. Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin* vol. 34 1211–1220 (2008).
4. Brüne M, Brüne Cohrs U. Theory of mind-evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* vol. 30 437–455 (2006).
5. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Theory of mind impairment: A distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica* vol. 120 253–264 (2009).
6. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating ‘theory of mind’ in people with schizophrenia. *Schizophr. Res.* **17**, 5–13 (1995).
7. Frith CD, Corcoran R. Exploring ‘theory of mind’ in people with schizophrenia. *Psychol. Med.* **26**, 521–530 (1996).
8. Pickup GJ, Frith CD. Theory of mind impairments in schizophrenia: Symptomatology, severity, specificity. *Psychol. Med.* **31**, 207–220 (2001).
9. Brüne M. ‘Theory of mind’ in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* vol. 31 21–42 (2005).
10. Harrington L, Siegert RJ, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry* vol. 10 249–286 (2005).
11. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, Van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* vol. 191 5–13 (2007).

12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. (2003).
13. Bortolon C, Capdevielle D, Boulenger JP, Gely-Nargeot MC, Raffard S. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* **209**, 361–366 (2013).
14. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. in *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A, Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi Cilt 2: 1329-1512*. (2007).
15. Soygür H, Cankurtaran SE. Damgalama ve ruh sağlığı: tarihsel süreç içinde bir bakış Stigma:Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. in (ed. O, T.) 41–59 (2007).
16. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı (2. Baskı). in 184–204 (2007).
17. Keller WR, Fischer BA, Carpenter WT. Revisiting the diagnosis of schizophrenia: where have we been and where are we going? *CNS Neurosci. Ther.* **17**, 83–8 (2011).
18. Haldun S, Köksal A, Cem A, Hasan H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. in *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları* (2007).
19. Kuhn R ,Cahn CH. Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *Hist. Psychiatry* **15**, 361–366 (2004).
20. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 67–76 (2008).
21. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):40-52 Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme • Teşekkür: Yazarlar verilerin sağlanmasındaki katkılarından dolayı. (2010) doi:10.5080/u6244.
22. Saha S, Chan D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine* vol. 2 0413–0433 (2005).

23. Öztürk O,Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13 Baskı*. 189–247 (2015).
24. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri Onbirinci Baskı. in (ed. Çeviri Editörü:Bozkurt A) 300–346 (2016).
25. MacDonald AW, Schulz SC. What we know: Findings that every theory of Schizophrenia should explain. *Schizophr. Bull.* **35**, 493–508 (2009).
26. Murray RM, O'callagha E, Castle DJ, Lewis SW. A neurodevelopmental approach to the classification of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* **18**, 319–332 (1992).
27. Castle David, Buckley P. Schizophrenia. in *Schizophrenia, Second Edition* (Oxford Psychiatry Library, 2015).
28. çev Köroğlu E. *Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (2013).
29. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11.Basım. in 242-323. (2011).
30. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, et al. Suicide in the early stage of schizophrenia. *Front. Psychiatry* **7**, 1–9 (2016).
31. Balhara YPS, Verma R. Schizophrenia and suicide. *East Asian Archives of Psychiatry* vol. 22 126–133 (2012).
32. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)* vol. 24 81–90 (2010).
33. Hettige NC, Bani-Fatemi A, Sakinofsky I, De Luca V. A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia. *CNS Spectr.* **23**, 253–263 (2018).
34. Fleischhacker W, Kane JM, Geier J, Karayal O, Kolluri S, Eng SM, Reynolds RF, Strom B. Original research completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *J. Clin. Psychiatry* **75** 184–190 (2014).

35. Togay B, Noyan H, Tasdelen R ve ark. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Res* 229:252-6 (2015).
36. Koreen AR, Siris SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* **150**, 1643–1648 (1993).
37. Pompili M, Amador XF, Girardi P, *et al.* Suicide risk in schizophrenia: Learning from the past to change the future. *Ann. Gen. Psychiatry* **6**, 1–22 (2007).
38. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of 'Atypical' antipsychotic agents. *Am. J. Psychiatry* **157**, 1379–89 (2000).
39. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr. Bull.* **33**, 1324–1342 (2007).
40. Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussest I, Courtet P. Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Res.* **216**, 12–16 (2014).
41. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch. Gen. Psychiatry* **62**, 247–53 (2005).
42. Karamustafalıoğlu O, Özçelik B, Bakım B, *et al.* İntiharını öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Dusunen Adam J. Psychiatry Neurol. Sci.* **23**, 151–157 (2010).
43. Gómez-Durán EL, Martín Fumadó C, Hurtado-Ruíz G. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Esp. Psiquiatr.* **40**, 333–45.
44. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophr. Bull.* **44**, 787–797 (2018).
45. McGirr A, Tousignant M, Routhier D, *et al.* Risk factors for completed



- suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: A case-control study. *Schizophr. Res.* **84**, 132–143 (2006).
46. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial. *Am. J. Psychiatry* **161**, 1494–1496 (2004).
  47. Crumlish N, Whitty P, Kamali M, et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* **112**, 449–455 (2005).
  48. Gut-Fayand A, Dervaux A, Olié JP, Lôo H, Poirier MF, Krebs MO. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: A common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res.* **102**, 65–72 (2001).
  49. Trémeau F, Staner L, Duval F, et al. Suicide Attempts and Family History of Suicide in Three Psychiatric Populations. *Suicide Life-Threatening Behav.* **35**, 702–713 (2005).
  50. Tarrier N, Barrowclough C, Andrews B, Gregg L. Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia. The influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **39**, 927–937 (2004).
  51. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophr. Bull.* **36**, 1105–1114 (2010).
  52. Roy A. Reported Childhood Trauma and Suicide Attempts in Schizophrenic Patients. *Suicide Life-Threatening Behav.* **35**, 690–693 (2005).
  53. Üçok A, Bıkmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* **116**, 371–377 (2007).
  54. Hassan AN, Stuar EA, De Luca V. Childhood maltreatment increases the risk of suicide attempt in schizophrenia. *Schizophr. Res.* **176**, 572–577 (2016).
  55. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and

- suicide: Systematic review of risk factors. *Br. J. Psychiatry* **187**, 9–20 (2005).
56. Harkavy-Friedman JM, Nelson E. Management of the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatr. Clin. North Am.* **20**, 625–640 (1997).
  57. Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease* vol. 203 387–392 (2015).
  58. Tsuang MT, Woolson RF. Excess Mortality in Schizophrenia and Affective Disorders: Do Suicides and Accidental Deaths Solely Account for This Excess? *Arch. Gen. Psychiatry* **35**, 1181–1185 (1978).
  59. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr. Res.* **72**, 29–39 (2004).
  60. Sergi MJ, Rassovsky Y, Widmark C, et al. Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophr. Res.* **90**, 316–324 (2007).
  61. van Hooren S, Versmissen D, Janssen I, et al. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophr. Res.* **103**, 257–265 (2008).
  62. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav. Brain Sci.* **1**, 515–526 (1978).
  63. Sayin A, Candansayar S. Şizofrenide Zihin Kurami. *Yeni Symp.* **46**, 74–80 (2008).
  64. Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* **13**, 103–128 (1983).
  65. Perner J, Wimmer H. 'John thinks that Mary thinks that...' attribution of second-order beliefs by 5- to 10-year-old children. *J. Exp. Child Psychol.* **39**, 437–471 (1985).
  66. Bach LJ, Happe F, Fleminger S, Powell J. Theory of mind: Independence

- of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cogn. Neuropsychiatry* **5**, 175–192 (2000).
67. Youmans G, Bourgeois M. Theory of mind in individuals with Alzheimer-type dementia. *Aphasiology* **24**, 515–534 (2010).
  68. Bosco FM, Gabbatore I, Gastaldo L, Sacco K. Communicative-Pragmatic Treatment in schizophrenia: A pilot study. *Front. Psychol.* **7**, (2016).
  69. Banerjee R, Watling D. Children's understanding of faux pas: associations with peer relations. *Hell. J. Psychol. Spec. Issue Theory Mind* 27–45 (2005).
  70. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. *Does the autistic child have a 'theory of mind'?*\*. *Cognition* vol. 21 (1985).
  71. Frith CD. Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine* vol. 34 385–389 (2004).
  72. Biedermann F, Frajo-Apor B, Hofer A. Theory of mind and its relevance in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* vol. 25 71–75 (2012).
  73. Yildirim E, Alptekin K. Sizofrenide öne çıkan yeni bir boyut: Sosyal biliş. *Dusunen Adam* **25**, 368–375 (2012).
  74. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J. Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: A lesion study. *Neuropsychologia* **45**, 3054–3067 (2007).
  75. Marjoram D, Gardner C, Burns J, Miller P, Lawrie SM, Johnstone EC. Symptomatology and social inference: A theory of mind study of schizophrenia and psychotic affective disorder. *Cogn. Neuropsychiatry* **10**, 347–359 (2005).
  76. Brüne M. Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res.* **133**, 135–147 (2005).
  77. Kohler CG, Walker JB, Martin EA, Healey KM, Moberg PJ. Facial emotion perception in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin* vol. 36 1009–1019 (2010).
  78. *Gelişim öğrenme ve öğretim: Kuramdan uygulamaya.* (2003).

79. Eckhard R. *Şema Terapi Nedir? (1. Baskı)*. (2015).
80. Nia MK, Sovani A, Forooshani GRS. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India- Role of early maladaptive schemas as mediators and moderatos. *Iran. Red Crescent Med. J.* **16**, (2014).
81. Beck AT. Thinking and Depression. li. Theory and Therapy. *Arch. Gen. Psychiatry* **10**, 561–571 (1964).
82. Vreeswijk MV, Broersen J, Nadort M. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy : theory, research, and practice*. (2012).
83. Young JE. *Cognitive Therapy For Personality Disorders*. (1990).
84. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema–focused approach (3rd. ed.)*. (1999).
85. Dobson KS. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies, Third Edition*. (2010).
86. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Şema Terapi: Terapistin Rehberi (2. Baskı). in (ed. Ed.), Ö. T. (ed. . S. T. (çev.) 17–100 (2009).
87. Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA. Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clin. Psychol. Psychother.* **12**, 142–149 (2005).
88. Rafaeli E, Bernstein DP, Young JE. Şaşıoğlu Miray (çev). *Şema Terapi: Ayırıcı Özellikler (2015)*.
89. Young JE, Klosko JS. (2017). *Hayatı Yeniden Keşfedin (12. Baskı)*. (Sandy Kohen ve Diana Güler, Çev).
90. Young JE. , Klosko JS, Weishaar ME. *Şema Terapi 4.Baskı*. (Litera Yayıncılık, 2019).
91. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema therapy: Distinctive features. in *Schema Therapy: Distinctive Features* 1–176 (Taylor and Francis, 2010). doi:10.4324/9780203841709.

92. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol. Med.* **31**, 189–195 (2001).
93. Kraan TC, *et al.* The effect of childhood adversity on 4-year outcome in individuals at ultra high risk for psychosis in the Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Psychiatry Res.* **247**, 55–62 (2017).
94. Addington J, Tran L. Using the brief core schema scales with individuals at clinical high risk of psychosis. *Behav. Cogn. Psychother.* **37**, 227–231 (2009).
95. Boyda D, McFeeters D, Dhingra K, Rhoden L. Childhood maltreatment and psychotic experiences: Exploring the specificity of early maladaptive schemas. *J. Clin. Psychol.* **74**, 2287–2301 (2018).
96. Bortolon C, Seillé J, Raffard S. Exploration of trauma, dissociation, maladaptive schemas and auditory hallucinations in a French sample. *Cogn. Neuropsychiatry* **22**, 468–485 (2017).
97. Sundag J, Ascone L, de Matos Marques A, Moritz S, Lincoln TM. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology. *Psychiatry Res.* **238**, 53–59 (2016).
98. Khosravani V, Mohammadzadeh A, Sheidaei Oskouyi L. Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia and non-patients with high and low schizotypal traits and their differences based on depression severity. *Comprehensive Psychiatry* vol. 88 1–8 (2019).
99. Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* vol. 14 23–32 (1999).
100. Değirmencioğlu B, Alptekin K. 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. (2008).
101. Gonca S, Alp K, Zehra Ç. Erken dönem uyumsuz şemaların

- değerlendirilmesi: Young şema ölçeği kısa form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyat. Derg.* **20**, 75–84 (2009).
102. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr. Res.* **11**, 239–244 (1994).
103. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* **37**, 82–86 (2000).
104. Cull J. *Suicide probability scale (SPS) manual*. (Western Psychological Services, 1988).
105. Handan T. Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1996.
106. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)'nin Klinik Örneklemdeki Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Klin. Psikiyat.* **12**, 111–124 (2009).
107. Walsh E, Harvey K, White I, Higgitt A, Fraser J, Murray R. Suicidal behaviour in psychosis: Prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management. Report from the UK700 trial. *Br. J. Psychiatry* **178**, 255–260 (2001).
108. Uzun Ö, Tamam L, Özcüler T, Doruk A, Ünal M. Specific characteristics of Suicide attempts in patients with schizophrenia in Turkey. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* **46**, 189–194 (2009).
109. Reutfors J, Brandt L, Jönsson EG, Ekblom A, Sparén P, Osby U. Risk factors for suicide in schizophrenia: Findings from a Swedish population-based case-control study. *Schizophr. Res.* **108**, 231–237 (2009).
110. Öztürk HM, Yüksel N, Utku Ç. Şizofreni hastalarında intihar girişiminin bilişsel işlevler, umutsuzluk ve iç görü ile ilişkisi Şizofreni hastalarında intihar girişiminin bilişsel işlevler, umutsuzluk ve iç görü ile ilişkisi Relationship between suicide attempt and cognitive functions,. *Anatol. J. Psychiatry* **19**, 256–263 (2018).

111. Hunt IM, Kapur N, Windfuhr K, et al. Suicide in schizophrenia: Findings from a national clinical survey. *J. Psychiatr. Pract.* **12**, 139–147 (2006).
112. Ran MS, Chen EY, Conwell Y, et al. Mortality in people with schizophrenia in rural China: 10-year cohort study. *Br. J. Psychiatry* **190**, 237–242 (2007).
113. Melle I, Ann Barrett E. Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* **12**, 353–359 (2012).
114. Clarke M, Whitty P, Browne S, et al. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr. Res.* **86**, 221–225 (2006).
115. Müller DJ, Barkow K, Kovalenko S, et al. Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. *Eur. Psychiatry* **20**, 65–69 (2005).
116. Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry* vol. 177 484–485 (2000).
117. Castelein S, Liemburg EJ, de Lange JS, van Es FD, Visser E, Aleman A, et al. Suicide in recent onset psychosis revisited: Significant reduction of suicide rate over the last two decades - A replication study of a dutch incidence cohort. *PLoS One* **10**, e0129263 (2015).
118. Harvey PD, Posner K, Rajeevan N, Yershova KV, Aslan M, Concato J. Suicidal ideation and behavior in US veterans with schizophrenia or bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* **102**, 216–222 (2018).
119. Çetin Ö, Saygın Eker S. Şizofreni ve Özkıyım - Schizophrenia and Suicide. *Psikiyat. Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry* **3**, 611–627 (2011).
120. Harkavy-Friedman JM, Nelson E.A, Venarde DF, Mann JJ. Suicidal Behavior in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder: Examining the Role of Depression. *Suicide Life-Threatening Behav.* **34**, 66–76 (2004).
121. Shi L, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Montgomery W, Marder SR. Characteristics and use patterns of patients taking first-generation depot antipsychotics or oral antipsychotics for schizophrenia. *Psychiatr.*

- Serv.* **58**, 482–488 (2007).
122. Díaz-Fernández S, Frías-Ortiz DF, Fernández-Miranda JJ. Suicide attempts in people with schizophrenia before and after participating in an intensive case managed community program: A 20-year follow-up. *Psychiatry Res.* 112479 (2019) doi:10.1016/j.psychres.2019.112479.
  123. Mohammadzadeh A, Azadi S, King S, Khosravani V, Sharifi Bastan F. Childhood trauma and the likelihood of increased suicidal risk in schizophrenia. *Psychiatry Res.* **275**, 100–107 (2019).
  124. Roy, A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *J. Affect. Disord.* **130**, 205–208 (2011).
  125. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **38**, 1490–1496 (1999).
  126. Hill J, Pickles A, Burnside E, et al. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: Evidence for different mechanisms. *Br. J. Psychiatry* **179**, 104–109 (2001).
  127. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr. Bull.* **38**, 661–671 (2012).
  128. Van Dam DS, Van Nierop M, Viechtbauer W, et al. Childhood abuse and neglect in relation to the presence and persistence of psychotic and depressive symptomatology. *Psychol. Med.* **45**, 1363–1377 (2015).
  129. Quidé Y, Ong XH, Mohnke S, et al. Childhood trauma-related alterations in brain function during a Theory-of-Mind task in schizophrenia. *Schizophr. Res.* **189**, 162–168 (2017).
  130. Kincaid D, Shannon C, Boyd A, et al. An investigation of associations between experience of childhood trauma and political violence and theory of mind impairments in schizophrenia. *Psychiatry Res.* **270**, 293–297 (2018).



131. Christoffersen MN, Armour C, Lasgaard M, Andersen TE, Elklit A. The Prevalence of Four Types of Childhood Maltreatment in Denmark. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Heal.* **9**, 149–156 (2013).
132. Stewart S. Suicidality, interpersonal trauma and cultural diversity: a review of the literature. *Aust. e-Journal Adv. Ment. Heal.* **4**, 108–128 (2005).
133. Cotton PG, Drake RE, Gates C. Critical Treatment Issues in Suicide Among Schizophrenics. *Psychiatr. Serv.* **36**, 534–536 (1985).
134. Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life. Threat. Behav.* **30**, 34–49 (2000).
135. Carlborg A, Jokinen J, Jönsson EG, Nordstrom AL, Nordström P. Long-term suicide risk in schizophrenia spectrum psychoses: Survival analysis by gender. *Arch. Suicide Res.* **12**, 347–351 (2008).
136. Hocaoğlu Ç, Tekin Z. Bir psikiyatri hastanesinde tedavi gören şizofrenik hastalarda intihar düşüncesi: Pozitif ve negatif belirtiler, depresyon ve umutsuzluk ile ilişkisi. *Ekim 2007 Yeni Symposium Journal* vol. sayı:4 cilt45.
137. Aguilar EJ, Leal C, Acosta FJ, Cejas MR, Fernández L, Gracia R. A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes? *Eur. Psychiatry* **18**, 190–2 (2003).
138. Bora E. *Türk Psikiyatri Dergisi 2009; Turkish Journal of Psychiatry Theory of Mind in Schizophrenia Spectrum Disorders.*
139. Pentaraki AD, Stefanis NC, Stahl D, et al. Theory of Mind as a potential trait marker of schizophrenia: A family study. *Cogn. Neuropsychiatry* **17**, 64–89 (2012).
140. Ay R, Böke Ö, Pazvantoğlu O, et al. Social cognition in schizophrenia patients and their first-degree relatives. *Noropsikiyatri Ars.* **53**, 338–343 (2016).
141. Canal-Rivero M, Velasco-Barbancho E, Barrigón ML, et al. Personality traits, theory of mind and their relationship with multiple suicide attempts

- in a sample of first episode psychosis patients: One-year follow-up study. *J. Affect. Disord.* **256**, 176–182 (2019).
142. Duñó R, Pousa E, Miguélez M, Montalvo I, Suarez D, Tobeña A. Suicidality connected with mentalizing anomalies in schizophrenia: A study with stabilized outpatients. in *Annals of the New York Academy of Sciences* vol. 1167 207–211 (Blackwell Publishing Inc., 2009).
  143. Wang W, Zhou Y, Wang J, et al. Prevalence, clinical correlates of suicide attempt and its relationship with empathy in patients with schizophrenia. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry* **99**, (2020).
  144. Harenski CL, Brook M, Kosson DS, et al. Socio-neuro risk factors for suicidal behavior in criminal offenders with psychotic disorders. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 70–80 (2017) doi:10.1093/scan/nsw164.
  145. Ekinci O, Ekinci A. Relationship between empathic responding and its clinical characteristics in patients with major depressive disorder. *Dusunen Adam* **29**, 145–154 (2016).
  146. Pijnenborg GHM, Spikman JM, Jeronimus BF, Aleman A. Insight in schizophrenia: Associations with empathy. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* **263**, 299–307 (2013).
  147. Massons C, Lopez-Morinigo JD, Pousa E, et al. Insight and suicidality in psychosis: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* **252**, 147–153 (2017).
  148. Lincoln TM, Mehl S, Kesting ML, Rief W. Negative Symptoms and Social Cognition: Identifying Targets for Psychological Interventions. doi:10.1093/schbul/sbr066.
  149. Ozguven HD, Oner O, Baskak B, Oktem F, Olmez S, Munir K. Theory of mind in schizophrenia and Asperger's syndrome: Relationship with negative symptoms. *Klin. Psikofarmakol. Bul.* **20**, 5–13 (2010).
  150. Mazza M, De Risio A, Surian L, Roncone R, Casacchia M. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr. Res.* **47**, 299–308 (2001).
  151. Kelemen O, Erdélyi R, Pataki I, Benedek G, Janka Z, Kéri S. Theory of mind and motion perception in schizophrenia. *Neuropsychology* **19**, 494–

- 500 (2005).
152. Goldberg TE, Burdick KE, McCormack J, et al. Lack of an inverse relationship between duration of untreated psychosis and cognitive function in first episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* **41**, 262–266 (2018).
  153. Abu-Akel A. Impaired theory of mind in schizophrenia. *Pragmat. Cogn. Cogn.* **7**, 247–282 (1999).
  154. Montag C, Dziobek I, Richter IS, et al. Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: Evidence from a video-based assessment. *Psychiatry Res.* **186**, 203–209 (2011).
  155. Lee WK, Kim YK. Theory of mind in schizophrenia: Correlation with clinical symptomatology, emotional recognition and ward behavior. *Asia-Pacific Psychiatry* **5**, 157–163 (2013).
  156. Sullivan S, Lewis G, Mohr C, et al. The longitudinal association between social functioning and theory of mind in first-episode psychosis. *Cogn. Neuropsychiatry* **19**, 58–80 (2014).
  157. Majorek K, Wolfkühler W, Küper C, Saimeh N, Juckel G, Brüne M. 'Theory of mind' and executive functioning in forensic patients with schizophrenia. *J. Forensic Sci.* **54**, 469–473 (2009).
  158. Bora E, Pantelis C. Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* vol. 144 31–36 (2013).
  159. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research* vol. 109 1–9 (2009).
  160. Green MF, Bearden CE, Cannon TD, et al. Social Cognition in Schizophrenia, Part 1: Performance Across Phase of Illness. *Schizophr. Bull.* **38**, 854–864 (2012).
  161. Brüne M. Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophr. Res.* **60**, 57–64 (2003).

162. Beck AT, Rector NA. A cognitive model of hallucinations. *Cognitive Therapy and Research* vol. 27 19–52 (2003).
163. Garety PA, Freeman D. The past and future of delusions research: From the inexplicable to the treatable. *British Journal of Psychiatry* vol. 203 327–333 (2013).
164. Thewissen V, Bentall RP, Oorschot M, et al. Emotions, self-esteem, and paranoid episodes: An experience sampling study. *Br. J. Clin. Psychol.* **50**, 178–195 (2011).
165. Myin-Germeys I, van Os J. Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clin. Psychol. Rev.* **27**, 409–424 (2007).
166. Hoffman RE. A Social Deafferentation Hypothesis for Induction of Active Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* **33**, 1066–1070 (2007).
167. Azadi S, Khosravani V, Naragon-Gainey K, et al. Early Maladaptive Schemas Are Associated with Increased Suicidal Risk among Individuals with Schizophrenia. *Int. J. Cogn. Ther.* **12**, 274–291 (2019).
168. Flink N, Lehto SM, Koivumaa-Honkanen H, et al. Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *Eur. J. Psychiatry* **31**, 87–92 (2017).
169. Khosravani V, Mohammadzadeh A, Sharifi Bastan F, Amirinezhad A, Amini M. Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* **271**, 351–359 (2019).
170. Nilsson KK. Early maladaptive schemas in bipolar disorder patients with and without suicide attempts. *J. Nerv. Ment. Dis.* **204**, 236–239 (2016).
171. Mcgee R, Williams S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *J. Adolesc.* **23**, 569–582 (2000).
172. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol. Rev.* **97**, 90–113 (1990).
173. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J. Nerv. Ment. Dis.* **196**, 71–74 (2008).

174. Ahmadpanah M, Astinsadaf S, Akhondi A, et al. Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Compr. Psychiatry* **77**, 71–79 (2017).
175. Esmaeilian N, Dehghani M, Koster EHW, Hoorelbeke K. Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis. *Clin. Psychol. Psychother.* **26**, 388–398 (2019).



## 8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**APA:** American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

**CŞDÖ:** Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

**DEZTÖ:** Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği

**DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5)

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**EDUŞ:** Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

**EKT:** Elektrokonvülsif Tedavi

**ICD-10:** International Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (Hastalıkların ve Bağlantılı Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırılması-10)

**İÖÖ:** İntihar Olasılığı Ölçeği

**IQ:** Intelligence Quotient (Zeka Katsayısı)

**M.Ö. :** Milattan Önce

**M.S. :** Milattan Sonra

**PANSS:** Positive and Negative Syndrome Scale (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği)

**SAPS:** Scale for the Assesment of Positive Symptoms (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği)

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

**TOM:** Theory of Mind (Zihin Kuramı)

**YŞÖ-KF3:** Young Şema Ölçeği Kısa Form 3

**ZK:** Zihin Kuramı

## 9. TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Şema alanları ve bu şema alanlarıyla ilişkilendirilmiş Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	24
<b>Tablo 2.</b> İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	38
<b>Tablo 3.</b> İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastalarının aile özelliklerinin karşılaştırılması	38
<b>Tablo 4.</b> İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastalarının yaş, tamamlanan eğitim süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve psikiyatri servis yatış sayısı ortalama ve standart sapmaları	39
<b>Tablo 5.</b> Gruplar arasında hastalık süresi ve psikiyatri servisi yatış sayısı ortalamaları ve standart sapmaları	39
<b>Tablo 6.</b> Gruplar arası antidepresan, klozapin ve depo antipsikotik kullanımı oranları	40
<b>Tablo 7.</b> İntihar girişimi olanların intihar girişim sayısı ve intihar yöntemine göre dağılımı	41
<b>Tablo 8.</b> İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hasta gruplarında klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması	42
<b>Tablo 9.</b> Gruplar arasında intihar olasılığı ölçek puanlarının karşılaştırılması	42
<b>Tablo 10.</b> Grupların DEZTÖ puanları açısından karşılaştırılması	43
<b>Tablo 11.</b> Grupların DEZTÖ Faux Pas alt kategorisi açısından karşılaştırılması	43
<b>Tablo 12.</b> Eğitim Durumu ile DEZTÖ Toplam puanlarının Karşılaştırılması	44
<b>Tablo 13.</b> Hastalarda Klinik Değişkenler ve DEZTÖ Arasındaki İlişki	44
<b>Tablo 14.</b> DEZTÖ ve PANSS ölçeği arasındaki ilişki	45
<b>Tablo 15.</b> Young Şema Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler	45
<b>Tablo 16.</b> Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3) Alt Boyutları ve Toplam Puanlarının Gruplar arasında Tanımlayıcı İstatistik Değerleri	46
<b>Tablo 17.</b> Antidepresan, Klozapin ve Depo ilaç kullanımına göre CŞDÖ, İÖÖ VE PANSS toplam skorlarının karşılaştırılması	47

<b>Tablo 18.</b> Uzun etkili intramüsküler antipsikotik kullanan hastaların kullandıkları antipsikotiklerin dağılımı	48
<b>Tablo 19.</b> Çalışmaya alınan tüm hastaların CŞDÖ Toplam Puanı, DEZTÖ Toplam Puanı, İÖÖ alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam Puanları ile yatış sayısı değişkeninin karşılaştırılması	48
<b>Tablo 20.</b> İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hasta gruplarında cinsel istismar öyküsüne göre karşılaştırılması	49
<b>Tablo 21.</b> Cinsel istismar öyküsüne göre PANSS skorlarının, CŞDÖ Toplam puanlarının karşılaştırılması İÖÖ Toplam puanı, DEZTÖ Toplam puanlarının karşılaştırılması	49
<b>Tablo 22.</b> Cinsel istismar öyküsüne göre Erken Dönem Uyuşmaz Şemalar ve EDUŞ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	50
<b>Tablo 23.</b> İntihar Olasılığı Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki	51
<b>Tablo 24.</b> Depresyon değişkeni sabit tutularak PANSS pozitif ile EDUŞ ilişkisinde regresyon analizi	51
<b>Tablo 25.</b> Depresyon değişkeni sabit tutularak PANSS negatif ile EDUŞ ilişkisinde regresyon analizi	52



## 10. EKLER DİZİNİ

### EK 1. BGOF Hasta

**Araştırmanın Açık Adı:** Şizofreni Tanılı Hastalarda İntihar Olasılığının Zihin Kuramı Becerileri ve Erken Uyumsuz Şemalar ile İlişkisi

**Sorumlu Araştırmacı :** Prof. Dr. Şenel Acar

**Merkezin Adı :** Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTALAR İÇİN)

Bu çalışmada, Şizofren Hastaların İntihar Riskinin Diğer İnsanların Fikirleri, İnançları Ve Niyetlerini Algılayabilme Becerileri ve Karşılanmamış Duygusal İhtiyaçları ile ilişkisini anlamak amacıyla bir araştırma yapacağız. Bu araştırma toplam 4 ay sürecektir. Ayrıca, bu çalışmaya sizden başka 115 erişkin hasta daha katılacaktır.

Bu çalışmaya sizin de katılmanızı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Size öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen herşeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermelisiniz.

Doktorunuz Helin Kan Uzel, size bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Eğer anlamadığınız bir şey olursa doktorunuza istediğiniz kadar soru sorabilirsiniz.

Çalışmaya katılmaya "evet" derseniz ve isterseniz bu formu imzalayabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı ya da katılmamayı seçebilirsiniz. İstemediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Eğer çalışma sırasında size anlatıldığından farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde doktorunuza çalışmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi zorlayamaz.

#### **Bu çalışmaya neden ben seçildim?**

Çalışmamızda Şizofreni tanısı olan kişilerin çeşitli ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Şizofreni tanınız olduğundan bu çalışmaya katılmanız istenmektedir.

### **Bu çalışmaya katılmamın yararları nelerdir?**

Çalışmada Şizofreni hastalarında intihar riskinin diğer insanların fikirleri, inançları ve niyetlerini algılayabilme becerileri ve karşılanmamış duygusal ihtiyaçları ile ilişkisini çeşitli ölçeklerle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Geçmişte intihar davranışı olan Şizofreni hastalarının, hiç intihar girişimi olmayan hastalar ile karşılaştırılması, diğer insanların fikirleri, inançları ve niyetlerini algılayabilme becerileri ve karşılanmamış duygusal ihtiyaçları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Yapılan bu araştırma, şu anda size veya ailenize bir tanı hizmeti vermeyebilir, ancak uzun vadede hastalığınızla ilgili elde edilebilecek sonuçlar etkilenmiş kişilere koruyucu önlemlerin geliştirilmesi amaçlı yarar sağlayabilecektir.

### **Bu çalışmada bana ne olacak?**

Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, size farklı bir tedavi uygulanmayacaktır, doktorunuz her zamanki gibi tedavinizi sürdürecektir. Daha önce de olduğu gibi, kontrol için doktora gittiğinizde doktorunuz bir değerlendirme görüşmesi yapacak ve bu görüşmede çalışmanın size uygun olup olmadığını belirlemek üzere tıbbi ve psikiyatrik yknzn alınacağı ,bir değerlendirme yapılacaktır. Değerlendirme sonrası uygun şartları sağlamanız halinde sosyal ve demografik özelliklerinizi sorgulayan (yaş, cinsiyet vs.) anket ve çalışmanın ölçekleri uygulanacaktır. Görüşmeler sessiz sakin bir odada yapılacaktır ve yaklaşık olarak 30-45 dakika kadar sürebilecektir. Bu görüşme ve görüşme dahilinde size uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar doktorunuza sorabilirsiniz.

### **Bu çalışmaya katılmak zorunda mıyım?**

Bu çalışmaya katılıp katılmamak isteğinize bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, bu araştırmaya katıldığınız için size para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. Şimdi "evet" deseniz de, istediğiniz zaman "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca doktorunuza söylemeniz yeterlidir.

### **Bu çalışmaya katıldığımı başkaları da bilecek mi?**

Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay ve izin verecek olan Etik Kurul ve Sağlık Bakanlığı gibi) bu çalışmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu form sizin tarafınızdan imzaladığında sizinle ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz. Bu çalışmadan sorumlu doktorunuza sorduktan sonra, eğer o izin verirse, bu araştırmaya katıldığınızı kendi özel doktorunuza söyleyebilirsiniz.

### **Ne yapmak zorundayım?**

Size yapılacak herşeyi anladıysanız, şimdi sizden bu araştırmaya katılmak istediğinize ilişkin imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle çalışmaya özgürce katıldığınızı gösterecektir. Bu imzaladığınız kağıdın birisi de sizde kalacaktır.

Canınızı sıkın veya merak ettiğiniz bir şey olursa mesai saatleri içinde 03242410000-21477 numaralı telefondan ya da 05384035380 numaralı telefondan arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

### **Olur verme beyanı**

Toplam 3 sayfa olan bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama Helin Kan Uzel adlı doktor tarafından yapıldı. Bu araştırmanın amacını ve ne yapılacağını anladım. Bu çalışmada bana ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi, kimlik bilgilerimin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katıldığımı kabul ediyorum.

### **Gönüllünün**

Adı Soyadı :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

**Bağımsız tanığın** [gönüllü okur-yazar olmadığı için imzalı onay veremiyorsa vb. durumlarda]

Adı Soyadı :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

**Bu çalışmada benden alınan biyolojik materyalin/verinin:**

Yalnızca yukarıda adı geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.

İleride yapılması planlanan araştırmalarda kullanılmasına izin

veriyorum.

İleride yapılması planlanan araştırmalarda hiçbir koşulda

kullanılmasına izin vermiyorum.

**Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının**

Adı Soyadı : Helin Kan Uzel

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama

Hastanesi, Psikiyatri ABD

Telefon numarası : 05384035380

**Acil tıbbi durumlarda iletişime geçilecek kişinin**

Adı Soyadı : Helin Kan Uzel

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama

Hastanesi, Psikiyatri ABD

Telefon numarası : 05384035380

**Araştırmaya onay veren Etik Kurulun**

Adı : Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Adresi : Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü, Prof. Dr.

Uğur ORAL Kültür Merkezi, 1. Kat, Etik Kurullar Odası, Yenişehir/ MERSİN

Telefon numarası : 0324 3610001/ 14417

## **EK 2. BGOF Hasta Yakını**

**Araştırmanın Açık Adı** : Şizofreni Tanılı Hastalarda İntihar Olasılığının Zihin Kuramı Becerileri ve Erken Uyumsuz Şemalar ile İlişkisi

**Sorumlu Araştırmacı** : Prof.Dr.Şenel Acar

**Merkezin Adı** : Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
Psikiyatri ABD

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

#### **(HASTALARIN YASAL TEMSİLCİLERİ/ BİRİNCİ DERECE YAKINLARI İÇİN)**

Bu çalışmada, Şizofren Hastaların İntihar Riskinin Diğer İnsanların Fikirleri, İnançları Ve Niyetlerini Algılayabilme Becerileri ve Karşılanmamış Duygusal İhtiyaçları ile İlişkisini anlamak amacıyla bir araştırma yapacağız .Araştırma toplam 4 ay sürecektir. Ayrıca, bu çalışmaya hastanızdan başka 115 erişkin hasta daha katılacaktır.

Bu çalışmaya hastanızın da katılmasını istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Size öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen herşeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermelisiniz.

Doktor Helin Kan Uzel, size bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Eğer anlamadığınız bir şey olursa doktora istediğiniz kadar soru sorabilirsiniz.

Hastanızın bu çalışmaya katılmasına "evet" dersiniz ve isterseniz bu formu imzalayabilirsiniz. Çalışmaya katılabilmesi için hastanızın da kabul etmesi ve ona yönelik olarak hazırlanmış formu işaretlemesi/imzalaması istenecektir. Hastanızın çalışmaya katılmasını ya da katılmamasını seçebilirsiniz. Siz ve/veya hastanız istemediğiniz zaman hastanız çalışmadan ayrılabilir.

Eğer çalışma sırasında size ve hastanıza anlatıldığından farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde hastanızın doktoruna çalışmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi veya hastanızı zorlayamaz.

#### **Bu çalışmaya neden benim hastam seçildi ?**

Çalışmamızda Şizofreni tanısı olan kişilerin çeşitli ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Hastanızın şizofreni tanısı olduğundan bu çalışmaya katılması istenmektedir.

### **Hastamın bu çalışmaya katılmasının yararları nelerdir?**

Çalışmada Şizofreni hastalarında intihar riskinin diğer insanların fikirleri, inançları ve niyetlerini algılayabilme becerileri ve karşılanmamış duygusal ihtiyaçları ile ilişkisini çeşitli ölçeklerle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Geçmişte intihar davranışı olan şizofreni hastalarının, hiç intihar girişimi olmayan hastalar ile karşılaştırılması, diğer insanların fikirleri, inançları ve niyetlerini algılayabilme becerileri ve karşılanmamış duygusal ihtiyaçları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Yapılan bu araştırma, şu anda hastanıza veya ailenize bir tanı hizmeti vermeyebilir, ancak uzun vadede hastalığınızla ilgili elde edilebilecek sonuçlar etkilenmiş kişilere koruyucu önlemlerin geliştirilmesi amaçlı yarar sağlayabilecektir.

### **Bu çalışmada hastama ne olacak?**

Eğer hastanızın bu çalışmaya katılmasını kabul ederseniz, hastanıza farklı bir tedavi uygulanmayacaktır, hastanızın her zamanki gibi tedavisi sürecektir. Daha önce de olduğu gibi, hastanız kontrol için doktora gittiğinde doktoru çalışmanın hastanıza uygun olup olmadığını belirlemek üzere tıbbi ve psikiyatrik öyküsünü alacağı bir değerlendirme görüşmesi yapacaktır. Değerlendirme sonrası uygun şartları sağlaması halinde sosyal ve demografik özelliklerini sorgulayan (yaş, cinsiyet vs.) anket ve çalışmanın ölçekleri uygulanacaktır. Görüşmeler sessiz sakin bir odada yapılacaktır ve yaklaşık olarak 30-45 dakika kadar sürebilecektir. Bu görüşme ve görüşme dahilinde hastanıza uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar doktorunuza sorabilirsiniz.

### **Bu çalışmaya hastam katılmak zorunda mı?**

Hastanızın bu çalışmaya katılıp katılmaması size ve/veya hastanızın isteğine bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, hastanızın bu araştırmaya katıldığı için size veya hastanıza para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. Şimdi "evet" deseniz de, istediğiniz zaman siz ve/veya hastanız "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca hastanızın doktoruna söylemeniz yeterlidir

### **Bu çalışmaya hastamın katıldığını başkaları da bilecek mi?**

Siz ve hastanız dışında yalnızca tıbbi kayıtlarına doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay

ve izin verecek olan Etik Kurul ve Sağlık Bakanlığı gibi) hastanızın bu çalışmaya katıldığını bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile hastanızın bütün bilgileri gizli tutulacaktır. Bu formu imzaladığınızda, hastanızla ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz.

### **Hastam ne yapmak zorunda?**

Hastanıza yapılacak herşeyi anladıysanız şimdi sizden hastanızın bu araştırmaya katılmasını istiyorsanız aşağıya imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle hastanızın bu çalışmaya özgürce katıldığını gösterecektir. İmzaladığınız bu kağıdın birisi de sizde kalacaktır.

Canınızı sıkan veya merak ettiğiniz bir şey olursa mesai saatleri içinde 0324 2410000/ 21477 numaralı telefonda ya da 05384035380 numaralı telefonda Dr. Helin Kan Uzel'i siz veya hastanız arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

### **Olur verme beyanı**

Toplam 3 sayfa olan bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama Helin Kan Uzel adlı doktor tarafından yapıldı. Bu araştırmanın amacını ve ne yapılacağını anladım. Bu çalışmada hastama ne olacağını, benim ve/veya hastamın istediği zaman, gerekçeli veya gerekçesiz olarak hastamın araştırmadan ayrılabilceğini, hastamın kimlik bilgilerinin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın hastamın gönüllü olarak katıldığını kabul ediyorum.

### **Gönüllünün**

Adı Soyadı :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

**Bağımsız tanığın** [gönüllü okur-yazar olmadığı için imzalı onay veremiyorsa vb. durumlarda]

Adı Soyadı :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

**Bu çalışmada benden alınan biyolojik materyalin/verinin:**

- Yalnızca yukarıda adı geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan araştırmalarda hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

**Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının**

Adı Soyadı : Helin Kan Uzel  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi : Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
Psikiyatri ABD  
Telefon numarası : 05384035380

**Acil tıbbi durumlarda iletişime geçilecek kişinin**

Adı Soyadı : Helin Kan Uzel  
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :  
İmzası :  
Adresi : Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
Psikiyatri ABD  
Telefon numarası : 05384035380

**Araştırmaya onay veren Etik Kurulun**

Adı : Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Adresi : Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü Prof. Dr. UĞUR  
Oral Kültür Merkezi 1. Kat Etik Kurullar Odası, Yenişehir, Mersin  
Telefon numarası : 0324 3610001/ 14417



### **Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu**

## **ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İNTİHAR OLASILIĞININ ZİHİN KURAMI BECERİLERİ VE ERKEN UYUMSUZ ŞEMALAR İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASINA YÖNELİK ANKET FORMU**

Sayın katılımcı,

Bu anket formu Şizofreni Tanılı Hastalarda İntihar Olasılığının Zihin Kuramı Becerileri ve Erken Uyumsuz Şemalar ile İlişkisi adlı araştırma kapsamında Şizofren Hastaların İntihar Riskinin Diğer İnsanların Fikirleri, İnançları Ve Niyetlerini Algılayabilme Becerileri ve Karşılanmamış Duygusal İhtiyaçları ile İlişkisi hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar intihar davranışının varlığına göre intihar olasılığının, zihin kuramı becerileri ve erken uyumsuz şemalar ile ilişkisini anlamaya yardımcı olacaktır.

Bu çalışmaya şizofreni tanısı almış 116 hasta alınacaktır. Hastalara önce ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme gerçekleştirilecek, ardından sosyal ve demografik bilgilerinizi sorgulayan ( yaş , cinsiyet vb.) veri formu; İntihar Olasılığı Ölçeği, Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) , Young Şema Ölçeği Kısa Form – 3, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği olmak üzere 5 adet ölçek uygulanacaktır. Sorulara yanıt verme süreniz 45 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Şenel Acar

## SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

ADINIZ SOYADINIZ:

TARİH:

DOĞUM TARİHİ:(GG/AA/YY)

CİNSİYET:

1. Kadın 2. Erkek

MEDENİ DURUM:

BEKAR ( ) EVLİ ( ) BOŞANMIŞ ( )

DUL( )

EĞİTİM DÜZEYİ:

İLKOKUL ( ) ORTAOKUL ( ) LİSE ( )

ÜNİVERSİTE( )

TAMAMLANAN ÖĞRENİM SÜRESİ(YIL OLARAK):

YAŞADIĞI YER:

KÖY ( ) İLÇE ( ) ŞEHİR ( )

ÇALIŞMA DURUMU: (1)ÖĞRENCİ (2)ÇALIŞIYOR (3)İŞSİZ (4)EV HANIMI (5)

EMEKLİ (6)MALÜLEN EMEKLİ

İŞ ÖYKÜSÜ:

Halen tam zamanlı bir işte çalışmakta mı? (30+ saat/hafta, okulu saymayınız)1=evet 2=hayır

Halen part-time bir işle mi çalışmakta? (okulu saymayınız) 1=evet 2=hayır

Çalışmaya başladığı zaman: Çalışılan zaman (ay olarak):

ASKERLİK DURUMU:

Askerlik yaptı mı? (1=evet, 2=hayır)

Askerliği ne kadar süreyle yaptı? (ay olarak):

Hastanın askerlikten ne şekilde ayrıldığı: (0) bilgi yok (1) normal (2) tıbbi gerekçelerle (3) olumsuz şekilde (4) diğer

BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER: (1) YALNIZ YAŞIYOR (2) ANNE-BABA İLE (3)

EŞ VE ÇOCUKLARLA BİRLİKTE (4) TANIDIKLARIYLA BİRLİKTE (6) BAKIM EVİ

(7) DİĞER

EKONOMİK DURUMU: (1) DÜŞÜK (2) ORTA (3) YÜKSEK HASTANIN AYLIK

GELİRİ:

SOSYAL GÜVENCESİ: (1)YOK (2) EMEKLİ SANDIĞI/BAĞKUR/SİGORTA (3)

YEŞİL KART/VAKIF DESTEĞİ (4) KAYMAKAMLIK (5) ÖZEL (6) DİĞER

SOSYAL DESTEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ (1) SOSYAL DESTEĞİ YETERLİ

(2) BAZI ALANLARDA YETERSİZLİKLER VAR (3) BİRÇOK ALANDA

YETERSİZLİK VAR (4) HEMEN HEMEN BÜTÜN ALANLARDA YETERSİZLİKLER

VAR (5) SOSYAL DESTEĞİ HİÇ YOK

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI:

Duygusal İhmal( ) Duygusal İstismar( ) Fiziksel İstismar ( ) Cinsel istismar ( )

**İNTİHAR GİRİŞİMİ** ( ) Evet ( ) Hayır

(Cevabınız “evet” ise aşağıdaki soruları (a, b, c, d) cevaplayınız. Cevabınız “hayır” ise 13. soruya geçiniz.)

a. Kaç kez intihar girişiminiz oldu?:.....

b. İntihar girişim(ler)inizin zamanını ve yöntemini aşağıdaki şekilde kaydediniz.

Gün	Ay	Yıl
Girişim1: .....	.....	.....
Girişim2: .....	.....	.....
Girişim3: .....	.....	.....
Girişim4: .....	.....	.....

c. İntihar girişim(ler)inizde kullandığınız yöntemleri aşağıdaki boşluklara X işareti koyarak belirtiniz.

	<u>Girişim 1</u>	<u>Girişim 2</u>	<u>Girişim 3</u>	<u>Girişim 4</u>
İlaç	( )	( )	( )	( )
Zehir	( )	( )	( )	( )
Ası	( )	( )	( )	( )
Yüksekten Atlama	( )	( )	( )	( )
Diğer	.....	.....	.....	.....

**AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ:** (0) yok (1) var

Kim/Tanıısı:

Kim/Tanıısı:

**AİLEDE İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ:** (0) yok (1) var

Kim/Yöntem:

Kim/Yöntem:

**KOMORBİD TIBBİ HASTALIK:**..... ( DM, HT, SVO, KAH, KKY, Tiroid patolojisi, ....)

**HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞI:**

**HASTALIK SÜRESİ:**

**PSİKİYATRİ SERVİS YATIŞI** Var ( ) Yok ( )

**PSİKİYATRİ SERVİS YATIŞI VARSA**

**YATIŞ SAYISI** \_\_\_\_\_

**TEDAVİYE BAŞLAMAK İÇİN GEÇEN SÜRE** .....yıl/..... ay

**ŞİMDİKİ TEDAVİ:** 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

**SİGARA KULLANIMI:** 1.evet ( ) 2. Hayır ( ) .... paket / gün / yıl

**ALKOL:** 1. Kötüye kullanım ( ) 2. bağımlılık ( ) 3. yok ( )

**ESRAR:** 1.Var ( ) 2.Yok ( ) **Diğer :**

**YASAL SORUN ÖYKÜSÜ :** 1.var ( ) 2.yok: ( )

#### Ek 4. PANSS Tablo

<b>POZİTİF BELİRTİLER</b>							
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5 Büyüklük Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7 Düşmanca tutum							

#### POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUAN:

<b>NEGATİF BELİRTİLER</b>							
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
N1 Duygulanımda küntleşme							
N2 Duygusal içeçekilme							
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 PUAN:

<b>GENEL PSİKOPATOLOJİ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
G1 Bedensel Kaygı							
G2 Anksiyete							
G3 Suçluluk duyguları							
G4 Gerginlik							
G5 Manyerizm							
G6 Depresyon							
G7 Motor yavaşlama							
G8 İşbirliği kuramama							
G9 Olağandışı düşünce içeriği							
G10 Yönelim bozukluğu							
G11 Dikkat azalması							
G12 Yargılama ve içgörü eksikliği							
G13 İrade bozukluğu							
G14 Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15 Zihinsel aşırı uğraş							
G16 Aktif biçimde sosyal kaçınma							

#### GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI:

#### PANSS GENEL TOPLAM PUANI:

## Ek 5. 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 karşılaştırdığınızda, 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 düşünüyor musunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar

3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini 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) Özkıyım:** Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok

1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri

2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır

3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

**9) Gözlenen Depresyon:** Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüş- mede 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 6. İOÖ İntihar Olasılığı Ölçeği

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size %70 uygun ise %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyiniz.

	Sizi Tanımlama Derecesi			
	% 0	% 30	%70	%100
1. . Kızınca birşeyler fırlatırım.	( )	( )	( )	( )
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	( )	( )	( )	( )
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	( )	( )	( )	( )
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
5. Çok fazla sorumluluğum var.	( )	( )	( )	( )
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	( )	( )	( )	( )
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
11. Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	( )	( )	( )	( )
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	( )	( )	( )	( )



**Sizi Tanımlama Derecesi**

	<b>% 0</b>	<b>% 30</b>	<b>%70</b>	<b>%100</b>
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
19. İnsanların benden çok şey belediklerini hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	( )	( )	( )	( )
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
23. Güvenilebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	( )	( )	( )	( )
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	( )	( )	( )	( )
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	( )	( )	( )	( )
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	( )	( )	( )	( )
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
34. Kızınca birşeyler kırarım.	( )	( )	( )	( )
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	( )	( )	( )	( )
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	( )	( )	( )	( )

## Ek 7. Young Şema Ölçeği

### YŞÖ-KF3

#### (YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORM-3)

**Yönerge:** Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

#### **Derecelendirme:**

1- Benim için tamamıyla yanlış

2- Benim için büyük ölçüde yanlış

3- Bana uyan tarafı uymayan

tarafından biraz fazla

4- Benim için orta derecede doğru

5- Benim için çoğunlukla doğru

6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. \_\_\_\_\_ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. \_\_\_\_\_ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. \_\_\_\_\_ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. \_\_\_\_\_ Uyumsuzum.
5. \_\_\_\_\_ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. \_\_\_\_\_ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. \_\_\_\_\_ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. \_\_\_\_\_ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. \_\_\_\_\_ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşlılarım kadar, başaramadım.
10. \_\_\_\_\_ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. \_\_\_\_\_ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. \_\_\_\_\_ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseydiğimi göstermek gibi).
13. \_\_\_\_\_ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. \_\_\_\_\_ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” edilmesini çok zor kabullenirim.
15. \_\_\_\_\_ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. \_\_\_\_\_ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyarak beni değerli yapar.
17. \_\_\_\_\_ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. \_\_\_\_\_ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. \_\_\_\_\_ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.

20. \_\_\_\_\_ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. \_\_\_\_\_ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. \_\_\_\_\_ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. \_\_\_\_\_ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. \_\_\_\_\_ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. \_\_\_\_\_ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. \_\_\_\_\_ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissedyorum.
27. \_\_\_\_\_ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. \_\_\_\_\_ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissedyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. \_\_\_\_\_ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. \_\_\_\_\_ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. \_\_\_\_\_ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. \_\_\_\_\_ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. \_\_\_\_\_ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. \_\_\_\_\_ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. \_\_\_\_\_ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. \_\_\_\_\_ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. \_\_\_\_\_ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. \_\_\_\_\_ Yakınlarımin beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım

39. \_\_\_\_\_ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. \_\_\_\_\_ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. \_\_\_\_\_ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. \_\_\_\_\_ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. \_\_\_\_\_ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. \_\_\_\_\_ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. \_\_\_\_\_ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. \_\_\_\_\_ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. \_\_\_\_\_ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. \_\_\_\_\_ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. \_\_\_\_\_ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. \_\_\_\_\_ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. \_\_\_\_\_ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. \_\_\_\_\_ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. \_\_\_\_\_ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. \_\_\_\_\_ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. \_\_\_\_\_ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. \_\_\_\_\_ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. \_\_\_\_\_ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. \_\_\_\_\_ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.

59. \_\_\_\_\_ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. \_\_\_\_\_ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. \_\_\_\_\_ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. \_\_\_\_\_ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. \_\_\_\_\_ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. \_\_\_\_\_ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. \_\_\_\_\_ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. \_\_\_\_\_ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. \_\_\_\_\_ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. \_\_\_\_\_ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. \_\_\_\_\_ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. \_\_\_\_\_ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. \_\_\_\_\_ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. \_\_\_\_\_ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. \_\_\_\_\_ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. \_\_\_\_\_ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. \_\_\_\_\_ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. \_\_\_\_\_ Kendimi hep grupların dışında hissederim.

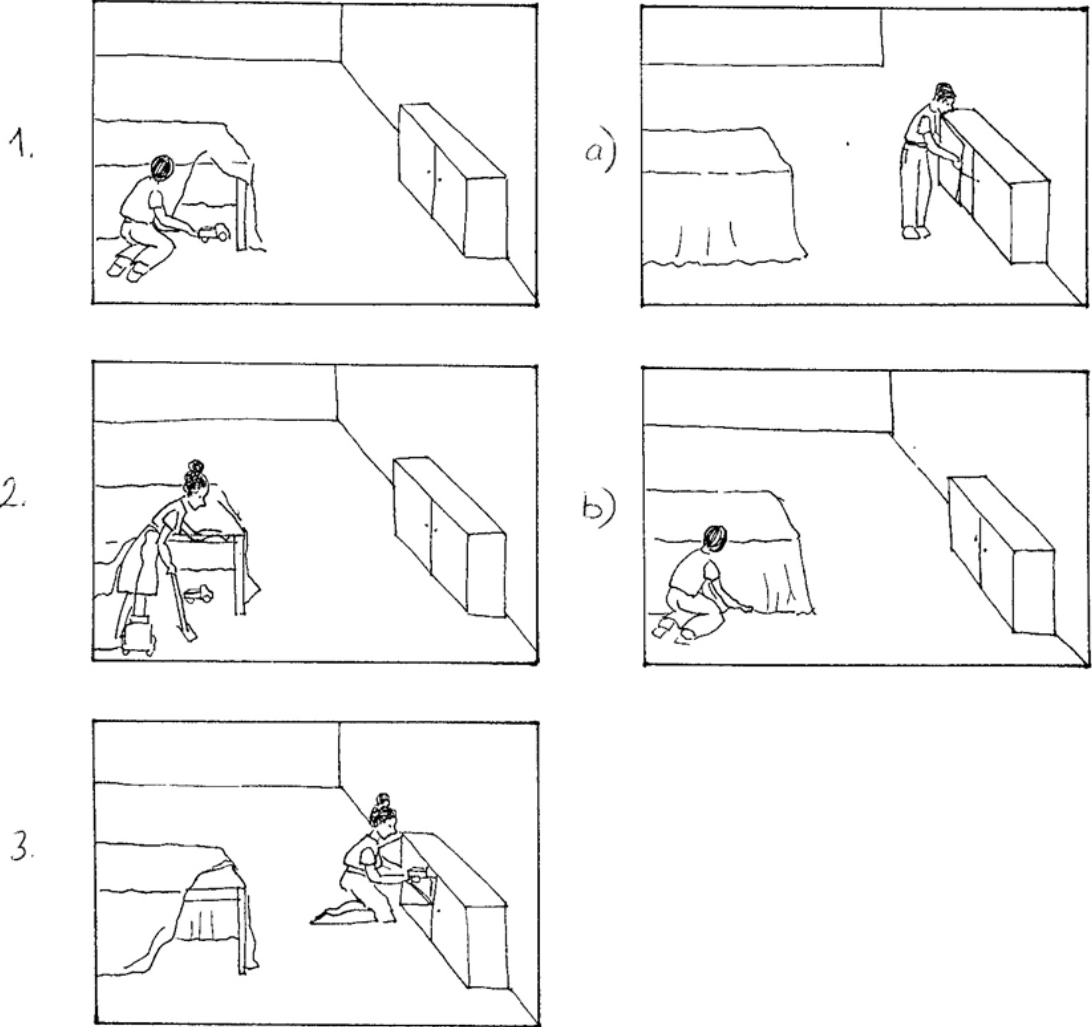
77. \_\_\_\_\_ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. \_\_\_\_\_ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. \_\_\_\_\_ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. \_\_\_\_\_ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. \_\_\_\_\_ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. \_\_\_\_\_ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. \_\_\_\_\_ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. \_\_\_\_\_ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. \_\_\_\_\_ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. \_\_\_\_\_ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. \_\_\_\_\_ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. \_\_\_\_\_ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. \_\_\_\_\_ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. \_\_\_\_\_ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

## Ek 8. DEZTÖ Ölçeği

### 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.



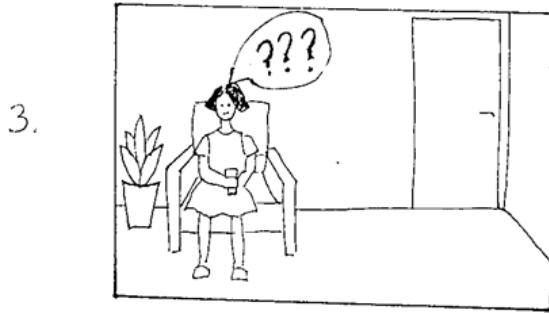
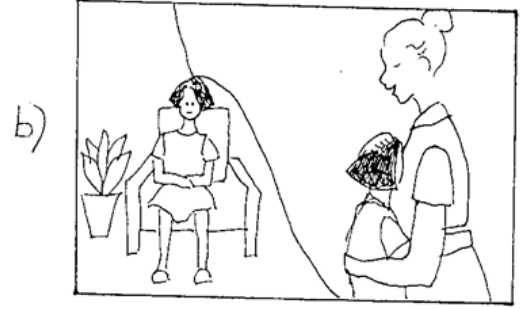
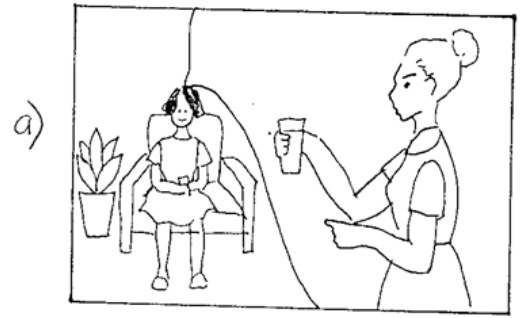
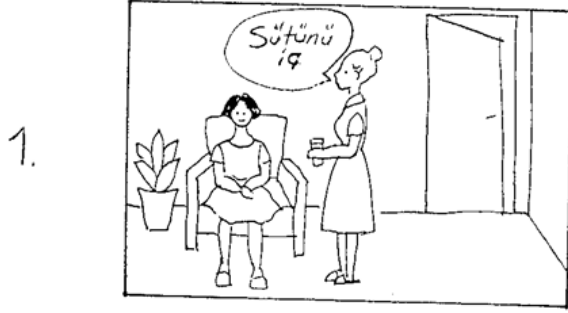


## **HİKAYE 2**

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.



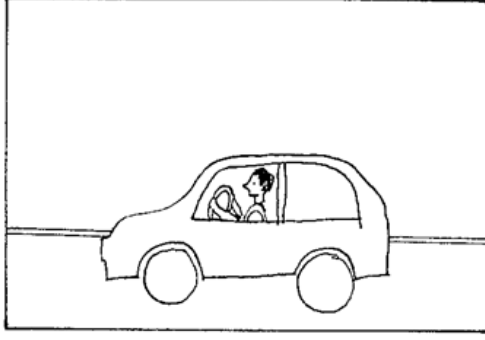
### **HİKAYE 3**

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

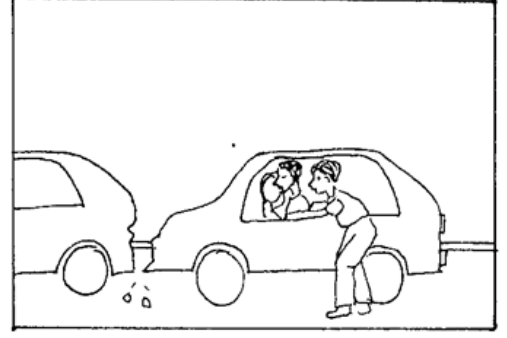
### **HİKAYE 4**

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. "

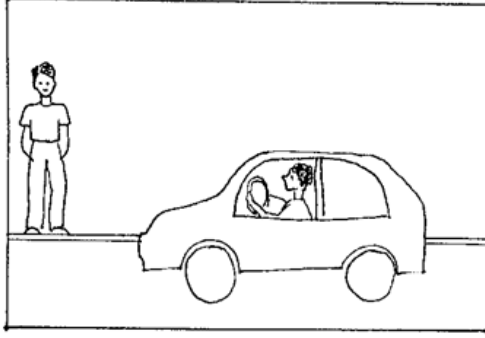
1.



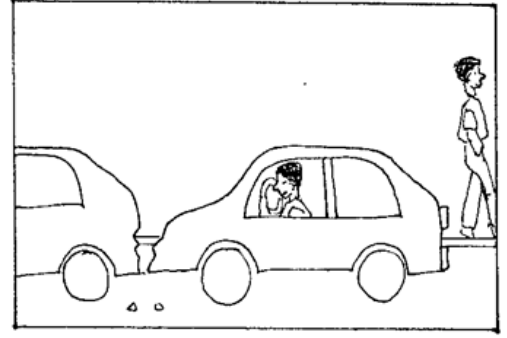
a)



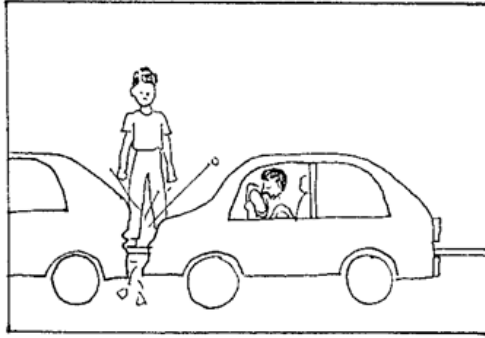
2.



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.

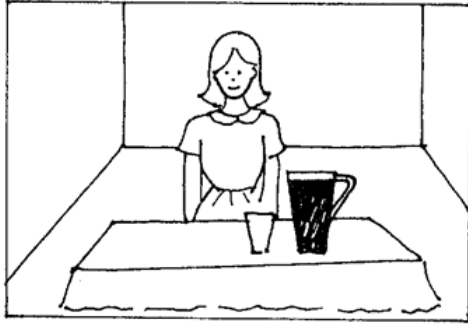
Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar.

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.

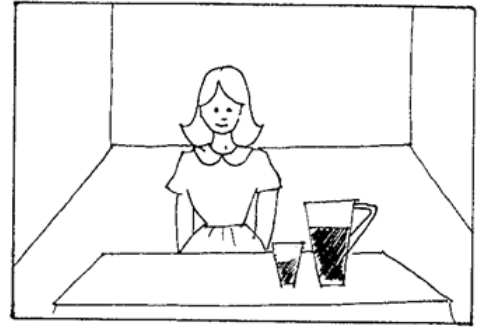
Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e " İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim! " der.



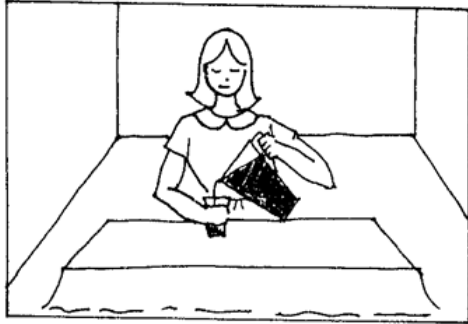
1.



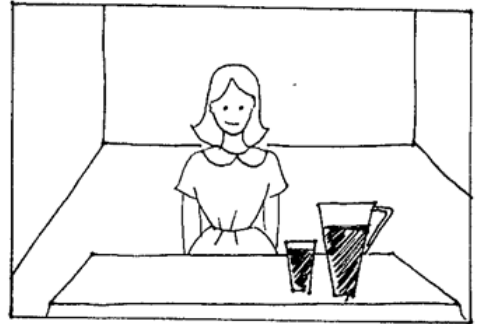
a)



2.



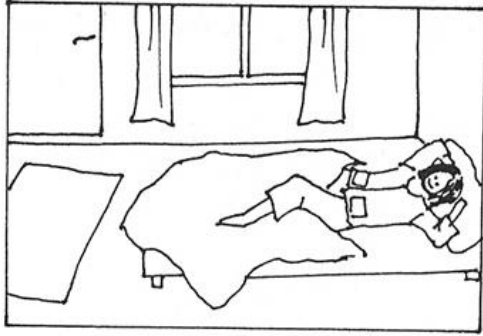
b)



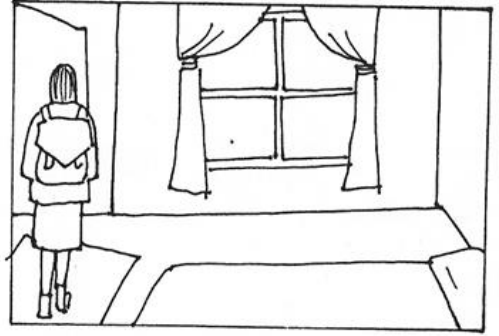
3.



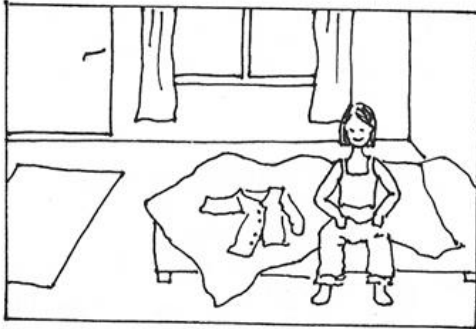
1.



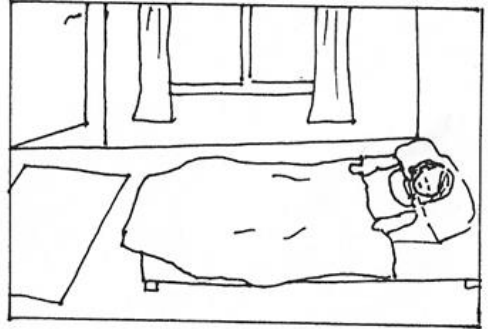
a)



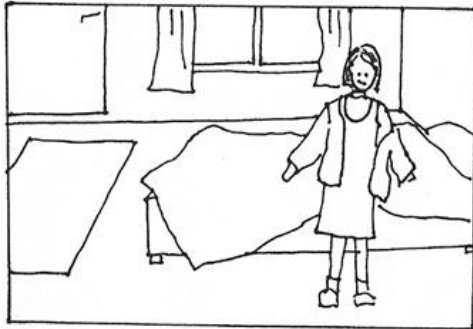
2.



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**  
**(DEZİTÖ)**  
**UYGULAYICI BÖLÜMÜ**  
**YÖNERGE - HİKAYELER - SORULAR**

**1. YÖNERGE :**

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

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

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

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

**2. HİKAYELER - SORULARI:**

**HİKAYE 1**

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

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



## **RESİM 1**

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

## **HİKAYE 2**

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

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

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

**SORU3:** Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını nereye götürdüğünü düşünmektedir?

## **RESİM 2:**

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

## **HİKAYE 3**

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

**SORU 5:** Ahmet'in annesinin söylediği doğru mudur?

Ahmet'in annesi ne demek istemiştir?

## **HİKAYE 4**

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

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

### **RESİM 3**

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

### **HİKAYE 5**

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

KONTROL SORU 1: Hafta sonları Osman ne yapmaktan hoşlanmaktadır?

KONTROL SORU 2: Hafta sonları Zeynep ne yapmaktan hoşlanmaktadır?

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

SORU 8: Osman neden alışveriş merkezine gitmeyi istemiştir?

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

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

KONTROL SORU 3: Osman şu anda nerededir?

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

KONTROL SORU 4: Osman anahtarı her zaman nereye bırakır?

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

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

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

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

**SORU 12:** Osman'ın söylediği doğru mudur?

Osman neden böyle söylemiştir?

#### **RESİM 4**

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

#### **RESİM 5**

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

#### **HİKAYE 6**

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

**SORU 13:** Selim'in söylediği doğru mudur?

Selim neden böyle söylemiştir?

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

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

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

**SORU 15:** Müdür burada ne anlatmak istemiştir?

Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali'ye Orhan'ın odasına gideceğini söyler ve Ali'nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte

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

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

### **HİKAYE 7**

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

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

Söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimdir?

Canan'ın söylediği neden söylenmemesi gereken bir şeydir?

**SORU 18:** Merve nasıl hissetmiş olmalıdır?

## DEZTÖ YANIT CETVELİ

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

## Ek 9. Etik Kurul Onayı



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 78017789/050.01.04/ **E-977382**  
Konu : Etik Kurul Kararı

21/02/2019

**Sayın Prof. Dr. Şenel ACAR**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Şizofreni Tanılı Hastalarda İntihar Olasılığının Zihin Kuramı Becerileri ve Erken Uyumsuz Şemalar ile İlişkisi" adlı araştırmaya ilişkin 20/02/2019 tarihli ve 2019/86 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Kurul Başkanı

**EKLER:**

- 1- Kurulun 20/02/2019 tarihli ve 2019/86 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 sayfa)

Adres : MEÜ Çiftlikköy Kampüsü 33343 Yenişehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için irtibat:  
Tel : 03243610001-4417 Fax :  
e-posta : Elektronik Ağ : [www.mersin.edu.tr](http://www.mersin.edu.tr)

