

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA AİLE ETKİLEŞİMLİ SOSYAL BİLİŞ
GELİŞTİRME PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Cumhuri TAŞ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayşen ESEN DANACI

Manisa, 2011

ÖNSÖZ

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

2.2. Tarihçe

2.3. Klinik Özellikler

2.4. Tanı kriterleri

2.5. Gidiş ve sonlanım

2.6. Şizofreni Tedavisi

2.7. Sosyal biliş kavramı

2.8. Şizofrenide sosyal biliş kavramı

2.9. Şizofreninin psikososyal rehabilitasyonu

2.10.Şizofrenide sosyal bilişin geliştirilmesine yönelik girişimler

2.11. Sosyal öğrenme teorisi ve mikro sosyal çevrenin şizofreni tedavisine katılımı

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışma grubu ve uygulama deseni

3.2. Uygulanan formlar ve ölçekler.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

3.2.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu

3.2.3 Sosyal İşlevsellik Ölçeği

3.2.4 Yaşam Niteliği Ölçeği (QLS)

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

3.2.6. Wechsler Bellek Ölçeği (WBÖ)

3.2.7. İz Sürme Testi (Trail Making Test)

3.2.8. Yüzde Dışa Vuran Duyguların Tanınması Testi (Facial Emotion Identification Test)

- 3.2.9. Yüzde Dışa Vuran Duyguların Ayırt Edilmesi Testi (Facial Emotion Discrimination Test)**
- 3.2.10. Gözler Testi (Eyes test)**
- 3.2.12. İma Testi (Hinting Task)**
- 3.2.13. Beklenmedik Sonuçlar Testi**
- 3.2.14. İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği (Internal, Personal and Situational Questionnaire)**
- 3.2.15. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (Beck Cognitive Insight Scale)**
- 3.3. Uygulanacak girişim**
 - 3.3.1. Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı**
 - 3.3.1.a Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı oturumlarının yapısı**
 - 3.3.2. Sosyal etkileşim grubu**
- 3.4. İstatistiksel değerlendirme**
- 4. BULGULAR**
 - 4.1.1. Sosyodemografik Özellikler**
 - 4.1.2. Tedavi geçmişi özellikleri**
 - 4.1.3 Sosyal işlevsellik özellikleri**
 - 4.1.4 Yaşam kalitesi özellikleri**
 - 4.1.5 Belirti şiddeti özellikleri**
 - 4.1.6 Nörobilişsel performans özellikleri**
 - 4.1.7 Sosyal bilişsel performans özellikleri**
 - 4.1.8 Bilişsel içgörü özellikleri**
 - 4.2 Uygulama sonrası değerlendirme**
 - 4.2.1. Uygulamaların Sosyal işlevsellik üzerine etkisi**
 - 4.2.2. Uygulamaların Yaşam kalitesi üzerine etkisi**
 - 4.2.3. Uygulamaların Belirti şiddeti üzerine etkisi**
 - 4.2.4. Uygulamaların Sosyal bilişsel performansı üzerine etkisi**
 - 4.2.5. Uygulamaların Bilişsel içgörü üzerine etkisi**
- 5. TARTIŞMA**
- 6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

7. ÖZET

8. KAYNAKLAR

9. EK

ÖNSÖZ

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan ve yol gösteren; Prof Dr. Ayşen ESEN DANACI' ya, eğitimim süresince yardımlarını esirgemeyen Prof.Dr. Ömer AYDEMİR' e asistanlık ve tez süreci boyunca dostluğunu ve yardımlarını hissettiğim Dr. Zeynep ÇUBUKÇUOĞLU 'ya, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan, Prof.Dr. Erol ÖZMEN' e, Doç.Dr. Mehmet Murat DEMET' e, Doç.Dr. Artuner DEVECİ' ye, Uzm.Psk. Nilüfer KARACA' ya, tüm asistan arkadaşlarıma ve sekreterimiz Gülseren KÖMÜRCÜ' ye çok teşekkür ederim. Ayrıca başta Saime ALTUN olmak üzere, psikiyatri kliniğinin tüm çalışanlarına teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Cumhur TAŞ
MANİSA 2011

I.GİRİŞ

Şizofreni, uzun yıllar boyunca yineleme (relaps) ve düzelleme (remisyon) döngüleriyle seyreden ve yıkım ile sonuçlanan kronik bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Şizofrenide kalıcı remisyon veya tam iyileşme oldukça düşük düzeyde görülmektedir.¹ Son yıllara kadar bilim, şizofrenide yinelemelerin önlenmesinde farmakolojik tedaviler üzerinde yoğunlaşmıştır. Son dönemde yapılan çalışmalar ile farmakolojik ve psikososyal yaklaşımlardaki gelişmeler, tedavi sonuçlarına ilişkin daha büyük beklentilerin oluşmaya başladığını ve artık yaşam kalitesi ve işlevsellikte daha uzun süreli ve fonksiyonel düzelmelerin olabileceğini göstermektedir.² Günümüzde şizofreninin seyri son derece değişken olmakla birlikte, artık en azından bazı hastalarda remisyonun gerçekçi bir hedef olarak kabul edilebilmesi mümkündür.³

Hastayı toplumsal bir birey olarak kabul eden, günlük yaşamının devamını, insanlar arası ilişkilerini ve yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen her türlü girişim, psikososyal rehabilitasyon hizmetleri kapsamına girmektedir.³ Güncel tıbbın vazgeçilmezleri arasına giren bütüncül yaklaşım, ilaçların gölgesinde kalmış bu rehabilitasyon hizmetlerini gün yüzüne çıkarmıştır. Şizofreni belirtilerinin tedavisinde ve relapsları önlemede etkinliği ispatlanmış antipsikotik tedaviler, psikososyal tedavilerin şizofrenideki değerini gölgelemiştir.

Çalışmalarda, antipsikotik tedaviye iyi yanıt veren hastalarda dahi toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, bilişsel kayıplar, rezidüel belirtiler, iş kaybı ve iş veriminde düşme

görülebilmektedir.⁴ Kronik şizofreni hastalarında en önemli belirti toplumsal becerilerdeki yıkımdır, hastanın bu sorunu psikotik belirtilerinden bağımsızdır.⁵ Psikososyal hizmetler ise bu noktada önem kazanmaktadır.

Yurt dışında psikososyal rehabilitasyon eğitimleri ile ilgili çalışmaların sayısı her geçen gün artmakta iken, ülkemizde bu konu ile ilgili yapılandırılmış tedavi kılavuzları olan rehabilitasyon programı uygulamalarının yetersiz olduğu düşünülmektedir.

Kökleri sosyal psikolojiye dayanan sosyal biliş, gerçek sanılan ya da hayal ürünü olan varlık ya da olayların etkisi altındaki bireylerin düşünce, duygu ve davranışlarını anlamaya ve açıklamaya yönelik bir kavramdır. Bu kavram, kişiyi sosyal ya da kültürel bağlamda inceler ve edindikleri bilgileri nasıl algıladıkları ve yorumladıkları üzerine çalışır. Örneğin; kişilerin toplumsal tutum ve davranışları, bu tutum ve davranışların yüz ifadeleri ve dil yoluyla aktarımı ile kişilerin aktarılan bu sosyal bilgileri seçme, yorumlama ve hatırlama yöntemleri, sosyal bilişin inceleme alanlarıdır. Sosyal biliş, sosyal bilginin toplanması ve işlenmesinde hafıza, dikkat, algı, problem çözme gibi temel bilişsel süreçlerin nasıl kullanıldığı ile ilgilenir.⁶

Heider' e göre, bütün insanlarda iki temel güdü vardır. Bunlar; çevremizdeki dünyaya ilişkin tutarlı bir görüş oluşturma ve çevremizi kontrol etme güdüleridir. Bu güdüleri doyurmanın gereklerinden biri; çevrenin nasıl davranacağını kestirebilme yeteneğine sahip olmaktır. Çünkü, eğer insanların nasıl davranacaklarını kestiremezsek, bizi çevreleyen dünyaya ilişkin görüşümüz rastlantısal, şaşırtıcı, tutarsız ve düzensiz olur. Bu bağlamda toplumda her bireyin bir "sosyal mekanı" olduğu savunulur. Bireyin kendisi ve diğerleri ile ilişkilerini çeşitli şekillerde etkileyen sosyokültürel ve psikolojik alanlar, bu "sosyal mekan"ı oluşturmaktadır. Ben ve diğerlerinin etkileşimi, algılarımız ve davranışlarımızı etkileyen bilişsel süreçler, sosyal bilişimizi ve sosyal mekanımızı oluşturmaktadır. Her birimizin mekanı bize özgüdür. Bir başkasını tanımaya ve anlamaya çalışırken bu öznel dünyayı keşfe

çıkarız. Bireyin yaşantısının öznel yanı bilimsel ve akademik çalışmalarda her ne kadar nesnel değerlendirmeler kadar yer almasa da, klinik uygulamamızda oldukça geniş bir alan kapsamaktadır.⁶

Şizofreni sosyal çerçevede tanımlanacak olursa; bireyin sosyal çevresinin yapılanmasında ve o çevrenin içinde kendine yer edinmesinde belirgin sorunlar yaratan kişiler arası bir olgu olarak tanımlanabilir. Sosyal çerçevede şizofreni tanımı biraz daha açılacak olursa; "diğerleri" ile ilişkilerde izlenim edinme, bilgi işleme ve anlatım süreçlerindeki patoloji nedeniyle sosyal yaşam için gerekli olan "ortak sosyal biliş" in oluşturulamaması ve sonuçta sosyal işlevselliğin ileri derecede azalması, bireysel mekan ve yaşam alanının daralması durumu olarak da tanımlanabilir.⁷

Şizofrenide çocukluktan itibaren var olan dikkat ve algı bozukluğu ve düşük stres eşiği, sosyal yaşama ilişkin bilgileri işleme süreçlerinde ve sorun çözme yetisinde bozukluğa yol açar. Bu durum da yetişkinler dünyasının gereksinimlerine uygun davranamama ve sosyal yeterliliğe ulaşamama ile sonuçlanmaktadır.⁸ Duygulanım, duyguların ifadesi ve diğer insanların duygularının anlaşılmasındaki bozukluk da, şizofreni hastasının sosyalleşmesini önemli derecede etkilemektedir. Sözel anlatımın yanı sıra, iletişimin duygusal yönünü düzenleyen ve sosyal iletişimin kurulmasını sağlayan, yüz ifadesi, bakış, jest, mimik ve duruş gibi davranışlardaki uygunsuzluk ve duygu dışavurumunda azalma da iletişimi güçleştirmektedir.⁹ Gülümseme, göz iletişimi, baş sallama gibi sosyal iletişime davet etme ya da ilişkiyi arttırma isteğini belirtme gibi davranışların azlığı, şizofreni hastası bireylerle etkileşimde bulunanların empati kapasitesini azalmakta, iletişimde karşılıklılığın sürdürülmesine engel olmaktadır.^{10,11,12}

Şizofrenide karşıdaki bireyin duygularını anlamada ve değerlendirmede bir çarpıklık bulunmaktadır. Bu çarpıklık işlevsel bir sosyal biliş oluşumunu engellemektedir. Diğer insanların özellikle olumsuz duyguları "büyüteç" aracılığı ile algılanmaktadır. Kızgınlık, eleştirilme,

düşmanlık, onaylanmama, reddedilme gibi duygular, aşırı duyarlılık nedeniyle tolere edilememekte ve ilişki kesilmektedir.¹³ Dikkat ve bellekteki bozukluk bireyin dünü, bugünü ve yarını arasındaki bağın yitimine ve kendilik duygusunun kaybolmasına yol açmaktadır. Bütün bunların etkisiyle, birey giderek duyum, düşünce, heyecanı ve öznelliğini yitirmektedir. Hastalık kişiye kendisiyle diğerleri arasındaki sınırı kaybettirdiği için, hastanın incinebilirliği ve başkalarının etkisinde kalma eğilimi giderek artmaktadır. Başkaları tarafından etki altına alınma, yutulma korkusu sosyal ilişkilerden kaçmak için en önemli faktör haline gelmekte, bu nedenle kendisini diğerlerinden "camdan duvar" ile ayırmaktadır.¹⁴

Şizofrenili birey iç ve dış uyaranları farklı algılayıp, farklı anlamlandırdığı için toplumun diğer bireyleriyle aynı gerçeklikte buluşamamaktadır. Kendisini korumak ve yaşamın güçlükleriyle başa çıkmak için geliştirdiği savunma başkalarıyla uzaklığını, yabancılığını arttırmaktadır. Tehdit edici, düşmanca algıladığı bir dünyada benlik saygısını koruyabilmek için kötülük görme sanrılarını geliştirebilmektedir.^{15,16} Diğer insanların niyetlerini anlama ve iletişim sırasında "ötekinin perspektifini düşünme" de yetersizlik, hastanın sanrılarını güçlendirmekte ve bağlantısız konuşmasına yol açmaktadır.¹⁷

Hastalığın başlangıcındaki sanrılı, varsanlı renkli seyir, bireyi giderek tüketmekte ve geride bireyin sığ ve künt maskesini bırakmaktadır. Şizofrenik süreç bireyin duygu, düşünce, istek, acı çekme ve ümit etme kapasitesini azaltmaktadır.¹⁸ Ancak son çalışmalar; bu künt maskenin ardında sanıldığıının aksine duyguların yaşandığını göstermektedir. Bu çalışmalarda, şizofreni hastası bireyin duygu yaşamakta değil, duyguları göstermekte sınırlılıkları olduğunu ileri sürmektedir.^{18,19,20}

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tanım:

Şizofreni, düşünce, algı, dikkat, duygulanım ve davranışlarda bozukluklar, kişilerarası ilişkilerde, işe ve topluma uyum sağlamada ağır kayıpların olduğu, sanrı ve varsanılar da içeren ağır bir ruhsal bozukluktur. “Aklın yarılması” anlamına gelen şizofreni terimi duygulanım ve düşünce arasındaki bağlantıların kopukluğunu ifade eder.⁸

2.2. Tarihçe:

Şizofreni, toplumda sık rastlanan ve uzun yıllardır tanımlanmaya çalışılan bir bozukluktur. 18. yüzyıla kadar akıl hastaları toplum içinde şeytani varlıklar olarak değerlendirilmiş ve hastalar çeşitli işkencelere maruz kalmışlardır. 19. Yüzyılın ilk yıllarında Pinel hastaların çoğuna “düşünme yeteneğinin ortadan kalkması ya da bozulması anlamına gelen “demans” tanımını kullanmıştır.²²

Kraepelin “dementia praecox” olarak tanımladığı hastalığın; kişide bilinç, duygulanım ve irade alanında tam bir yıkıma neden olacak şekilde kronik bir gidiş gösterdiği belirtilmektedir. Kraepelin bundan 100 yıl önce (1896) dementia praecox’u katatonik, hebefrenik ve paranoid hastalar olmak üzere üçe ayırmıştı. Bu ayırım az çok bugünde geçerlidir. Eugen Bleuler, “Şizofreni” terimini ilk defa dementia praecox ’un yerine literatüre geçirmiştir. Bleuler Kraepelin ’in düşüncesinden farklı olarak dementia praecox ’un yıkım yapıcı bir yönü olmadığını vurguladı. Hastalığın ağır demans ile birliktelik göstermediğini, prognozunun mutlaka kötü

olmadığını, düşünce ve duygulanımdaki bölünmenin rahatsızlığın temel görünümü olduğunu gözlemleyerek bu öneriyi getirmiştir.

Şizofreni kavramı 20. yüzyılın ilk yarısına kadar Amerika da genişletilmiştir. 20. yüzyılın ortalarında Kurt Schneider, şizofreni tanımlamalarında fenomenolojik kavramların kullanılmasını önermiştir. APA, DSM ve Dünya Sağlık Örgütü ICD sınıflandırmalarında bu belirtilere önem verilmektedir. 1980 yılında DSM III' ün basılmasıyla birlikte ruhsal işlevselliğe ilişkin kuramlar ve kanıtlanmış etiyolojik varsayımlara dayandırılan çalışmalardan oldukça farklı tanımlar ortaya çıkmıştır. ICD 10'da verilen alt tipler klinik gelenekleri takip eder niteliktedir. DSM IV sınıflandırması ise faktör analiziyle belirti boyutunda ele alınmış, alt tipler ise hastalığın gidişi ve sonlanmasıyla birbirinden ayrılmıştır.²³

2.3.Klinik Özellikler

Şizofreni, düşünce, algı, dikkat, motor davranışlar, duygular gibi temel alanlardaki bozukluklara yol açan bir hastalıktır. Buna paralel olarak, bireyin iş, sosyal ve özel yaşamında çeşitli düzeylerde sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Hastalık; başlangıcı, klinik görünümü ve seyir özellikleri yönünden heterojendir. Şizofreni hastalığının heterojen olması nedeniyle hastalığın belirtileri pozitif ve negatif belirtiler olarak iki kategoride incelenmekte aynı zamanda bu iki kategoriye uymayan belirtilerde ayrıca ele alınmaktadır.²³

Pozitif belirtiler sanrı, varsanılar, ajitasyon, yapısal düşünce bozukluğu, dezorganize veya katatonik davranışlar, dezorganize konuşmayı içerir. Şizofreni hastalığında düşünce içeriğindeki anormallikler düşünme biçimindeki ve konuşmadaki anormallikten daha merkezi bir yer tutar. Uluslararası Şizofreni Pilot Çalışmasında (IPSS), şizofreni hastalarının %97'sinde içgörü eksikliğine bağlı olarak düşüncenin önemli bir şekilde bozulduğunu bulmuştur. IPSS örnekleminin % 65 'ini sanrılar, % 74'ünü ise varsanılar oluşturmuştur.²⁴

Şizofrenide sanrılar, genellikle gerçeği yaşantılamada bir parçalanma olduğunu yansıtacak şekildedir. Bu parçalanma çeşitli şekillerde kendini gösterir. Sanrı benliğin gerçeklikten ayrıldığı ve sonra gerçekliğe dürtüsel hayatın sırtından bir geri dönüş girişimidir. Bu geri dönüş girişimi "yeni bir gerçeklik oluşumu"na neden olmaktadır. Sanrı, gerçekliğin karşısında "yenilenme" girişimidir.²⁵ Sanrılarının içeriğinde zıtlılıklar dikkat çekebilir. Kişi sanrı içeriğine uygun şekilde davranmayabilir. Hastalığın akut evresinde, hasta aynı görüşme içinde inandığı sanrının gerçeğe uymadığını kabul edip; ardından sanrısını savunmaya geçebilir.

Şizofrenide görsel varsanılar işitsel varsanılara göre daha nadir görülmektedir. Somatik varsanılar ise daha sık görülmekle birlikte sanrılarla yorumlanırlar.²⁶

Negatif belirtiler ise avölüsyon (istek ve enerjinin azalması), aloji (düşünce ve konuşma fakirliği), anhedoni (zevk alamama), duygularda küntleşme şeklinde oluşmaktadır.²⁴

Şizofreni belirtilerinin heterojen olması bozukluğun çeşitli alt tiplerinin oluşturulmasına neden olmuştur. DSM IV 'te bulunan üç tip şizofrenik bozukluğun önemli bir kısmını paranoid şizofreni hastaları oluşturmaktadır. Genellikle kötülük görme (perseküsyon) ya da büyüklüklenme (grandiyözite) sanrıları gözlenmektedir. Hastalar, kavgacı, ajite, kızgın ve şiddete yönelimli olabilmektedirler. Diğer şizofreni hastalarına göre daha temkinli ve konuşkan olan hastalar sanrısız olsa da düşünce süreçleri parçalanmamıştır. Paranoid tipin gidişinin, diğer alt tiplerden daha iyi olduğu düşünülmektedir.²³

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV)'ya göre şizofreni tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

2.4. Tanı Kriterleri

Şizofreni için tek başına tanı koydurucu hiçbir belirti ya da bulgu yoktur. Ortaya çıkan bütün belirti ve bulgular diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklarda da görülebilir. Şizofreni tanısının konmasından önce ayrıntılı bir anamnez alınması, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin yapılması, böylelikle ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken fiziksel hastalıklar ve madde kullanımının dışlanması gerekir.

Bu çalışma içerisinde şizofreni tanısı için kriter alınan DSM-IV tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- 1) Sanrılar
- 2) Varsanılar
- 3) Dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn, çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans)
- 4) İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
- 5) Negatif belirtiler, yani duygulanımda donukluk (tekdüzellik), aloji (düşünce içeriğinde fakirleşme) ya da avolüsyon.

Sanrılar bizar ise ya da varsanılar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır.

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir.

Dışlama kriterleri: Belirtilerin şizoaffektif bozukluğa, psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğuna, kötüye kullanılabilen bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine, genel tıbbi duruma bağlı olmaması gerekmektedir.

Şizofreninin alt tipleri, değerlendirme sırasında önde gelen belirtilerle tanımlanırlar:

Paranoid Tip: Bir ya da birden fazla sanrı ya da sıklıkla işitme varsanılarının bulunduğu; dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz duygulanımdan hiçbirinin olmadığı şizofreni alt tipidir.

Dezorganize Tip: Dezorganize konuşma, dezorganize davranış, donuk ya da uygunsuz duygulanım belirtilerinin her birinin belirgin olduğu; katatonik tip tanı ölçütlerini karşılamayan şizofreni alt tipidir.

Katatonik Tip: Katalepsi (balmumu esnekliği de içinde olmak üzere) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik, aşırı motor aktivite (açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen), aşırı negativizm (hareket ettirmeye yönelik tüm yönergelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid (katı) postürü sürdürme) ya da mutizm, postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürler alma), basmakalıp hareketler, belirgin manyerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayipliklerin olması, ekolali ya da ekopraksi belirtilerinden en az ikisinin klinik görünümüne hakim olduğu şizofreni alt tipidir.

Farklılaşmamış (Diferansiye Olmamış) Tip: A Tanı Ölçütünün karşılandığı belirtilerin olduğu, ancak bu tanı ölçütlerinin Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik Tipin tanı ölçütlerini karşılamadığı şizofreni tipidir. **Rezidüel Tip:** Belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmadığı, negatif belirtilerin ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimin (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) olduğu şizofreni alt tipidir.²⁷

2.5.Gidiş ve Sonlanım

Pek çok araştırmacı şizofrenide gidiş özelliklerini tanımlamaya çalışmıştır. Bu araştırmacılar hastalığın başlangıç şekli ile gidiş özelliklerini (fazik, epizodik, kronik) ve sonunu (kişilik değişimi, psikoz ya da remisyonu) ilişkilendirmeye çalışmışlardır.²⁸

Şizofreninin gidiş özellikleri de belirtileri gibi çeşitlilik gösterir. Hastalığın her aşamasında ve her hastada farklı belirtiler görülebilir. “Premorbid belirtilerin önemi sadece geriye dönük tanımlandığında anlaşılmasına karşın, premorbid belirtiler hastalığın ilk bulguları olabilir. Bu belirtiler özellikle ergenlikte başlar ve bunları günler veya aylar içerisinde prodromal belirtilerin gelişimi izler. Hastalık belirtilerinin başlangıcı genellikle, yüksek öğrenim için taşınmak, madde kullanımı ya da bir yakınının ölümü gibi çevresel veya sosyal bir değişim ile başlayabilir. Prodromal belirtiler açık psikotik belirtilerin başlamasından önce bir yıl veya daha uzun sürebilir.²⁹

İlk psikotik ataktan sonra hastada aşamalı bir düzelme dönemi olur, bunu nispeten normal işlevlerin yürütüldüğü uzunca bir dönem takip eder. Buna karşın, genellikle nüks oluşur ve hastalığın genel örüntüsü tanıdan sonra ilk beş yıl içerisinde şekillenir ve hastanın bundan sonra izleyeceği seyri belirler. Şizofreninin klasik seyri alevlenme ve remisyonlarla devam eder. Bazen psikotik bir epizodu klinik olarak gözlenebilen post psikotik depresyon izler ve şizofreni tanılı hastanın strese duyarlılığı genellikle yaşam boyu devam eder. Pozitif belirtilerin şiddeti zamanla azalır fakat sosyal yıkıma sebep olan negatif veya defisit belirtiler şiddetini artırır.²⁹

DSM sisteminde şizofreni hastaları için seyir ve gidişatı belirlemek amacı ile (hastalığın aktif evre belirtilerinin ortaya çıkışından itibaren en az bir yıl geçtikten sonra gelinen noktada) şu sınıflama önerilmektedir:

1. Epizotlar arasında rezidüel belirtiler gösteren epizodik seyir.
2. Epizotlar arasında rezidüel belirtiler olmadan epizodik seyir.
3. Süreğen seyir

4. Geçirilmiş tek epizod kısmi remisyon.
5. Geçirilmiş tek epizod tam remisyon.
6. Diğer ya da belirlenmemiş seyir özellikli (APA, 2001). Genel olarak hastalık öncesinde sosyal ilişkileri iş ve okul yaşamında göreceli olarak iyi uyum yapmış kişilerde, düzenli aile ve iş yaşamı olanlarda, genetik yüküklüğü olmayanlarda, tedaviye erken dönemde başlayan ve düzenli devam eden hastalarda, daha az tekrarlama gösteren hastalarda prognozun daha olumlu olduğu bilinmektedir.²⁹

2.6.Şizofreni Tedavisi

Son yıllarda ikinci kuşak antipsikotik ilaçların kullanılması ile birlikte hastalığın tedavisinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak, hastaların uzun vadede tedavi uyumsuzluğu, özellikle tedavinin sürdürülebilirliği açısından problemler yaratmaktadır.³⁰ Şizofreni hastaları arasında ilaç tedavisine uyumsuzluk oranı %25 ile %75 arasında değişmektedir. Hastalığın yinelemesi açısından büyük bir risk olarak görülen ilaç uyumsuzluğu, ancak hasta antipsikotik ilaç sayesinde zaman içerisinde kendini öznel olarak iyi hissederse aşılabılır. Avrupa Şizofreni Sağlık Sonuçları (SOHO) çalışması, öznel olarak hastanın kendini iyi hissetmesiyle ilaca devam etmesi arasında güçlü bir ilişki bulmuştur.³¹ Hastalık derecesinde madde bağımlılığı,³² hastalığa ve tedaviye karşı olumsuz tepkiler, ekstra piramidal yan etkiler gibi advers veya istenmeyen etkiler, ilaç uyumunu bozan diğer potansiyel etkenlerdir. Lambert ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada, antipsikotiklerle yapılan tedavi, birinci kuşak nesil antipsikotiklere göre daha az yan etki gösterdiği için, bu tip ilaçlarla yapılan tedavilerde tam iyileşme ihtimalinin çok daha yüksek olduğu bulunmuştur. İlaçlar, hastaların işlevsel iyileşme düzeyini arttırmış ve hastaların ilaç uyumunu arttırmıştır.³³

İlaç tedavisine ek olarak hastalar ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamaya yönelik yaklaşımların etkin olduğuna dair kanıtlar da bulunmaktadır.³⁴

Bireysel psikoterapi, aile terapileri ve grup psikoterapilerinin hastaların sosyal işlevsellik, istihdam durumu, kişiler arası iletişim, ailevi sorumluluklar ve topluma ait olma hissi gibi, öznel işlevsellik düzeyini artırmada etkin olduğu kabul edilmektedir. Şizofreni hastaları için psikososyal tedavilerin ilaç tedavisi ile birlikte tedaviyi tamamlayıcı olarak kullanıldığında yaşam kalitesi ve işlevselliğin gelişiminde olumlu etkiler yarattığına³⁵ ve hastalığın nüks oranlarını düşürdüğüne³⁰ dair bilgiler bulunmaktadır.

2.7.Sosyal biliş kavramı

Sosyal biliş basit tanımı ile kişinin kendisini ve diğerlerini sosyal dünya içinde nasıl düşündüğü ile ilgilenen sosyal psikolojinin alt dalıdır. Bu terminoloji 1960'lı ve 1970'li yıllarda "bilişsel devrim" olarak nitelendirilen dönemde sosyal psikoloji ile birlikte anılmaya başlanmıştır. Sosyal biliş, inanların sosyal ortamlarda zihinlerinde işledikleri süreçleri geniş bir teorik perspektifte izlemektedir. Kapsamı içine; kişisel algı, kendisi ve diğerleri ile ilgili atıfları, sosyal yargılaması ve karar verme süreçlerini içerir.⁶

Sosyal biliş araştırmaları 4 ana başlıkta toplanır. Birincisi "Mentalizasyon", şemalar gibi zihinsel tasarımlar üzerine odaklıdır. Kişinin zihninde kendisi, diğerleri ve dış dünya ile ilgili kavram halinde zihinsel tasarımların bulunduğunu savunur. Şemalar aktive olduğunda ve erişildiğinde kişi içinde bulunduğu durum ile ilgili kilit kararlar vermektedir. Bu durumu karşı cins ile sürdürülen ilişkini arkadaşlık boyutunda kalmasını istemek veya romantik bir ilişkiye dönüştürmek isteği ile örneklendirilebilir.³⁶

İkinci olarak araştırmacılar; metabilişsel deneyimlerin kişinin zihinsel tasarımlarında kritik rol oynadığını göstermişlerdir.³⁷ Şemaları oluşturan bu sübjektif deneyimler, ihtiyaç halinde bellekten geri çağırmaı kolaylaştırmaktadır. Örneğin kişi karşısındakilerin güvenilmez olduğu yönünde bir şemaya sahip ise benzer bir durum ile karşılaştığında ve içinden çıkmakta güçlük çektiğinde diğerlerinin de güvenilmez olduğu

yönünde bir karara varabilir. Metabilişsel deneyimlerin güvenilirliği bireyin kısıtlı bilişsel olanaklarının bulunduğu durumlarda azalmaktadır. Bu durum ile şizofrenide sıkça karşılaşılr. Nitekim, bu işlemlerin kısıtlılığı psikozaın bilişsel terapisinde kullanılan “alternatif yaratma” yöntemi ile çelişmektedir.³⁷ Örneğin: Biraz arkasından siyah bir arabanın kendisini takip ettiği hissine varabilir ve bu arabanın kendisini takip eden bir CIA arabası olduğunu düşünebilir. Burada terapist bireyin bu konuda alternatif yaratması konusunda destekleyecektir. Ancak bilişsel yıkımı olan birey alternatif üretse dahi etkin işlemsel süreçleri tamamlayamadığı için inancından vazgeçmeyecektir, bunun bir nedeni de yeni alternatiflerin zihne hazır ve bütüncül olarak gelemeyişidir. Bundan dolayıdır ki bireyleri bilişsel esnek olmaya yöneltirken dengeyi unutmamalı ve bunun tam aksi etkiler ile de sonuçlanabileceği akılda tutulmalıdır. Sosyal bilişin ikinci önemli özelliği ise işlem odaklı olmasıdır. Örneğin, bir dilencinin para istemesi karşısında rahatsızlık, sinirlenme veya sempati duyma şeklinde bir duygu hissedilebilir. Sosyal biliş araştırmacıları bireylerin sosyal durum karşısındaki reaksiyon zamanlarından beyin görüntülerine geniş bir alan içerisinde araştırma yapmaktadırlar. Sosyal işlemsel reaksiyon zamanları sosyal durumlardaki davranışsal uygun karşılıklar ile de ilişkili bulunmuştur.³⁸

Üçüncü olarak; sosyal biliş birçok araştırma disiplininin katılımı ile karakterize bir alandır. Gelişimsel psikoloji, klinik psikoloji, davranışsal psikoloji, nörobiliş, sinirbilim gibi alanların bir araya gelmesi ile ancak molekülden bilişe, bilişten gerçek yaşama uzanan spektrumda araştırma yapılmalıdır.³⁹

Son olarak sosyal biliş araştırmacıları gerçek yaşam uygulamaları ile ilgilenirler. Amerika’da yargıçların mahkemelerde verdikleri kararlarda bilişsel karar verme süreçlerinin aldığı rollerin araştırılması buna uygun bir örnek olabilir.³⁹

2.8.Şizofrenide sosyal biliş kavramı

Şizofrenide sosyal biliş alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde 3 ana başlık altında toplandığı görülmektedir.

1. Emosyon algılama-Yüz tanımlama
2. Zihin teorisi
3. Atıf biçimi

Yüz ifadeleri hem insanlarda hem de hayvanlarda iletişimin öncül araçlarıdır.⁴⁰ Duygular çoğunlukla yüz ifadelerine yansıyan süreçlerdir. Kavramsal mantık yürütmeyi gereksiz kılacak şekilde, nöronal mekanizmalar başkalarının duygularının doğrudan anlaşılmasına olanak veren bir aynalama sistemini oluşturur.⁴¹ Ayna nöronlar başkalarının duygu ifadelerinin zihinsel temsil ve taklidini gerçekleştirerek onların tanınması görevini yürütür.⁴¹ Şizofrenide yüz tanımlama ile ilgili çalışmalar incelendiğinde bazı alanlarda kayıplar saptanmıştır.

Birincisi, şizofreni hastaları sağlıklı kontrollere göre hem yüzde ifade edilen duyguyu tanımlamakta, hem de ayırt etmekte güçlük çekmektedir.^{42,43,44} İkinci olarak bu kayıp diğer psikiyatrik bozukluklarda görülen kayba kıyasla daha belirgin düzeydedir. Üçüncü olarak eldeki deliller ışığında en belirgin kaybın özellikle negatif emosyonları tanımlamakta yaşandığı görülmektedir. Dördüncü olarak tüm bu kayıpların hastalığın remisyon dönemlerinde de devam ettiği saptanmıştır. Beşinci olarak, birçok şizofreni hastası bireyin görsel tarama konusunda kusurlu olduğu vurgulanmıştır. Altıncı olarak ise şizofreni hastalığına sahip bireylerin emosyonları algılama konusunda “satır aralarını okumak” yani bir sosyal durumdaki delillerden sonuca gitme konusunda yetersiz iken, sosyal durumlarda somut sonuçlara ulaşabilmek konusunda görece başarılı olabildiği saptanmıştır. Bu kusur sosyal bilişin işlem basamaklarında bozulmaya yol açarak yüzde tanımlanan duygunun yanlış yorumlanmasına sebep olabilir. Ve son olarak tüm bu bozuklukların hastalığın henüz başlangıç dönemlerinde dahi bulunduğu saptanmıştır.^{45,46,47,48,49}

Şizofrenide araştırılan sosyal bilişin bir diğer alt basamağı ise zihin kuramıdır (Theory of mind). Zihin kuramı(ZK), kişinin kendisinin dışındaki kişilerin kendininkinden farklı bir zihne sahip olduğunu fark edebilme, kendisinin veya ötekilerin niyet, inanç, istek ve bilgisini anlayabilme ve zihinsel olarak bunları temsil edebilme yetisi için geliştirilmiş bir kuramdır. İnsanlarda 3-4 yaşından itibaren en basit zihin kuramı yetenekleri kazanılmaya başlanır, fakat zihin kuramının gelişiminin tamamlanması 11-12 yaşlarına kadar sürebilir. Zihin kuramı ile ilgili temel nöroanatomik bölge prefrontal kortekstir. Bu bölge ile inferior parital lob, superior temporal sulkus ve limbik-paralimbik bölgeler arasındaki bağlantılar da önemlidir. Çeşitli zihin kuramı patolojilerinin başta yaygın gelişimsel bozukluklar (Otizm ve Asperger sendromu) olmak üzere, frontal bölge hasarları, demans, şizofreni, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik ve nörolojik hastalıkların klinik görünümünde önemli olabileceği gösterilmiştir. Şizofrenide zihin kuramı patolojileri ile özellikle "davranışsal bulgular"; edilgenlik fenomeni, dezorganize davranışlar ve paranoid sanrılar arasında bir ilişki kurulmaya çalışılmıştır. Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarında sağlıklı kontrollere göre belirgin düzeyde zihin kuramı bozuklukları olduğunu göstermektedir. Üstelik bu bozuklukların, şizofrenide görülen genel bilişsel bozukluklardan bağımsız olduğu gösterilmiştir. Bu bozuklukların remisyon döneminde de hastalık şiddetinin azalmasına rağmen devam etmesi ve psikotik belirti göstermeyen 1. derecede akrabalarda da gözlenmesi, şizofrenide zihin kuramı patolojilerinin hastalık döneminden bağımsız, süreğenlik gösteren bir özellik olduğunu düşündürmektedir.^{50,51,52,53,54,55}

Yakın tarihli bir çalışmada, Sprong ve arkadaşları (2007) şizofrenide ZK bozukluğuna ilişkin ilk metaanaliz çalışmasını yayınlamıştır. Bu metaanalize şizofreni hastalarıyla yapılmış 29 çalışma alınmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre, şizofreni hastalarında çok belirgin bir ZK bozukluğu bulunmaktadır (Cohen D=1.25). Bu etki boyutu şizofrenide diğer bilişsel işlev bozuklukları için yapılan metaanalizlerle

karşılaştırıldığında çok belirgindir. Ancak bu çalışmanın bazı zayıf yönleri vardır. Çalışmalar arasında çok belirgin heterojenite saptanmıştır. Bu çalışmada çok farklı tiplerde ZK testlerinin sonuçlarının birleştirildiği düşünüldüğünde bu beklenen bir sonuçtur. Ayrıca çok sayıda dikotomik verinin Cohen D hesaplanması için kullanılmış olması çalışmanın tartışmaya açık bir yönüdür. Diğer bazı çalışmalarda ise psikiyatrik bir kontrol grubu kullanılmıştır.⁵⁶ Şizofrenide ZK alanında yapılan çalışmaların ana ilgi odaklarından biri özgül belirtilerin zihinselleştirme yetisiyle ilişkisinin olmasıdır. Bu ilişkinin nedenini Frith' in teorisinin (1992) özgül öngörülerinde aramak gerekir. Şizofrenide ZK-belirti ilişkisini inceleyen çalışmaların iki ana yöntemi hastaların alt gruplara ayrılması ya da korelasyon analizleri olmuştur. Bu konuda ilk veriler Corcoran ve Frith' in, hastaları Frith' in kuramına göre gruplara ayırdıkları çalışmalardan gelmiştir.^{57,58,59} Bu çalışmalar, sadece enkoherans ve negatif bulgularla ilişkili davranışsal belirtileri ve paranoid belirtileri olan (referans ve perseküsyon sanrıları, varsanılar) hastalarda ZK yetisini bozuk bulmuştur. Bu çalışmalar, büyük ölçüde tek bir örneklemeden geldiği izlenimi vermektedir ve bunların bazı eleştiriye açık yönleri vardır. Bunlardan en önemlisi, belirti gruplarının hiyerarşik olarak tanımlanmasıdır. Hiyerarşik olarak en üstte bulunan grubun, alttaki gruptaki hastalarda görülen belirtileri göstermesine izin verilirken, bu durumun tersine izin verilmemiştir. Bu durumda, bu sonuçların özgül belirtilerle ilişki göstermediği, sadece hastalık şiddetinin bir göstergesi olduğu öne sürülebilir. Ayrıca, sanrılar ile ZK bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar çelişkili sonuçlar vermiştir. Çalışmaların pek çoğu sanrı şiddeti ile ZK bozukluğu arasında özgül bir ilişki bulamamıştır,^{59,60} ancak şizofrenide sanrılar ile ZK arasında ilişki olduğunu destekleyen çalışmalar da vardır.⁶¹

Sağlıklı kontrollerde yapılan çalışmalar yürütücü işlevler, bellek, çalışan bellek gibi bilişsel işlevlerin, ZK testlerindeki performansla ilişkili olduğunu göstermektedir. Şizofrenide bütün bu alanlarda belirgin

bozukluklar olduđu bilinmektedir. Bu durum Őizofrenide ZK bozukluđunun, diđer biliŐsel iŐlev bozukluklarının bir yan őrünü olabileceđini akla getirir. Corcoran ve arkadaŐları (2003), paranoid tip Őizofrenide biliŐsel iŐlev bozukluđu ile ZK performans dūŐüklüđu arasında bir iliŐki bildirmiŐtir.⁶² Dezorganize Őizofrenide ZK bozukluđunun IQ dūŐüklüđuyle iliŐkili olduđu,⁵⁹ negatif belirti-ZK iliŐkisinin yőrütücü iŐlev bozukluđuyla açıklanabileceđini bildirilmiŐtir. Diđer alıŐmalar, yőrütücü iŐlevler ve çalıŐan bellek,^{63,64,65,66,54,55} sözal bellek (Murphy 1998) ve IQ^{55,57,60} ile ZK bozukluđu arasında bir iliŐki bildirmiŐtir.

Őizofrenide ZK bozukluğunu, en azından aktif psikotik hastalarda, bütünüyle diğer biliŐsel iŐlevlerdeki sorunlara bağlamak olası görünmemektedir. Ancak negatif ve pozitif bulguları olmayan Őizofreni hastalarında⁶⁴ çalıŐan bellek performansı dūzeltilince ZK performansının normallerden anlamlı derecede farklı olmadığı bildirilmiŐtir. Sanrısız bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalıŐmada da, bu tanıyı alan hastalarda ZK performansının kontrol grubundan kötü olduğu, ancak, gruplar arası fark yőrütücü iŐlev bozukluğu için dūzelttiđinde, bu farkın ortadan kaybolduğu gösterilmiŐtir.⁶² Őizofrenide ZK bozukluğu, Őizoaffektif bozukluk⁶⁷ ve duygu durum bozukluklarından⁶⁸ daha Őiddetli gözükmemektedir. Bu alıŐmada ZK bozukluğu biliŐsel iŐlev bozukluğuna ikincil özellikte gözükmemektedir⁶³ ancak sosyal biliŐin alt basamaklarından olan ZK bozukluğun nörobiliŐsel performanstan ayrı olarak ele alınmasını savunan görüşlerde bulunmaktadır.⁶⁷

Şizofrenide araştırılan sosyal bilişin bir diğer alt alanı ise atıf biçimidir. Kelley 'in 'küp modeli' de denilen atıf modeli, atıf sürecini Heider'in perspektifinden (sonuçlardan nedenleri çıkarma) ele alan teorilerden biridir. Kelley' e göre (1967, 1972), atıf süreci motivasyonel bir nitelik taŐır, zira bireyler, çevrenin nedensel yapısına bilişsel olarak hakim olmaya çaba gösterirler. Kelley' e göre, çevresini anlamaya çalışan birey, esas olarak i ve diŐ olmak üzere iki tür atıf arasında tercihte bulunabilir. Örneğin bireyin bir tiyatro oyununa gitmesi, tiyatro için özel merakı

olmasına veya bizzat bu oyunun bir özelliğine bağlanabilir; birinci halde içsel bir atıf, ikinci halde ise dışsal bir atıf söz konusudur. Kelley' e göre, bir olay veya sonuç, kendisi var olduğunda var olan ve var olmadığına da var olmayan bir koşuldaki (faktör, neden) kaynaklanmaktadır. Bu, 'birlikte değişme' (kovaryans) ilkesidir; buradaki mantık, bilimsel araştırmalarda da kullanılan varyans analizi tekniğinin mantığıdır ve zaten Kelley, sokaktaki adamı, 'bilim adamı' olarak kavramsallaştırmaktadır. Kelley' in modelinde bağımlı değişken durumundaki sonuçlar (davranış, olay, vb.), bağımsız değişken durumundaki dört faktöre göre değerlendirilir: Objeler (uyaranlar), bunlarla etkileşim içinde bulunan kişiler, zamansal değişimler ve koşullar. Belirli bir sonuç konusunda atıfta bulunmak isteyen birey, sonucun söz konusu objeye özgüllüğü, zamanda sürekliliği, koşullara göre değişmezliği ve diğer kişilerin de (obje hakkında) görüş birliği içinde olması durumunda dışsal atıfta bulunur. Bu kriterlerin olumlu olması, bireye, dış dünya hakkında doğru bir imaja sahip olduğu duygusunu verir. Bir başka deyişle sonuçlardaki değişimler, konsensüs (kişiler), ayırt edicilik (objeye ya da uyarana özgüllük) ve tutarlılık (zamansal veya koşulsal değişimler) kriterlerine göre açıklanmaktadır. Bu bir örnekle somutlaştırabiliriz: "Ahmet komedyenlere gülüyor" önermesi temel alındığında bu, açıklanacak bir davranış veya sonuçtur. Bunun birtakım sanal nedenleri söz konusudur: Ahmet'in kendisi, komedyenin, yeteneği ve o günün ya da koşulların özelliği bu nedenler arasında sıralanabilir. Ahmet'in davranışını açıklamak isteyen Mehmet şunlara bakacaktır: Herkes gülüyor mu? Ahmet başka komedyenlere de gülüyor mu? Ahmet bu komedyene başka zamanlarda ya da koşullarda da gülüyor mu? gibi. Mehmet bu sorulara vereceği cevaba bağlı olarak, Ahmet'in davranışının nedenini ona, komedyene, koşullara veya bunların bir bileşkesine atfedecektir. Kelley, bu kriterlere göre mümkün tüm atıfları inceleyen bir analiz aracı geliştirmiştir. Küp modeli olarak da adlandırılan bu model, idealleştirilmiş bir modeldir. Ancak, gözlemci durumundaki birey, açıklanacak davranışlar konusunda varyans analizi için gerekli

enformasyonlara her zaman sahip olmayabilir ve bu durumlarda, asgari veriyle ve ekonomik yoldan atıflarda bulunur.

Negatif yaşam olayları örneğin diğerlerinin olumsuz değerlendirmeleri bireyin gerçek kendiliği (actual self) ile ideal kendiliği (ideal self) arasında bir tutarsızlık oluşturarak olumsuz bir benlik algısını tetikleyebilir. Perseküsyon sanrılarının da işlevinin aslında bu benliğe hizmet eden aşırı yanlılığın aşırılığı olarak tanımlanabilir. Örneğin negatif olaylar karşısında karşı tarafı veya durumu suçlamak ve olumlu olaylarda ise kendini yüceltmek. Lyon ve arkadaşları perseküsyon sanrılarındaki atıf biçimini depresyon hastalarındakine benzer bulmuş yani negatif durumlar için içsel atıflar ve pozitif durumlar için dışsal atıfların olduğunu saptamıştır ve bununda bireyin olumsuz benlik algısı ile ilişkilendirmiştir.

Bentall ve arkadaşlarının 1994 yılında öne sürdüğü hipotez ışığında Şizofreni hastalarının sağlıklı kontrollere ve perseküsyon sanrısı olmayan şizofreni hastalarına göre belirgin olarak kendine hizmet eden yanlılığı olduğu saptanmıştır. Bir başka deyiş ile perseküsyon sanrıları olan şizofreni hastaların negatif durumlar karşısında durumu suçlamak yerine sıklıkla diğerlerini suçlamaktadır.

2.9.Şizofreninin psikososyal rehabilitasyonu

Psikiyatrik rehabilitasyon çalışmaları ruhsal bozukluğu olan hastalarda yeti yitiminin azaltılmasına, ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artırılmasına, sonuç olarak da yaşam doyumunun/kalitesinin yükseltilmesine odaklanmaktadır.^{69,70} Hastaların hasta kimlikleri dışında toplumsal bir birey olabilmelerini sağlamak ve kişiliklerine yeni boyutlar katabilmek rehabilitasyonun temel amaçlarından biridir. Hastanın kendisini toplum içerisinde bağımsız bir birey olarak algılaması ve faal olması için yapılacak olan her girişim rehabilitasyon hizmetleri içerisinde değerlendirilmektedir.^{71,72} Ruhsal toplumsal rehabilitasyonda hastaların yeterlilik düzeyini arttırmak için beceri eğitimi, aile eğitimi, akran desteği,

meslek kazandırma ve hasta-toplum etkileşim kaynaklarını artırma gibi girişimler düzenli ve organize bir şekilde uygulanmalıdır.⁶⁹

İlaç tedavisi temel öneme sahip olmakla birlikte ruhsal toplumsal tedavi programlarıyla yeterince desteklenmediklerinde başarısı sınırlı kalmaktadır. Şizofreni tedavisinde en uygun yöntem ilaç tedavisinin çeşitli, özgün ruhsal ve toplumsal girişimlerle bütünleştirilmesidir.^{73,74}

Şizofreni tedavisinde ilaç tedavisine eklenecek olan Psikososyal Beceri Eğitimi (PBE) hastaların hastalıkla başa çıkmalarını kolaylaştıran, hastalığın alevlenme ve yinelenmelerinin önlenmesini, sosyal işlevselliği, hastalıkla ilgili içgörüyü, ilaç tedavisine uyumu ve yaşam kalitesini artıran bir programdır.^{75,76} Özellikle ilk atağını geçiren şizofreni hastalarında psikososyal tedavilerin uygulanmasının belirtilerin azaltılması, hastalıkla başa çıkılması ve yaşam kalitesinde iyileşmeye yol açarken alevlenmeyi azaltmada minimal bir etkisinin olduğu görülmüştür.⁷⁷

Bilişsel ve davranışsal tedavi tekniklerini kullanan psikososyal beceri eğitimlerinin (PBE) şizofreninin rehabilitasyonuna önemli bir katkısı olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir.⁷⁸ Xiang ve arkadaşlarının (2006) rutin kontrolleri devam eden 96 şizofreni hastası ile yaptıkları bir araştırmada 6 ay süreyle 48 hastalık bir gruba PBE ve diğer 48 kişilik gruba destekleyici danışmanlık uygulanmış, her iki gruba araştırmanın başında ve sonunda Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği ile Sosyal Yeti yitimi Ölçeği uygulanmış, alevlenme ve hastane yatışları izlenmiştir. PBE uygulanan grubun psikiyatrik belirtiler ve sosyal işlevsellik açısından diğer gruba göre anlamlı iyileşme gösterdiği, ayrıca alevlenme ve hastane yatış açısından anlamlı olmasa da daha düşük oranlara sahip olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarının rehabilitasyonunda sıklıkla kullanılan PBE'nin⁷⁹ Türkçe'ye uyarlanması gerçekleştirilmiş ve bir grup hastada uygulanmıştır. Yıldız ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında PBE ile klinik belirtilerde azalma, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte artmanın olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde şizofreninin psikososyal rehabilitasyonuna ilişkin çalışmalar ve dernekleşmeler ilk kez 1996 yılında hasta, hasta yakınları ve ruh sağlığı çalışanlarının bir araya gelmesiyle İstanbul'da Şizofreni Dostları Derneği'nin kuruluşu ile başlamıştır. 2006 yılına gelindiğinde dernek sayısı 11'e ulaşmıştır. Derneklerin tümü özerktir ve etkinlerini bağımsız şekilde yürütmektedir. Çoğu dernek etkinlerini yerel çerçevede sürdürmekte ve buldukları ilde gerek hasta ve hasta yakınları gerekse topluma yönelik eğitim ve damgalama karşıtı çalışmalarını sürdürmektedirler. Türkiye'de hastaneyle ev arasında hastaların psikososyal sağaltımlarını sürdürebileceği kurumların olmaması bu eksiği kısmen de olsa gidermek amacıyla kurulmuş bu dernekleri çok önemli kılmaktadır. Şizofreni sağaltımında hastalara yönelik psikososyal girişimlerin önemi yadsınamaz ancak bunun yanında hasta yakınlarına ve topluma yönelik eğitim ve damgalama karşıtı girişimlerin de çok önemli olduğu bir gerçektir. Bu nedenle bu dernekler hastaları psikososyal yönden desteklerken diğer bir koldan da hasta yakınları ile topluma yönelik girişimlerini de sürdürmektedir. Dünyada son yıllarda giderek Şizofreni alanındaki psikososyal girişimler artmakta iken ülkemizde bu alan psikofarmakolojik tedavilerin gölgesinde kalmayı sürdürmektedir. Şizofreni hastalığı için objektif bir iyileşme belirtisi sayılan semptomatik gerileme, hastaların açısından bakılan çalışmalarda iyileşmenin kriterleri arasında yer almamakla birlikte , sosyal ilişkilerde artış, arkadaş edinebilme, kendiliğinde konuşabilme, iş sahibi olabilme ve işte verimli çalışabilme hastalar açısından iyileşme göstergesi olarak tanımlanmıştır.²⁸

2.10.Şizofrenide sosyal bilişin geliştirilmesine yönelik girişimler

Şizofrenide sosyal bilişin geliştirilmesine yönelik ilk çalışmalar emosyon algılama ve yüz tanımlama alanında uygulanmıştır. Sonrasında araştırmacılar yüz ile ifade edilen duyguların tanımlanması üzerine çalışmışlar ve uygun girişim ile yüz tanımlama kabiliyetinin arttırılabileceğini göstermişlerdir^{107,108}. Sosyal biliş ile nörobilişin ilişkisini

inceleyen ve sosyal bilişin en büyük varyansa sahip yordayıcısının nörobiliş olduğunu savunan bazı araştırmacılar, bilişsel yeniden onarım girişimleri ile dolaylı olarak sosyal bilişin geliştirilebileceğini savunmuşlardır.^{60,62}

Tüm bu çalışmaların ışığında Penn ve arkadaşları 2005 yılında şizofrenide sosyal bilişin bozulma saptanan alt alanları üzerine bütüncül bir eğitim programı uygulamaya başlamıştır. Bu terapi programı ile sosyal biliş çekirdek alanların yanı sıra hastaların sosyal işlevselliklerinde de düzelme saptanmıştır.⁹⁹ Bu programın etkinliği, program sonrasında yatan hastalar, ayaktan hastalar ve 6 aylık uzun dönem etkinlik çalışmalarıyla yinelenmiştir.^{99,100,101,102} Sosyal biliş alanındaki ilk bütüncül girişimden cesaret alan araştırmacılar 2009 yılında bilgisayar destekli emasyon algılama modülü eklemek suretiyle Penn ve arkadaşlarının sosyal biliş ve etkileşim tedavi programını bir adım öteye taşımayı başarmışlardır.¹⁰⁹

2.11 Sosyal öğrenme teorisi ve mikro sosyal çevrenin şizofreni tedavisine katılımı

Bireyin bir topluluk içinde büyümesi değişmez bir gerçektir. Sosyal ortamda öğrenmeyle ilgili kuramcılardan bir diğeri Leve Vvygotsky, potansiyel gelişim alanı kavramını kullanarak öğrenmenin sosyal ortamında öğrenenin ilgisi dahilinde ve öğretmenin rehberliğinde gerçekleşeceğini savunur. İnsanlar topluluk içindeki iletişimlerini sağlarken kavramlar, semboller, işaretler, numaralar ve kelimeler kullanmaktadırlar. Bütün bunlara psikolojik araç denir. Dil, insanın en üst sistem olarak kullandığı psikolojik araçtır. Sosyal öğrenme kavramı ilk defa 1947 yılında Julian Rotter tarafından kullanılmıştır. Rotter' e göre insan, hayatına etki eden yaşam deneyimlerini etkileyebilme yeteneğine sahip bilinçli bir varlıktır; fakat dış uyarıcılar ve pekiştiriciler davranışları etkilemektedir. İnsanlar, pekiştireci iç denetim ve dış denetim odaklı olmak üzere 2 şekilde algırlar:

İç denetim odaklı insanlar pekiştirmenin kendi davranışlarına bağlı olduğunu düşünerek kendi yaşamlarından sorumlu olduklarını düşünürler ve buna uygun davranışlar ortaya koyarlar.

Dış denetim odaklı insanlar pekiştirmenin dışsal güçlere bağlı olduğunu düşünerek sahip oldukları yetenekleri ve davranışları ile çok az şeyi değiştireceklerine inanırlar. Bu yüzden kendi durumlarını değiştirmek için ya hiç çaba sarf etmezler ya da çok az çaba sarf ederler.

Bandura' nın 1960 yıllarının başlarında öğrenmeye getirdiği yaklaşım sosyal davranışçılıktır. Bandura'nın sistemi davranışçı olmanın yanı sıra bilinçsel özellikler de taşıyordu. Onun öğrenme kuramı davranışçı yaklaşımın bir çeşit kolu gibi görülmesine rağmen bilinçsel yaklaşımların etkisiyle daha ılımlı bir yapı ortaya koymaktadır. Yani sosyal öğrenme kuramı, bilinçsel öğrenme kuramı ile analitik davranışçı kuramının birleştirilerek ortaya konulan bir çeşit orta yol kuramıdır. Uyarıcı ve tepki arasında aracı bir mekanizma vardır ve bu mekanizma kişinin bilinçsel sürecidir. Düşünme süreçlerinin dışa ait pekiştirme tarifeleri üzerinde etkili olduğu düşünülür. Örneğin, bireyler cinsel kimlik rollerini sosyal öğrenme kuramına göre öncelikle anne ve babasını gözleyip taklit ederek öğrenirler; ancak giderek kendi değerleri doğrultusunda bu rol modellerini değerlendirir ve kendi düşünce sürecine göre biçimlendirir. Sosyal öğrenme kuramı araştırmalarında, etkileşim içinde olan insanların, davranışlarının gözlenerek davranış repertuarına kazanılmasında ve değişmesinde pekiştirmenin rolü temel alınmıştır. Bandura 1969'da davranış pekiştirmenin ilkelerini yazdığında sosyal öğrenme kuramını öğrenme olgusuyla ilgili temel kavramlarına açıklık getirmiştir. Bandura' ya göre; davranış değiştiren pekiştirme tarifesi değil, kişinin bu tarifenin ne olduğuna dair düşünce ve değerlendirmesidir.

Bandura davranışın hem içsel hem de dışsal etmenler tarafından belirlendiğini kabul etmiş ancak davranışın sadece tek bir etmen ya da basit bir bileşim tarafından belirlenmediğini belirtmiştir. Karşılıklı belirleyicilik kavramında ödül ve ceza gibi davranışın dışsal belirleyicileri

ve inançlar , düşünceler beklentiler gibi içsel belirleyiciler, etkileşimli etmenlerin oluşturduğu bir sistemin parçasıdır. Bu sistemin her parçası (davranışlar, dışsal etmenler ve içsel etmenler) sürekli birbirini etkiler.

Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerde ve sosyal bilişin çekirdek alanlarının bozuk olduğu saptanmış otistik bozukluklu çocuklarda aileye öğretilen sosyal öğrenme metotları ile sosyal işlevsellik, dışa vuran davranış gibi alanlarda düzelme gösterilmiştir.^{122,123} Ancak günümüzde bu metodların şizofreni hastalarında kullanılmasına yönelik yapılandırılmış bir tedavi programı bulunmamaktadır. Ancak ailenin tutum ve davranışının şizofreni hastalığının prognozu üzerine olumlu etkisi olduğuna dair literatürde çalışmalar bulunmaktadır. Ailenin duygu dışa vurumu, problem çözme yeteneğinin şizofreni relapslarını %20 oranında azalttığı araştırmalarda gösterilmiştir.

Bireyin yaşadığı makro-sosyal çevreye entegrasyonu, aile ve/veya arkadaşlarından oluşan mikro çevre ile kurduğu ilişki ile başlamaktadır. Şizofreni hastasında yıllar içerisinde oluşan negatif belirtiler ile toplumdan aktif kaçınma ancak mikro sosyal çevrenin tekrar aktive edilmesi ve makro sosyal çevrenin bariyerlerini aşmasında aktif olarak hastalara yardımcı olması ile oluşturulabilir.

Yukarıda tanımlanan tüm bilgiler ışığında uygulanan araştırma ile amaç şizofreni tedavisinde son dönemde önem kazanan psikososyal rehabilitasyon çalışmalarına yeni bir kaynak oluşturmaktır. Günümüzde şizofreni hastalarının psikososyal rehabilitasyon çalışmaları içinde sosyal bilişin bütün bileşenleri ile ilgilenen öncül çalışma, D. Penn ve ark. Tarafından 2005 yılında uygulamaya konulmuştur. Tanımlanan bu "Sosyal Biliş ve Etkileşim Tedavisi"nin uygulanmasına aktif mikro sosyal çevrenin katılımını (aile ve/veya arkadaş) ekleyerek bir adım öteye taşımak suretiyle sosyal bilişin gerçek yaşama transferini kolaylaştırmak çalışmamızın asıl amacıdır. Aile katılımlı sosyal biliş geliştirme programını sosyal bilişin çekirdek alanları üzerine etkisini araştırmak, bu alanda daha

öncesinde araştırılmamış olan sosyal bilişsel tedavilerin sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmak ise diğer amaçlarımızdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışma grubu

Araştırma, 1.10.2009-1.1.2011 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri kliniğinde yürütülmüştür. Araştırmaya, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psicotik Bozukluklar Birimi'ne bağlı olarak poliklinikte izlenen DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Şizofreni tanısı almış hastalar dahil edilmiştir. Tanı ölçütlerini karşılayan hastalara çalışmanın amacı anlatılıp sözel onayları alındıktan sonra yazılı onam formu doldurulup onayları alınmıştır.

3.2. Uygulanan formlar ve ölçekler.

Araştırma' da kullanılan testler ilgilendikleri alt alanlar ile aşağıda toplu olarak özetlenmiştir.

Testler

Sosyal işlevsellik	Sosyal işlevsellik ölçeği ⁸⁰
Yaşam kalitesi	Şizofrenide yaşam kalitesi ölçeği ⁸²
Semptom şiddeti	PANNS ⁸⁴

Nörobiliş

*Yürütücü işlevler	İz sürme testi B ⁸⁷
*Bellek	Wechsler bellek ölçeği ⁸⁵

Sosyal biliş

*Emosyon	Yüz tanımlama testi ⁹⁰
	Yüz ayırıştırma testi ⁹⁰

Algılama

*Zihin teorisi	İma testi ⁵²
----------------	-------------------------

Gözler testi¹¹⁵

Beklenmedik sonuçlar testi⁹²

Anlamlandırma/Empati

*Atıf stili

İçsel durumsal dışsal atıflar ölçeği⁹⁴

Bilişsel içgörü

Beck bilişsel içgörü testi⁹⁸

3.2.1.Sosyodemografik Bilgi Formu:

Hastaların sosyodemografik verilerini ve hastalık bilgilerini almaya yönelik hazırlanmış formdur. Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup içeriğinde; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, meslek, çalışma durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum, yaşadığı yer, hanedeki kişi sayısı, aile içindeki rolü, aile ile geçirdiği gün içerisindeki saat sayısı, eşlik eden fiziksel hastalıklar, toplam hastalık süresi, hastalığın başladığı yaş, toplam atak sayısı, hastaneye yatış sayısı, şu an kullandığı ilaç tedavisi ve dozları, doktorla görüşme sıklığı bulunmaktadır.(Ek 1)

**3.2.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu
(Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-CV):**

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (DYKG-I), First ve ark. tarafından geliştirilmiştir. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (DYKG-I/KV)'nin Türkçe ye çevrilip uyarlanması yapılmıştır. Daha sonra iki merkezde yürütülen çalışmayla DYKG-I/KV'nin görüşmeciler arası güvenilirliği ortaya konmuştur. DYKG-I/KV'nin görüşmeciler arası güvenilirliğinde Kappa katsayıları 0.52-1.00 arasında saptanmıştır.¹⁰⁹ DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme'nin Türkçe formunun güvenilirliğinde bu katsayılar 0.57-1.00 arasında bulunmuştur. DYKG-I, altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I.Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizodları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik belirtiler ve psikotik bozukluklar için

ayrılırken, madde kullanım bozuklukları ve anksiyete ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Önceki DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzunun dan farklı olarak, posttravmatik stres bozukluğu tüm ölçütleriyle sorgulanırken, bazı bozukluklar tanı ölçütü olmadan yalnızca birkaç soruyla araştırılmaktadır. Bu bozukluklar arasında fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve yeme bozuklukları bulunmaktadır. DYKG-I'nin 18 yaşından büyüklerde kullanılması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamındaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilebile, kullanımı yarı-yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmeciyi DYKG-I nin sorularına ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. Ortalama kullanım süresi 45-90 dakika arasındadır.

3.2.3 Sosyal İşlevsellik Ölçeği

Max Birchwood ve ark. tarafından 1990 yılında geliştirilmiş olan Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nin⁸⁰ ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği bulunmaktadır.⁸¹ Ölçek hasta ve hastayla birlikte yaşayan bir aile bireyi tarafından doldurulur. Altı alt alandan oluşur: Sosyal uğraşı/sosyal geri çekilme, kişiler arası davranış, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman etkinlikleri, bağımsızlık, iş/meslek. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir. Standartları hesaplanmamıştır ve karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmaktadır. Bu yalnızca hasta tarafından doldurulan form kullanılmıştır.

3.2.4 Yaşam Niteliği Ölçeği (QLS)

Yaşam Niteliği Ölçeği, Heinrichs, Hanlon ve Carpenter (1984) tarafından, hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişiler arası ilişkilerinin niteliğini ve mesleki rollerdeki üretkenlik düzeylerini

değerlendirmek üzere tasarlanmıştır.⁸² Uygulamanın yarı yapılandırılmış bir görüşme şeklinde gerçekleşmesi planlanmıştır. Ölçek, önceki dört hafta boyunca devam eden belirtiler ve işlevsellikle ilgili bilgi vermektedir. Her bir madde üç bölümden oluşur. Birinci bölümde, görüşmecinin değerlendirilecek parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmıştır. İkinci bölümde, görüşmecinin hastayı incelemeye başlamasına yardımcı olabilecek birkaç soru verilmiştir. Üçüncü bölümde ise, her bir madde için, toplam 7 dereceli bir skala verilmiştir. Skalada yer alan puanlardan 0, 2, 4 ve 6 için, görüşmeciye karar almada yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmış; aralarda kalan 1,3 ve 5. puanlar, görüşmeciye derecelendirme yaparken esneklik sağlamak üzere tanımsız bırakılmıştır. Verilen sorular sadece birer öneri olarak hazırlanmıştır. Bu sorular ihtiyaca göre değiştirilebilir veya eklemeler yapılabilir. Ölçeğin amacı, yaşam alanlarında psikopatolojilerden kaynaklanan kısıtlanmaları değerlendirmektir. Diğer etkenler açıkça tabloya karıştıığında görüşmeci tarafından gerekli ayarlamalar yapılmalıdır. Ölçekte yer alan 21 soru dört alt ölçekten birinde yer alır: 1-8. sorular kişiler arası ilişkiler alt ölçeği, 9-12. sorular mesleki rol alt ölçeği, 13-17. sorular ve 20-21. sorular ruhsal bulgular alt ölçeği ve 18-19. sorular kişisel eşya ve günlük faaliyet alt ölçeğine dahildir. Bütün alt ölçek skorlarının toplamı da yaşam kalitesi skoru olarak değerlendirilir. Yaşam Niteliği Ölçeği'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $r=0.80$ 'dir.⁸³ Ölçeğin 21 maddeli Türkçe versiyonu bu çalışmada yarı yapılandırılmış bir görüşme ile uygulanmıştır.

3.2.5. PANSS Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale)

PANSS, pozitif, negatif ve genel şizofreni belirtileri bağlamında psikopatolojik ölçümler yapan yarı yapılandırılmış 30 maddelik bir ölçektir. Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nden (Overall ve Gorham, 1962), 12'si ise Psikopatoloji Değerlendirme Ölçeği'nden

(Singh ve Kay, 1975) uyarlanmıştır. PANSS tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her madde için, ağırlığa göre 1 ile 7 arasında değerlendirme yapılır. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji skorları ve bir de toplam PANSS skoru olmak üzere dört ölçüm yapılır (Kay ve ark., 1987).

PANSS değerlendirmesi 30–40 dakikalık yarı yapılandırılmış bir görüşmeye dayanır. PANSS' ta tüm maddeler tanımlanmakta ve bu maddelere ait yedi şiddet puanının her biri için yapılan detaylı açıklamalar her maddede bulunmaktadır. Yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır: 1=Yok, 2=Çok hafif, 3=Hafif, 4=Orta, 5=Orta/ağır, 6=Ağır, 7=Çok Ağır. Ölçeğin puanlanması her maddenin puanlarının toplanmasıyla yapılmaktadır; pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri için potansiyel puan aralığı 7–49, genel psikopatoloji alt ölçeği için ise 16-112'dir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu (Anıl) ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. PANSS alt ölçeklerinde puan dağılımı, normal dağılım göstermiştir. PANSS Türkçe uyarlamasının Türk şizofreni hasta örnekleminde negatif ve pozitif sendromlar ile genel psikopatolojinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceğini gösterilmiştir.⁸⁴

3.2.6 Wechsler Bellek Ölçeği (WBÖ)

WBÖ'nün çalışmada uygulanan formu genel bilgi, oryantasyon, zihinsel kontrol, mantıksal bellek, ters ve düz sayı tekrarı, şekil belleği ve çağrışımlı sözel öğrenme alt testlerinden oluşmaktadır. Testin, kısa süreli bellek ve anlık dikkat işlevlerini değerlendirmede önemli bir fonksiyonu bulunmaktadır. WBÖ bataryasının bütünü görsel ya da sözel olarak sunulan bilginin depolanma ve hatırlanma süreçlerini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Testin puanlanmasında toplam puana karşılık gelen IQ puanları ile zeka değerlendirilmesi yapılabilmektedir.⁸⁶ WBÖ'nün

ülkemizde standardizasyonu BİLNOT Bataryası kapsamında tamamlanmış bulunmaktadır.⁸⁵

3.2.7 İz Sürme Testi (Trail Making Test)

İz sürme testleri, dikkat hızını, motor hızı, görsel tarama, mental esneklik, sebatlılık, cevap inhibisyonu ve interferans yatkınlığı değerlendirmektedir. Testin A bölümünde, numaralandırılmış ve düzensiz olarak yerleştirilmiş 25 daire içeren bir sayfa hastaya verilir. Hastadan bu daireleri sırayla çizgilerle kalemi kaldırmadan birleştirilmesi istenir. B bölümünde ise aynı sayfa üzerinde daireler içerisinde hem harfler hem sayılar karışık olarak yerleştirilmiştir. Hastadan daireleri her seferinde değişerek birbiriyle birleştirmesi istenir (1-a-2-b gibi). Yürütücü işlevlerin göstergesi olarak kabul edilen B bölümündeki perseverasyon hataları hastayı yalnızca sayıları ya da yalnızca harfleri birleştirmeye yönlendirebilir. Süre ve hata puanları değerlendirmeye alınır. Testler performans IQ ve yaştan etkilenmektedir.⁹⁷ Ortalama olarak lise eğitilmiş 60 yaş grubu hastalar A kısmını yaklaşık 36, B kısmını ise yaklaşık 81 saniyede tamamlar.⁸⁸ Türk toplumunda geçerlilik güvenilirlik çalışması 50 yaş üstü bireylerde yapılmıştır.⁸⁹ Araştırmada yürütücü işlevleri inceleyebilmek açısından İz sürme testinin B bölümü kullanılmıştır.

3.2.8 Yüzde Dışa Vuran Duyguların Tanınması Testi (Facial Emotion Identification Test):

Kerr ve Neale tarafından, 1993 yılında geliştirilen Yüz Tanıma Testi, Kerr ve Neale bu testleri geliştirirken Ekman ve Friesen ile Izard'ın yaygın olarak bilinen siyah beyaz fotoğraflarını kullanmıştır. Fotoğraflar değişik duygu dışavurumları gösteren 19 tane siyah-beyaz yüz fotoğrafı içeren bir slayt sunumu biçimindedir. Fotoğraflar altı ana duyguyu (neşe, hüzn, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içermektedir.⁹⁰ Test, fotoğraflar sırayla on beşer saniye süreyle görünecek ve fotoğraflar arasında onar saniye zaman aralığı olacak biçimde ayarlanmıştır. Deneğin eline her

sorunun karşısında seçenek olarak altı ana duygunun yazılı olduğu, 19 maddelik bir yanıt anahtarı verilir. Denekten karşısına sıra ile gelen fotoğrafları izlerken her fotoğraftaki duygunun elindeki anahtarda yazılı olan altı ana duygudan hangisine en çok uyduğunu işaretlemesi istenir. Doğru yanıtlar için 1, yanlış yanıtlar için ise 0 puan alınır. Testten alınabilecek en yüksek puan 19 dur. Türk toplumunda geçerlilik güvenilirlik çalışması Erol ve Ark. tarafından 2009 yılında yapılmıştır.⁹¹

3.2.9 Yüzde Dışa Vuran Duyguların Ayırt Edilmesi Testi) (Facial Emotion Discrimination Test):

Kerr ve Neale tarafından, 1993 yılında geliştirilen Yüz Tanıma Testi, Kerr ve Neale bu testleri geliştirirken Ekman ve Friesen ile Izard'ın yaygın olarak bilinen siyah beyaz fotoğraflarını kullanmıştır. Altı ana duyguyu (neşe, hüznün, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içeren 30 tane siyah-beyaz fotoğraf çiftinden oluşur. Fotoğraf çiftleri aynı ya da farklı duygulanımları gösterirler.⁹⁰ Bu test de slayt sunumu biçiminde düzenlenmiştir. Her fotoğraf çifti, on beşer saniye süre ile ve arada onar saniye zaman aralığı olacak biçimde izleyicinin karşısından geçer. Denekten her fotoğraf çifti için, iki yüzdeki dışa vuran duygunun aynı mı yoksa farklı mı olduğunu ayırt etmesi istenir. Yanıt anahtarında her soru karşısında “farklı” ve “aynı” seçenekleri yazılıdır. Denek her fotoğraf çifti için elindeki forma aynı ya da farklı seçeneklerinden birini işaretler. Yanıt doğru ise 1, yanlış ise 0 puan alınır. Testten alınabilecek en yüksek puan 30 dur. Türk toplumunda geçerlilik güvenilirlik çalışması Erol ve Ark. tarafından 2009 yılında yapılmıştır.⁹¹

3.2.10 Gözler Testi (Eyes Test)

Gözler testi bireyin bir kişinin sadece gözlerine odaklanarak, o kişinin ruhsal durumunu tanımlayabilme yetisini ölçen bir testtir. Baron-Cohen ve ark tarafından 1997 yılında oluşturulmuştur. Katılımcılara her soru için 4 duygudan birini seçmesi istenir. Ölçeğin zihin teorisinin sosyal-

algısal alanını ölçtüğü çalışmalarda saptanmıştır. Performans tabanlı bir testtir. Değerlendirme aralığı 0-36 arasında yer almaktadır. Ülkemizde, daha önce Gökçen ve ark'ın 2007 yılında yaptıkları çalışmada kullanılmıştır.

3.2.12 İma Testi (Hinting Task)

Sosyal bilişin zihin teorisi alt basamağına değerlendirmeye yarayan testlerden birisidir. İndirekt olarak söylenmiş sözel ifadelerin arkasındaki gerçek niyetin tahmin edilebilme becerisini test eder. Orijinal versiyonunda 2 kişi arasında iletişimi anlatan ve birinin diğerine bir imada bulunması ile sonlanan 10 kısa paragraf bulunmaktadır. Çalışmaya katılan kişiye kişinin gerçekte ne söylemek istediği sorulmaktadır. Performans tabanlı bir testtir. Kişinin öznel değerlendirmesi üzerinden skora çizelgesine göre 1 psikolog ve 2 psikiyatristten oluşan 3 kişilik bir ekip ile değerlendirme her soru için 2,1,0 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Değerlendirme aralığı 0-20 arasındadır. Corcoran ve arkadaşları tarafından 1995 yılında uygulanmaya başlanmış bu testin araştırmamızda belirlenen güvenilirlik skoru Cronbach alfa 0,77 saptanmıştır. Ülkemizde Bora ve Ark. 2005, Bora ve Ark. 2006, Gökçen ve ark 2007 yıllarındaki çalışmalarında kullanılmıştır.

3.2.13. Beklenmedik Sonuçlar Testi

Bu test ZK becerilerinin değerlendirilmesi konusunda uygulanan bir diğer testtir. Mantıklı düşünme becerilerinin uygulanması yeteneğini , genel durum tarafından ortaya çıkartılmış duygular ile bunları ortaya çıkartan durumlar arasındaki uyumsuzluğu açıklayabilme becerisi ve son olarak bu durumları açıklayabilmek için duyguların nedenlerini kavrayabilme yeteneğini ölçer. Dyck ve ark. tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir.⁹² Araştırmaya katılan hastaların skorları 1 psikolog ve 2 psikiyatist tarafından oluşturulan ekip tarafından skor çizelgesindeki kriterler göz önüne alınarak her soru için 0-2 arasında skorlanmıştır.

Değerlendirme aralığı 0-24 arasında yer almaktadır. Performans tabanlı bir testtir. Ülkemizde, daha önce Gökçen ve ark'ın 2007 yılında yaptıkları çalışmada kullanılmıştır.

3.2.14. İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği (Internal, Personal and Situational Questionnaire)

İKDAÖ (IPSAQ) Pozitif ve negatif olaylar karşısında bireyin bu olayı kendisine mi, karşısındaki mi veya durumun kendisine mi bağladığını ölçen bir testtir. Kinderman ve Bentall tarafından 1996 yılında geliştirilmiş Atıfsal durumsal Ölçeğinin (ASQ) aynı yazarlar tarafından güncellenmiş halidir.⁹⁴ Farkı ise dışsal-kişisel ile dışsal durumsal alanlara nedensel bir bakış ile ele alabilmesidir. Bunu yapabilmek için 32 adet hipotetik, 16' sı pozitif 16' sı ise negatif olayı içeren sorulardan oluşmaktadır. Uygulayıcıların sorularda belirtilen sosyal durumlar karşısındaki yorumları sorulmuştur. Eğer uygulayıcı soruda belirtilen durumla ilgili yorumu olayın kendisi sebebiyle meydana geldiği yönündeyse: "İçsel atıf", karşısındaki kişi sebebiyle meydana geldiğini düşünüyorsa: "Dışsal-kişisel atıf", ya da yalnızca mevcut durumun gerektirdiği bir hadise olarak yorumluyor ise: "Dışsal-durumsal atıf" olarak tüm atıfları gruplandırılır. Yazarlar 2 şekilde skorlama önermektedir. Dışsallaştırma yanlılığı (DY-Externalizing Bias); pozitif içsel atıfların, negatif içsel atıflardan çıkartılması ile oluşturulmaktadır. Sayısal olarak pozitif olan DY skorları güçlü kendine hizmet eden yanlılığa işaret eder. Kişiselleştirme yanlılığı (KY- Personalizing Bias) ise, olumsuz durumlar için dışsal-kişisel atıfların, olumsuz durumlar için dışsal-kişisel ve dışsal-durumsal olayların toplamına bölünmesi ile hesaplanır. KY 0,5' den büyük olması bireyin olumsuz durumlarda dışsal durumlarda kişisel yanlılığı, durumsal yanlılığa göre daha fazla kullandığını göstermektedir. Test sağlıklı kontroller, depresyon hastaları ve psikotik hastalarda yaygın olarak kullanılmıştır.^{94,95,96,97} "0"ın üstü ve altı DY skoru, 0.5 KY skoru atıf stili açısından kesme değeri olarak çalışmada belirlenmiştir.⁹⁴.

3.2.15. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (Beck Cognitive Insight Scale)

Psikotik hastanın yaşantıları çarpık biçimde yaşaması tek sorun değildir, kendilerini bu çarpık algılamadan uzak tutamamakta ve düzeltici geribildirimleri kazanamamaktadırlar. Psikotik bireylerdeki bu geç kavrama bilişsel çarpıtmalarını nesnel olarak değerlendirememeleri, algıladıklarını bir perspektif içinde yerleştirme yeteneklerinin kaybolması, diğerlerinin verdiği düzeltici geribildirimlere kendilerini kapatmaları, erken vardıkları sonuçlara aşırı güvenmeleri gibi faktörlerle ilgilidir.⁹⁸ Hastaların bilişsel süreçlerindeki sorunları anormal ruhsal yaşantıların tekrar değerlendirilmesini etkilemektedir. Beck geliştirdiği modele uygun olarak bir ölçek oluşturmuştur, ölçeğin iki ana boyutu vardır kendini ifade etme (self-reflectiveness) ve kendinden eminlik (self-certainty). Bileşik indeks kendini ifade etme alt ölçeğinden kendinden eminlik puanının çıkarılmasıyla hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Türkçapar ve ark. tarafından 2005 yılında yapılmıştır.

3.3. Uygulanacak girişim

3.3.1 Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı

Sosyal biliş geliştirmeye yönelik hedefe yönelik girişimler içerisinde günümüzde ilk ve tek öncül girişim 2007 yılında ilk sonuçların yayınlandığı David Penn ve ark tarafından uygulanmaya başlanan Sosyal biliş ve etkileşim tedavisi (SBET) 'dir (Social Cognition and Interaction Training SCIT).^{99,100} Araştırma çerçevesinde uyguladığımız Aile Etkileşimli Sosyal Biliş Geliştirme Programı'nda oturumların içeriği, kullanılan materyaller, terapinin yapılandırılma aşamasında Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi (SCIT) model alınmış ve terapist kullanıcı kılavuzu olarak da SCIT terapist kullanıcı kılavuzunun tarafımızca uygulanan Türkçe çevirisi kullanılmıştır.

SBET, şizofreninin toplumsal kavrama ile ilgili deneysel olarak çıkarılan modellerin üzerine kurulmuş bir yöntemdir. SBET, şizofrenide

etkili sosyal davranış üzerinde değişim yaratabilecek sosyal bilişin anahtar kavramları üzerine vurgu yapmaktadır.

1. Sonuca ihtiyaç duyma, Belirsizliğin tahammülsüzlüğü: Açıklayıcı kanıt bulmak yerine aramaları durdurmak için eğilim ve toplumsal durumlarda hızlı ve nihai kararlara varmak.

2. Negatif olayları açıklamak için kişisel yanlı dayandırmaların kullanılması: Sonuca ihtiyaç duyma ile ilişkili olarak, şizofrenik bireyler aceleyle yapılan yorumları sonucunda olumsuz olaylar yaşadıklarında insanları ve kendileri dışındaki faktörleri suçlamaya meyillidirler

3. Zihin Teorisi: Kendinden başka insanların zihinsel durumlarını bireyin kendi zihninde simüle edebilme becerisidir. Bu durum başka insanların duyguları, istekleri, perspektifleri ve niyetlilerinden anlam çıkarmak için sahip olduğu becerileri içerir. Aynı zamanda, bireyin 'şimdi ve burada'dan farklı bir ortamda kendini hayal edebilme becerisini ve geçerli düşüncelerini ve duygularını nesnel olarak değerlendirmek için kendisine dışarıdan bakabilme becerisini içermektedir. Zihin teorisi'nin bu ikinci görünümü, meta biliş kavramı ile örtüşür. Bireylerin etkili iletişim yapabilme becerisini engellemeye ek olarak zihin teorisindeki anormallikler bireyin kişisel önyargıları ve kendi kendisinin davranışlarını izleyebilme yetisi ile ilişkilendirilmiştir.

4. Duygu Algı anormallikleri: Yüz ile ifade edilen duyguları teşhis etmekte zorlukları içerir. Duygu algısında anormallikler, kişiler arası işlevselliğe yansıdığında yukarıda belirtilen bir çok zorluk ile birey karşı karşıya kalır. Nörolojik görüntüleme araştırmaları duygu algısının ve zihin teorisini beyinde var olan bir simülasyon sistemine dayandığını göstermektedir. (Carr et al., 2003; Dapretto et al., 2005). Beyin bu sistemi, amaçlı bir faaliyete başladığımızda veya bir duyguyu tecrübe ederken onu yaşamadan önce kullanır. Bu sistem diğerlerinin ne düşündüğünü ve veya deneyimlerini zihnimize öznel olarak tasarlayabilmemizi sağlar. Ayrıca genel kavramı ile "empati"den de sorumlu olduğu düşündüğümüz sistemdir. SBET modelinde, bu simülasyon sisteminde oluşabilecek

işlevsel bozuklukları; zihin teorisinde bozulma, duygu tanımlamada bozulma ve atıf biçiminde bozulma ile sonuçlanır. Bu sosyal bilişsel kayıplar ise Zihin Teorisi Şizofrenin negatif ve pozitif belirtileri ile ilişkili bulunmuştur.

SBET, aktif olarak sosyal bilişsel işlemler üzerine odaklanması sebebiyle diğer sosyal beceri eğitimlerinden farklı bir yer almaktadır. SBET'in yararının altında yatan mekanizma ise, katılımcı bireyin kendi sosyal bilişsel işlemlerini kavrayabilmesi ve kendi denetimini kurabilme becerisini kazanabilmesidir. Bunu yaparken SBET, kavramsal olarak bilişsel davranışçı terapiyi kullanır. Ancak SBET ile yapılan araştırmalar, teorik olarak beklenen etkinin araştırma sonuçlarında gözlenemediği yönünde sonuçlanmıştır.^{100,101,102}

Bizim görüşümüze göre bunun nedenleri ise: 1.SBET yapılandırılmış görüşme formatı içerisinde “transfer”, diğer bir deyiş ile öğrenilen sosyal bilişsel yeteneklerin gerçek yaşama aktarılması açısından uygulanabilecek girişimlerin terapi yapılanmasına göre daha az yer alması, 2.katılımcıların mikro sosyal çevrelerindeki aile bireylerinin bu değişim süreci içerisinde aktif olarak yer almamış olması, 3.sosyal öğrenmenin model alma üzerinden oluşabildiğinin söylenmesine rağmen, terapistin aktif olarak eğitim videolarından yer almamış olması, 4.sosyal öğrenmede model alınan aile bireylerinin, sorun çözme ve sosyal sorunlar ile karşılaştığında çözüm üretebilme becerilerinin kısıtlı olabilmesi sebebiyle bu bireylerin de eğitilmesi gerekmekte ancak bu konuya yeterince önem verilmemesi olarak sıralanmaktadır.

Uyguladığımız Aile etkileşimli SBGT yapılandırmasına baktığımızda: Aile etkileşimli SBGT haftada 1 oturumdan oluşur. Her oturum, ortalama en fazla 40 dakikadan oluşan iki devre halinde sürdürülmüştür. Hastaları ile öncelikli olarak 14 oturum, öncesinde hasta yakınları ile 3 oturum planlanmıştır. Ancak özgül alanlarda grubun sorunları saptanırsa, bu alanlarda çalışmaya yönelik 3-4 oturum daha ek olarak uygulanabilir.

Oturların akış sırası şu şekildedir:; ilk oturlar, katılımcıların kendi yaşamlarının dışında ve kurgusal içerikler barındırırken, ilerleyen oturlar, kişisel tecrübeleri daha ön planda vurgulamaktadır.

Katılımcıların, sosyal ortamları bir senaryo çerçevesinde yorumladığında çok daha rahat yorum yapabilmeleri beklenmektedir. Diğer yandan kişisel deneyimler paylaşılırken katılımcıların sıkıntı yaşayacağı ve sosyal bilişsel hatalarının konuşulması konusunda daha duyarlı olacakları dşnlmektedir. Bundan dolayı katılımcıların kendi kişisel deneyimlerini paylaşması ilerleyen oturlara bırakılmaktadır. Kişisel deneyimleri içeren konuların konuşulabilmesi için daha güçlü bir grup etkileşimi gerekmektedir. Ayrıca ilk oturlarda öğrenilen bilgiler sonrası daha sonraki oturların ve bireysel deneyimlerin daha sağlıklı olabileceği dşnlmektedir.

“Isınma” (Check in):

Her oturum katılımcılara duyguları ile ilgili yapılandırılmış sorular sorularak başlatılmalıdır. Bu giriş bölümü katılımcıların kendi duygularının farkına varabilmesi ve tanımlayabilme kapasiteleri ve katılımcılarının metakognisyon kabiliyetlerini geliştirebilmeleri için gerekmektedir. SBET uygulamaları sayesinde mevcut zihin kuramı ve duyu tanımlama bozukluklarını yeniden düzenleyebilmek ve onarabilmek hedeflenmektedir. Aile ile etkileşimli SBET ana hatları ile 3 tedavi fazını içermektedir:

OTURUM	AşAMALAR	İÇERİK
1-5*	I – Tanıtım ve duygular	SBET ve Sosyal bilişin tanımı, grup etkileşiminin sağlanması. Sosyal durumlarda duyguların önemine yönelik gözden geçirme

5-10*	II – Durum değerlendirme yapabilme becerisi	Bir durumun sonuçlarını öngörebilme yetisi, affetme becerisi , belirsizlik karşısında tolerans, gerçekler ile tahminler arasındaki farkı kavrayabilme ve daha gerçekçi tahminler yapabilmek için delilleri gözden geçirebilme becerisi
10-15*	III – Bütünleştirme becerisi kazanma “TRANSFER”	Öğrenilen becerileri entegre edebilme ve günlük yaşama yansımalarını fark etme, genelleştirebilme becerisi

Faz 1-Hedefler:

- Grup etkileşiminin sağlanmaya başlanması,
- SBET’ in tanıtımı ve sosyal biliş tanımı,
- Duygu ile ilişkili kavramların paylaşımı ve bu duyguların sosyal durumlardaki rolü,
- 7 ana duygunun tanımı,
- Farklı yüz ifadelerini ayırt edebilme becerisi,
- Paranoid düşüncüleri bir duygu olarak kavramlaştırabilme(Paranoid düşünceler oluşmadan önce ve sonrasında oluşan duygular ve bir duygu olarak paranoya kavramı).

Faz 2-Hedefler:

İkinci aşamada öncelikli hedef, bir yargıya ulaşmadan önce oluşabilecek düşünce akışı ile ilişkili şemaların belirlenmesi ve bu akış içinde oluşabilecek tuzakları önleyebilmek için, katılımcıların sosyal bilişsel yöntemlerle tanışmalarını sağlamaktır. Bilişsel yöntemler içinde; olumsuz olaylarla ilgili atıflarda bulunma, derinlemesine inceleme yeteneği kazandırma ve sosyal durumlarda belirsizlikleri tolere edebilme ve yorum yapabilme kabiliyetini arttırarak, sosyal ortamda yeni bilgilerden yararlanma becerisi kazandırma bulunmaktadır.

- Sonuçları öngörebilme yeteneğini öncelikle bir kavram olarak öğrenmek,

- Bireyin kendi içsel, dışsal veya durumun kendisinden kaynaklanan atıfları (dayandırmalarını) birbirinden ayırt edebilmek,
- Bireyin kendi içsel, dışsal veya durumun kendisinden kaynaklanan atıfları incelendiğinde, fark edilen tüm dayandırmaları(atıfları) listeleyerek, neden-sonuç ilişkilerini kurup uygun olanları seçebilme becerisi kazandırmak,
- Belirsiz durumlarda yorum yapma becerisinin zorluğuna dikkat çekmek,
- Sosyal gerçekler ve tahminler arasındaki farkları tanımlayabilmek,
- Hemen sonuca gitmek yerine, öncelikle delil toplama süreci ile ilgili pratik eğitim,
- Verdiğimiz kararın doğru olup olmadığına yönelik yargılama becerisi kazanabilmek.

Faz 3-Bütünleştirme-Hedefler:

- SBET' in bu son fazında, katılımcıların bu aşamaya kadar öğrendikleri becerileri sağlamlaştırma ve günlük hayatlarında kullanabilmesi hedeflenir. Bu hedefe, basamak- basamak problem çözme algoritmaları kullanabilme becerisi öğrenilerek ulaşılır. Katılımcılar, günlük yaşamlarında problem yaşadıkları durumları paylaşabilmeleri için cesaretlendirilir. Katılımcılar grup olarak paylaştıkları sorunların çözümlerine yönelik analizlerde bulunur ve davranışsal stratejiler belirler.
- İşbirliği içinde katılımcı hastaların sosyal yaşamlarındaki hakikatleri belirlemek,
 - Bazı durumlarda, olayla ilgili daha fazla bilgi edinmeden durumu değerlendirmenin mümkün olmadığını öğretilmesi,
 - Hastanın çevredeki bir başka birey ile öngörülerini paylaşması ve yeniden gözden geçirmesinin, kendisini daha kötü hissettirecek sonuçlara hızlıca varmasına mani olacağını anlaşılması,
 - Hastanın öngörülerini gözden geçirmek için uygun soruları kendisine sorabilme becerisi kazanması,
 - Rol oyunları ile bu gözden geçirme süreçlerini canlandırmak.

Türkçe'ye çevrilen tedavi kılavuzunda her oturumun konuları belirlenmiş, kullanılacak yöntem, dokümanlar ve ev ödevleri hazırlanmıştır. Oturumlarda kullanılmak üzere, yönergede tanımlanan günlük yaşamda çekilmiş fotoğraf kareleri, Celal Bayar Üniversitesi intörn ve stajyer doktorlarının eşliğinde hazırlanmıştır. Video çekimleri ise yönerge çerçevesinde türkçeye çevrilmiştir. Tüm video çekimlerinde karakterlerden biri programın uygulayıcısı tarafından oynanmıştır. Sosyal öğrenme modeli içerisinde bu uygulamanın hastalar içinde süreci kolaylaştırıcı bir etken olacağı düşünülmüştür.

3.3.1.a Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı oturumların yapısı

Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı hasta yakını görüşmeleri:

OTURUM 1 “Tanıtım”

Bu oturum katılımcıların aile yakınlarından birisi veya tercih ettiği arkadaşıyla sürdürülür. Birinci oturum da tedavinin amaçları konusunda “Terapi yardımcıları” bilgilendirilir ve SBET uygulaması için kurgusal bir model konusunda temel eğitim verilir.

Hastaların SBET teorisi içerisinde yaptıkları sosyal bilişsel hataları vurgulanır bu konularda terapi süresince uygulanacak girişimler konusunda bilgi verilir, terapi sonucundaki hedefler ve beklentiler konuşulur.

Sosyal öğrenmenin davranışsal pekiştirme yöntemleri hakkında eğitim verildi, eğitim materyali Bandura'nın sosyal öğrenme kuramına göre hazırlandı. Katılımcı bireylere gerçek yaşamdan örnekler vermek suretiyle sosyal bilişi ve sosyal öğrenmeyi kavramaları hedeflendi.

OTURUM 2

Bu oturumda “Terapi yardımcıları” na 14 hafta süresince kendilerinden beklenenler ve katılımcılar ile uygulayacakları ev ödevleri konusunda bilgiler verildi. Sosyal model alma teorisi üzerinden gerçek yaşamda hastalığın belirtilerinden bağımsız olarak değiştirilebilecek sosyal

bilişsel ve işlevsel alanlar konusunda psiko-eğitim çerçevesi içerisinde eğitim verildi.

OTURUM 3

Terapi yardımcıları; aile yakınları, katılımcı bireyler ile uzun süredir birlikte olmaları ve beklentilerin azalması dolayısı ile sosyal işlevselliğin geliştirilebilir bir alan olduğu konusunda düşük motivasyona sahiptir. Aile içerisinde Şizofreni hastası bir bireyin olması ve aktif hastalık dönemlerinin sayısının yüksek olduğu durumlarda, ailenin damgalama oranının ve aile yükünün yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Bu oturumun amacı olası geliştirilebilecek sosyal bilişsel alanların gerçek yaşama transferi konusunda ailenin pozitif desteğini ve motivasyonunu tekrar canlandırmaktır.

Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı hasta görüşmeleri:

FAZ 1

OTURUM 1“Tanıtım”

Bu oturum katılımcıları tedavinin amaçları konusunda bilgilendirmek ve SBET uygulaması için kurgusal bir modelin oluşturulmasını sağlar. Bu kurgusal SBET Üçgeni, eylemler ve, düşünceler, duyguların arasındaki nedensel bağlantıları betimler.

Psikotik hastalardaki bilişsel hataların nedenlerinden birisi de hastaların yaptıkları taraflı atıflarıdır. Özellikle paranoya negatif olaylar sonrası bireyin başkalarını suçlamak için esnek olmayan eğilimi ile ilişkilidir. SBET üçgeni, eylemler ve, düşünceler, duyguları birbirine bağlayabilecek farklı nedenleri vurgulayarak, öngörü esnekliğini yüreklendirir. Oturum 1 'de bu üçgeni tartışırken katılımcıların esnekliklerini arttırabilmek için olası satırbaşlarını içeren örnekler vermektedir. Bu model tüm SBET oturumları süresince bireylerin kendi yaşamlarına yansıtılabilmeleri için defalarca tartışılacak ve üzerinde konuşulacaktır.

OTURUM 2 Duygular ve sosyal durumlar

Bu oturum önceki oturumdaki gibi psiko-eğitim yöntemi ile devam etmektedir. Oturum başında sosyal durumlar ve bu durumlar ile karşılaşan bireylerin hisleri açıklanmaktadır. Katılımcılar, bireyin algısını etkileyebilecek bir durumun sonrasında veya öncesinde oluşabilecek duyguları kavramlaştırır. Katılımcılara, kendi yaşamlarındaki duyguların kendi davranışlarını nasıl değiştirebileceği konusunda bir meta biliş geliştirebilmeleri konusunda yardımcı olunur. Bu egzersiz duygusal ve bilişsel tesirleri karşılaştırmak suretiyle duygulanımın yaşanan sosyal durum ile ilgili bilgi olarak kullanılmasının önüne geçebilmek için kullanılmaktadır.

Bu oturum ayrıca karşısındaki kişinin yüz mimiklerinin yorumlanması yolu ile bireylerin duygularının farkında olunabileceğini katılımcılara önerir. Bu oturumdan ayrı olarak 4. oturumda bu araç yolu ile katılımcıların başkalarının yüz ifadelerini tanımlayabileceği vurgulanmaktadır. Buna rağmen bu oturumda, yaşanan olayların kişilerin yüz ifadelerinde ne gibi değişikliklere yol açabileceği vurgulanacaktır.

OTURUM 3 Duyguları tanımlamak

Bu oturum, duruma bağlı sebepler ve etkilere belirli duygu kavramları bağlantılar ve duygular hakkında temel kavramsal bilgiyi geliştirir. Bu temel derslerde SCIT girişimlerinin hatırlanması için kaydedilir ve "Duygu Poster" adı altında oturumlarda görüntülenir. Poster teorik olarak sosyal bilişsel önyargılara yatkınlık gösteren katılımcıların bu soğuk konsepte sahip egzersizlerde zorluk çekmeyecekleri düşünülmektedir. Fakat bu katılımcıların ileriki oturumlarda gözden geçirilecek kendi yaşamları ile ilişkili etkileşimlerinde duygu tanımlama ve ilişkilendirmede zorluk çekecekleri beklenmektedir. Böylece basit düzeyde bile olsa duyguları tanımlayabilmek ve anlayabilmek ilerleyen oturumlar için bize yardımcı olacaktır.

Bu oturumda güçlük çeken katılımcıların ise emosyonel durumların zihin yolu ile simülasyonu konusunda daha başlangıç düzeyinde zorluk

çektikleri düşünölmelidir. Bu oturum katılımcılar için simölasyon-tabanlı yaklaşımın yerine duygu algısına kavram-tabanlı yaklaşımı kullanarak mevcut sosyal bilişsel kayıplarını telafi etmenin bir yöntemini sağlar. Duygu hallerinin simölasyonu konusunda sorunlar yaşıyan bireylerin genel bir kavram üzerine oturtulmuş “Duygu posterleri”nden fayda görecekları düşünölmektedir. Bu poster vasıtası ile yaşanan duyguları ile yüz ifadeleri arasındaki bağlantılar kurulacaktır. Buna ek olarak bu oturumda ilk olarak birbirlerinin mimiklerini gözlemlemek ve yorumlamak yolu ile kendi simölasyon sistemlerini ilk olarak uarmaya başlayacak ve kendisi dışındakilerin duyguları hakkında sübjektif ancak sağlıklı yorumlar yapmaya başlayacaklardır.

OTURUM 4- Duygu hali önsezisi üzerine güncelleme

4.Oturum süresince katılımcılar yüz ile ifade edilen duyguları tanımlamaya devam ederler. Bu oturumda katılımcılar önce nötral ifadeler hakkında tahminler yürötmeye zorlanırken devamında bu ifadelerin belirgin yüz ifadelerine dönüşümü sonrası tahmin yürötmeye devam ederler. Buna ek olarak bu egzersiz ile önceki oturumlarda işlenen konular ve öğrenilen teknikleri de sağlamlaştırmak hedeflenmiştir. Katı yorumlardan ziyade esnek sosyal bilişsel düzenekler kurmayı hedeflemektedir. Bu katı yorumlar özellikle negatif belirtilerin bilişsel etiyojisinde önemli rol oynamaktadır. Diğer yandan SBET modeline göre, bilişsel olarak esnek olmayan, tekrarlayan yanıtlar bu hastaların sonuca ulaşma isteği konusunda aceleci davranmalarından kaynaklanabilmektedir.

SBET uygulamasından fayda görebilmeleri için katılımcıların, dalgalı seyir gösteren kendi emosyonel durumlarının farkında olmaları gerekir. Bu emosyonel durumlar içerisinde durumu nasıl yorumladıkları ve nasıl davrandıkları bulunmaktadır. Bireyin paranoid düşöncelerinin altında yatan nedenlerden birisi de bilişsel olarak burada yapılan yanlış yorumlar ve bunları izleyen davranışlardır. Bu oturumun duygu hali önsezisi sonrası öncelikli hedefi paranoid bir deneyimi emosyonel bir deneyimlerden birisi

olarak tanımlamak ve olağan bir emosyon gibi görülmesini sağlamak olacaktır. Bu uygulama ile, katılımcıların paranoid içerikli deneyimlerini daha rahat ifade edebilmeleri ve bu deneyimlerin yaşamlarını nasıl etkilediğini fark edebilmeleri hedeflenmektedir. Öncesinde öğrenilen SBET üçgeni, duyguların düşünce ve davranışlar üzerindeki etkisi ile ilgili beceriler bu oturumun etkinliğini arttıracak ve bütüncül yaklaşımı destekleyecektir.

FAZ 2

OTURUM 5- Sonuca atlama

Sonuca atlama sanrısız formasyonun ve gün içerisindeki sosyal bilişsel hataların odak noktasıdır. Bu oturum sosyal bilişsel terminolojide “Sonuca Atlama” kavramını grup üyelerine anlatabilmeyi hedeflemektedir. Paranoaya yaklaşımda uygulandığı gibi ‘sonuca atlama’ da olağan bir durum olarak normalize edilmiştir. Ancak paranoaya SBET üçgeninin emosyon ile ilgili köşesinde tanımlanırken, sonuca atlama bu üçgenin düşünceler ile ilgili kısmını oluşturmaktadır. Diğer bir deyiş ile paranoaya sosyal problemlere yol açan bir çeşit emosyon olarak tanımlanırken, ‘sonuca atlama’ yine sosyal problemlere yol açabilen bir düşünme biçimi olarak tanımlanmıştır. Videolar aracılığı ile, katılımcılar kısa filmlerde oynayan karakterler üzerinden yapılan bu düşünsel ve emosyonel hastaları tanımlayabilme becerisine sahip olacaktır. Bu durum ilerleyen oturumlarda kendi yaşamlarındaki hatalara dışarıdan bakabilmelerine açılım yapacaktır.

OTURUM 6- Diğer tahminleri gözden geçir

Psikotik bozukluğa sahip katılımcılar, yaşamlarında belirsizlik hissine vardıkları bir durum ile karşılaştıklarında duruma yönelik deliller arama ve tahminlerde bulunma evresinde aceleci davranarak ilk tahminlerinden birisini gerçek olarak algılama eğilimindedir. Oturum 6 “Diğer olasılıkları düşünme” ana başlığı adı altında sonuca atlamak yerine yavaş adımlar ile ulaşmak ve “zihin kuramı” (yada derinlemesine inceleme) yetisini geliştirebilmeyi hedeflemektedir.

Bu yaklaşım bilişsel davranışçı terapi tekniklerinden “alternatif yaratma” metodunun modifiye edilmiş halidir. “Alternatif yaratma” katılımcının maladaptif bir inanışlarını veya yanlış yargılarını azaltmayı hedeflemektedir. SBET yaklaşımı 2 şekilde fark yaratmaktadır. Birincil olarak; bilişsel kusurlu bireyler açık uçlu beyin fırtınası uygulamakta hemen her zaman güçlük çekerler. Araştırmalar sonucunda alternatif yaratma konusunda güçlük çeken bireylerin paradoksik olarak kendi maladaptif düşünce sistemlerini daha da güçlendirdiği saptanmıştır.¹⁰³ Bu yüzden SBET içerisinde beyin fırtınası egzersizleri kısıtlanmıştır. Katılımcılardan sadece 3 olasılık üzerinde düşünmeleri istenmiştir ve bu olasılıklara da stereotipik özellikler kazandırılmaya çalışılmıştır. Bu amaç ile 3 karakter tanımlaması yapılmıştır; “Suçlayıcı Selçuk”, “Gamsız Gamze” ve “Hatalı Hasan”. Hedef “Alternatif yaratma” yöntemi ile gelen bilişsel zorlamalardan katılımcıyı kurtarıp, daha az külfetli ancak hedefe yönelik bir yöntem kullanabilmektir.

İkinci olarak, bu oturumdan sonra bireylerin yaşadıkları her sosyal soruna bu stereotipik bakış açısı ile bakabilmesi ve her seferinde 1-10 arası kendince bir likert ölçek belirleyerek en yüksek olasılığı belirleyebilmesine yönelik çalışılmıştır.

OTURUM 7-8 Gerçekler ile tahminleri ayırt etme

Bu oturumların amacı ise bireyin uygun olasılıklı tahmini seçerken yapabileceği yorumlarda olay ile ilgili öznel gerçekler ile nesnel gerçekleri ayırt edebilme becerisi kazandırmaktır. İkinci basamakta sosyal durumların tanımlandığı resimler kullanılarak bu durumlardaki gerçekler ve tahminlerin yorumlanması istenmiştir, sonrasında gerçek yaşamdan kesitlerin olduğu ve görüşmecinin rol aldığı videolar üzerinden ve son olarak aktif olarak oturum sırasında uygulanan rol oyunları ile gerçekler ve tahminler arasındaki fark netleştirilmiştir.

OTURUM 9–10 Delil toplama

Oturumlar “aklımdakini tahmin etme” isimli oyun ile başlar, bu oyunun amacı karşısındaki kişi zihninde bir hayvan tuttuğunda bunu

evet/hayır yanıtı olan sorular sormak yolu ile tahmin edebilmesi istenmektedir. Bunu yaparken olası sonuca atlama, gerçekler ile tahminleri ayırt etme ve delil toplama mekanizmalarını güçlendirmek hedeflenmektedir. Katılımcıların kendilerini monitörize edebilme becerisi kazanmalı hedeflenmiştir.

FAZ 3

OTURUM 10–14 Transfer

Katılımcıların gerçek yaşam sorunlarını belirleyebilmeleri ve grup içerisinde paylaşımları konusunda desteklenir. Paylaşılan her sosyal sorun tablo üzerinde önceki iki fazda öğrenilen beceriler kullanılarak kavram haline getirilir ve katılımcılar ile birlikte en uygun tavrın ne olacağı konusunda girişimlerde bulunulur. Katılımcılara öğrenilen yeteneklerin günlük yaşama transferinin uygulamanın etkinliği açısından olmazsa olmaz olduğu vurgulanarak her fırsatta motivasyonu artırıcı girişimlerde bulunulur. Bu fazın sonunda her katılımcı ile özel bir tek seans yapılarak grup ile paylaşılabilen sosyal sorunların çözümü konusunda öğrenilen beceriler kullanılır.

Ev ödevleri; şizofreni hastalarının oturum dışı çalışmalarında en önemli sorunlardan biridir. Bu hasta grubunda ev ödevlerini tamamlamada uyum oranının düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıları ödevleri yapmaları konusunda zorlamak, terapötik ilişkiyi bozabilmesinin yanında, ev ödevleri tamamlama konusunda motivasyon, uyum ve isteğin, tedavi sonuçlarına olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir (Kazantzis, Deane ve Ronan, 2000).

Her oturumun başında yaklaşık 5-10 dakika önceki haftanın ödevi gözden geçirilir ve her oturumun sonunda, bir sonraki hafta için ödevler ve ilgili materyaller dağıtılır. SBET eğitmenleri, katılımcıların ev ödevlerini kontrol ederek katılımcıların ödevlere bağlılığını ve uyumunu arttırmalıdır. Ancak bunu yaparken, katılımcıların ödevlerini yapmadıkları durumlarda zorlamadan ve baskıdan kaçınmaları gerekir.

Telefon seansları; terapi süresince her hasta ve “Terapi yardımcısı” sosyal sorun yaşandığında sorun süreçlerine yönelik telefon ile yardım alabilirler. Bu yardım basamağında görüşmeci sorunun çözümüne yönelik bir öneri ve girişimden kaçınmalıdır. Her zaman seans içerisinde öğrenilen metodların kullanılması konusunda yanlışsız öğrenme-(errorless learning) metodu kullanarak, son karar katılımcıya bırakılarak sürdürülmelidir.

3.3.2. Sosyal etkileşim grubu

Şizofrenide aktif epizotlar dışında negatif belirtilerin devam ettiği, ve bu negatif belirtiler ile sosyal işlevsellik arasında ilişkili bulunduğu saptanmıştır.¹⁰ Aktif olarak içe çeken birey semptomatik anlamda düzelme sağlanmasına rağmen tekrar toplum içi ilişki kurmaktan kaçınmaktadır.¹¹⁵ Burada elbette ki self-stigmatizasyon önemli bir rol almaktadır.²⁵ Aile etkileşimli SBGP çalışmasında, uygulanan girişimin etkinliğini test edebilmek ve karşılaştırabilmek için salt sosyal ilişkinin kurulduğu ve simüle edildiği, ve tekrar toplum ile entegrasyonun aktif biçimde sağlanmaya çalışıldığı bir girişimden ne kadar farklı olabileceği araştırıldı. Bu önerme çerçevesinde Celal Bayar Üniversitesi Tıp fakültesi öğrencilerden oluşan 25 kişilik bir gönüllü grubu oluşturuldu. Çalışmaya kontrol grubu olarak dahil edilen her hastanın 3 seans boyunca sosyal etkileşim arkadaşı olarak belirlendi. 1.oturumda birlikte sosyal yaşam ve günlük olaylar ile ilgili serbest diyaloglar ve birlikte Şizofreni hastalarının toplumdan aktif kaçınmalarında damgalamanın rolü üzerinde konuşuldu. 2. oturumda grup terapisi eğitimine sahip bir psikiyatist eşliğinde sanatla terapi çerçevesinde her hasta kendi kendi sosyal etkileşim partneri ile birlikte resim yaptı ve sonrasında partnerlerden birlikte çizdikleri resimleri yorumlamaları istendi. Sonrasında sosyal yaşam ve günlük olaylar ile ilgili serbest diyaloglar devam etti. Son oturumda kontrol grubuna dahil olan Şizofreni hastaları ile sosyal etkileşim arkadaşlarının topluca sinemaya gitmeleri istendi. Sinemada grupların birbirleri ile sosyal ilişki içerisinde olmalarına önem verildi ve sonrasında izlenen film ile ilgili görüşlere ve

yorumlara yer verildi. Tüm toplantılar sonunda 4. ve son oturum' da tüm hastalar ve gönüllüler bir araya gelerek, geri bildirimde bulundular.

3.4. Uygulama ve İstatistiksel değerlendirme

Celal Bayar Üniversitesi psikozy poliklinik kayıtları içerisinde rasgele seçilen 49 psikozy hastası, tedavi ve kontrol grubu olarak kadın ve erkek sayısı, ve aile ile geçirilen süreler arasında fark olmaması dikkate alınarak 2 ayrı grup oluşturularak üzere dağıtılmıştır. Her grupta 11 kişi olmak üzere 2 grup halinde yürütülmesi planlanan AESBGP için 22, sosyal etkileşim grubu için ise 27 hasta seçilmiştir. AESBGP'na dahil olan 3 hasta hasta yeterli katılım göstermemeleri sebebiyle çalışma dışına çıkartılmış, 1 hasta SE grubunda 2 ' den daha az oturuma katılım göstermesi sebebiyle çalışma dışına çıkartılmış ve çalışma sonunda 19 AESBGP grubunda 26 SE grubunda olmak üzere toplam 46 hastanın başlangıç ve son testleri verileri elde edilmiştir. Son test verileri her iki grup içinde ayrı zamanlarda olmak üzere her uygulamanın sonundaki 2 hafta içerisinde tamamlanmıştır.

Araştırmada tüm testler grupların dağılımı hakkında bilgi sahibi olmayan psikiyatri araştırma görevlileri tarafından uygulanmıştır. Testlerin tümü her hasta için tek seansta uygulanmıştır. Testlerin skorlanması ise 1 psikiyatrist ve 1 psikolog tarafından birlikte yapılmıştır.

Araştırma süresince hastalar düzenli poliklinik kontrollerine ilgili birim yürütücüsü tarafından devam etmişlerdir. Acil müdahale gerektiren psikiyatrik sorun olmadığı sürece ilaç tedavilerinde müdahalede bulunulmamıştır. Tüm hastaların kullanmakta oldukları antipsikotik tedavi dozları klorpromazin eşdeğer dozlarına çevrilmiştir. Gruplar arası farkın anlamlılık testleri uygulanmıştır.

Uygulanan girişimlerden aile katılımlı sosyal biliş ve etkileşim tedavisi 14 hafta süresince haftada 1 kere, her 40 dakika sonunda bir kahve arası vermek suretiyle, 80 dakikalık bir oturum olarak tamamlanmıştır. Kontrol grubu olarak belirlenen sosyal etkileşim grubu ise

12 haftada tamamlanmıştır. 3 haftada 1 kez uygulanan, toplam 4 oturumdan oluşan ve her oturumu yarım gün süren bu kontrol grubu oturumlarında her hastaya tıp öğrencileri arasından bir gönüllü eşlik etmiştir.

Araştırmaya Alma Ölçütleri:

- DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Şizofreni tanısı almış olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- Araştırmaya dahil olunmasından 6 ay öncesinde herhangi bir durum nedeni ile psikiyatri kliniğine yatışın olmayışı.
- Araştırmaya dahil olunmasından önceki son 3 aylık süre içerisinde aynı - antipsikotik tedavinin kullanılıyor olunması.
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:

- Yaşam boyunca bir kere geçirilmiş devam eden veya iyileşmiş nörolojik hastalık (Ör: Epilepsi)
- Mental retardasyon
- Geçen ay içerisinde alkol madde kullanımı belirlenmiş olması.

“Drop out” ölçütleri:

- AESBGP için : Her terapi fazı için 2 den fazla oturuma katılmamış olmak.
- Sosyal etkileşim: 2 den fazla gruba katılmamış olmak.

İstatiksel Değerlendirme

Oluşturulan grupların sosyodemografik verileri, klinik belirti dereceleri, sosyal işlevsellik, sosyal biliş ve yaşam kalitesi tedavi öncesi skorları gibi kalitatif verilerin değerlendirilmesinde tedavi başlangıcında anlamlı fark olup olmadığının incelenmesi konusunda ki-kare ve Student t-testi kullanıldı. Varyansların dağılımını incelemek için Levene testi

kullanıldı. Tedavi öncesi ve sonrası sonuçları değerlendirebilmek amacı ile araştırma desenine uygun olduğu öncesinde çalışmalarda gösterilmiş olan^{104,105,106} ANCOVA incelemesi uygulandı. Buna göre her değişken için tedavi öncesi skor kovaryans olarak alındı. Tedavi sonrası skor bağımlı değişken, tedavi grubu ise sabit değişken olarak belirlendi. Sonuç olarak ön-testlerin sabitlenmesi ile elde edilmiş düzeltilmiş son-test ANCOVA sonuçları elde edildi. Gruplar arası ve grup içi etki gücünün belirlenebilmesi için Cohen's partial eta squared (η^2) ve Cohen d (d) testleri uygulandı. Grup içi değerlendirmede Cohen d etki gücü kullanılırken, Gruplar arası değerlendirmede Cohen's partial eta squared hesaplandı. Cohen d'ye göre küçük (.20), orta (.50) ve geniş (.80) şeklinde iken Cohen's partial eta squared (η^2)'ye göre ise küçük (.01), orta (.06), and geniş (.14) olarak etki güçleri tanımlandı ve belirtildi. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık kriteri olarak $p < .05$ kabul edildi. Cohen d hariç tüm verilerin çözümlenmesinde SPSS 17.0 istatistik paket programı kullanıldı. Cohen d için ise grup içi farkın etki gücünü hesaplayan formül kullanılarak Microsoft Excel XP aracılığı ile her değişken için ayrı olarak hesaplandı.

4. BULGULAR

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışma öncesinde hastalar rasgele şekilde aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı(AESBGP) ve sosyal etkileşim grubu olmak üzere 2 gruba dağıtılmıştır. Bu her iki grubun sosyodemografik verileri incelendiğinde, aile etkileşimli SBGP ortalama yaşı 33.32 ± 11.57 iken sosyal etkileşim grubunda 34.62 ± 10.06 saptanmıştır. Grupların cinsiyet dağılımına bakıldığında AESBGP grubunda 11 erkek, 8 kadın, sosyal etkileşim grubunda 12 erkek ve 14 kadın çalışmaya dahil olmuştur. Grupların eğitim süreleri yıl olarak incelendiğinde AESBGP ortalama 11.95 ± 1.72 , sosyal etkileşim grubunda 10.50 ± 3.46 saptandı. Meslek dağılımlarında bakıldığında SBGP' da emekli 3 (15.79%), ev hanımı 2 (10.53%), işçi 3 (15.79%) , memur 2 (10.53%), öğrenci 5 (26.32%), öğretmen 1 (5.26%), serbest meslek 1(5.26%), işsiz 2 (10.53%) kişi iken, sosyal etkileşim grubunda emekli 2 (7.69%), ev hanımı 6 (23.08%), işçi 3 (11.54%) , memur 6 (23.08%), öğrenci 3 (11.54%), öğretmen 1 (3.85%), serbest meslek 3 (11.54%), işsiz 2 (7.69%) kişi saptanmıştır. Grupların medeni halleri incelendiğinde SBGP grubunda 12 (63.16%) bekar, 2 (10.53%) boşanmış ve 5 (26.32%) evli birey bulunmakta iken sosyal etkileşim grubunda 13 (50.0%) bekar, 1 (3.85%) boşanmış, 1 (3.85%) dul, 11 (42.31%) evli katılımcı saptanmıştır. Aile içerisindeki rolleri incelendiğinde SBGP' da 2 (10.53%) baba, 13 (68.42%) çocuk 13 (68.42%), eş 1 (5.26%), 3 (15.79%) yalnız kişi var iken; sosyal etkileşim grubunda, 4 (15.38%) anne, 3 (11.54%) baba, 12 (46.15%) çocuk, 5

(19.23%), 1 (3.85%) kardeş, 1 (3.85%) yalnız birey saptanmıştır. SBGP grubunda her hanede ortalama 3.00 ± 1.25 , sosyal etkileşim grubunda 3.08 ± 1.29 bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların aile ile geçirdikleri süre incelendiğinde SBGP grubunda ortalama 7.87 ± 4.68 iken, sosyal etkileşim grubunda 8.81 ± 5.00 saptanmıştır. Sosyodemografik veriler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1 : Sosyodemografik veri tablosu

	GRUP					
	Aile etkileşimli SBGP		Sosyal Etkileşim		P	
	Ortalama	SD	Sayı/%	Ortalama		SD
Yaş	33.32	11.57		34.62	10.06	,690
Cinsiyet ERKEK			11(57.89%)		12(46.15%)	.317
KADIN			8(42.11%)		14(53.85%)	
Eğitim (YIL)	11.95	1.72			3.46	,101
Meslek EMEKLİ			3(15.79%)		2(7.69%)	
EV HANIMI			2(10.53%)		6(23.08%)	
İŞÇİ			3(15.79%)		3(11.54%)	
MEMUR			2(10.53%)		6(23.08%)	
ÖĞRENCİ			5(26.32%)		3(11.54%)	
ÖĞRETMEN			1(5.26%)		1(3.85%)	
SERBEST			1(5.26%)		3(11.54%)	
YOK			2(10.53%)		2(7.69%)	
Medeni BEKAR			12		13 (50.0%)	
durum			(63.16%)			
BOŞANMIŞ			2 (10.53%)		1(3.85%)	

	DUL		0(0%)		1 (3.85%)	
	EVLİ		5 (26.32%)		11 (42.31%)	
Aile	ANNE		0(0%)		4 (15.38%)	
içindeki	BABA		2 (10.53%)		3 (11.54%)	
rolü	ÇOCUK		13 (68.42%)		12 (46.15%)	,155
	EŞ		1 (5.26%)		5 (19.23%)	
	KARDEŞ		0(0%)		1 (3.85%)	
	YALNIZ		3 (15.79%)		1 (3.85%)	
Hane sayı		3.00	1.25	3.08	1.29	,842
Aile ile geçirdiği süre (SAAT)		7.87	4.68	8.81	5.00	,526
<hr/>						
P>0.05						

4.1.2. Tedavi geçmişi özellikleri

Gruplar arası tedavi geçmişlerinin verileri incelendiğinde; SBGP grubunda ortalama hastalık süresi 12.63 ± 9.99 , ortalama hastaneye yatış 2.63 ± 2.27 , son 1 yıl içerisinde hastaneye yatış 0.32 ± 0.58 , kullanmakta olduğu tedavinin klorpromazin eşdeğeri 484.38 ± 275.51 iken sosyal etkileşim grubunda ortalama hastalık süresi 11.85 ± 8.73 , ortalama hastaneye yatış 1.42 ± 1.55 , son 1 yıl içerisinde hastaneye yatış ortalaması 0.23 ± 0.51 , ortalama klorpromazin eşdeğeri 493.43 ± 386.32 saptanmıştır. Gruplar arası farklılık bağımsız gruplar arası t–testi ile incelendiğinde her iki grup arasında sosyodemografik veriler ve tedavi geçmişi özellikleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Graplardan aile etkileşimli SBGP’ de hastaneye yatış ortalama sayıları arasında fark gözlenirse de bu fark anlamlı bulunmamıştır ($t(30) = 2.006$, $p = .054$). Her iki grup arasındaki tedavi geçmişi özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2 : Tedavi geçmişi özellikleri

	GRUP				P
	Aile etkileşimli		Sosyal Etkileşim		
	SBGP		Sosyal Etkileşim		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Hastalık süresi (YIL)	12.63	9.99	11.85	8.73	,785
Hastaneye yatış	2.63	2.27	1.42	1.55	,54
Son 1 yıl hastane yatış	.32	.58	.23	.51	,607
Klorpromazin eşdeğeri	484.38	275.51	493.43	386.32	,936

P>0.05

4.1.3 Sosyal işlevsellik özellikleri

Gruplar arası uygulama öncesi sosyal işlevsellik ölçeği ile elde edilen işlevsellik sonuçları ortalama değerleri incelendiğinde Aile etkileşimli SBGP grubunda; sosyal geri çekilme 9.05 ± 2.09 , kişiler arası davranış 5.58 ± 2.04 , öncül sosyal etkinlikler 15.37 ± 8.23 , boş zaman etkinlikleri 14.63 ± 4.56 , bağımsızlık yeterlilik 33.58 ± 3.88 , bağımsızlık performans 25.63 ± 6.86 , iş/meslek 5.26 ± 4.00 iken sosyal etkileşim grubunda ise sosyal geri çekilme 10.04 ± 2.68 , kişiler arası davranış 6.77 ± 2.27 , öncül sosyal etkinlikler 14.85 ± 7.23 , boş zaman etkinlikleri 17.62 ± 6.74 , bağımsızlık yeterlilik 33.62 ± 5.16 , bağımsızlık performans 25.63 ± 6.86 , iş/meslek 7.00 ± 3.39 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arası farklılık bağımsız gruplar arası t–testi ile incelendiğinde her iki grup arasında sosyal işlevsellik özellikleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grup arasındaki sosyal işlevsellik özellikleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3: Sosyal işlevsellik özellikleri

	GRUP				P
	Aile etkileşimli		Sosyal Etkileşim		
	SBGP				
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Sosyal geri çekilme	9.05	2.09	10.04	2.68	,189
Kişiler arası davranış	5.58	2.04	6.77	2.27	,077
Öncül sosyal etkinlikler	15.37	8.23	14.85	7.23	,822
Boş zaman etkinlikleri	14.63	4.56	17.62	6.74	,103
Bağımsızlık - Yeterlilik	33.58	3.88	33.62	5.16	,979
Bağımsızlık- Performans	25.63	6.86	23.42	9.13	,380
İş/Meslek	5.26	4.00	7.00	3.39	,123

P>0.05

4.1.4 Yaşam kalitesi özellikleri

Gruplar arası uygulama öncesi yaşam kalitesi ölçeği ile elde edilen sonuçların ortalama değerleri incelendiğinde Aile etkileşimli SBGP grubunda; kişiler arası ilişkiler 21.58 ± 8.38 , mesleki rol 10.53 ± 4.78 , ruhsal bulgular 22.89 ± 6.71 , kişisel eşya ve günlük faaliyet 6.63 ± 2.75 , toplamda ise 61.63 ± 19.88 ortalama saptanmış iken sosyal etkileşim grubunda ise kişiler arası ilişkiler 24.42 ± 9.80 , mesleki rol 14.62 ± 6.34 , ruhsal bulgular 25.12 ± 8.65 , kişisel eşya ve günlük faaliyet 7.92 ± 2.21 , toplamda 72.00 ± 24.24 saptanmıştır. Gruplar arası farklılık bağımsız gruplar arası t-testi ile incelendiğinde her iki grup arasında yaşam kalitesi özellikleri arasında mesleki rol hariç anlamlı fark saptanmamıştır. Mesleki rol alt grubunda sosyal etkileşim grubu lehine anlamlı fark saptanmıştır

($t(43)=2.362$, $p= .023$). Her iki grup arasındaki yaşam kalitesi özellikleri Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4 : Yaşam kalitesi özellikleri

	GRUP				P
	Aile etkileşimli		Sosyal Etkileşim		
	SBGP				
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Kişiler arası ilişkiler	21.58	8.38	24.42	9.80	,313
Mesleki rol	*10.53	*4.78	*14.62	*6.34	,023
Ruhsal bulgular	22.89	6.71	25.12	8.65	,357
Kişisel eşya ve günlük faaliyet	6.63	2.75	7.92	2.21	,088
Toplam	61.63	19.88	72.00	24.24	,134

$p>0,05$

* $p<0,05$

4.1.5 Belirti şiddeti özellikleri

Gruplar arası uygulama öncesi Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ile elde edilen sonuçların ortalama değerleri incelendiğinde aile etkileşimli SBGP grubunda PANNS ölçeği pozitif alt ölçeğinde ortalama 11.16 ± 3.20 , negatif alt ölçeğinde 17.21 ± 6.35 , genel alt ölçeğinde 27.58 ± 7.35 , toplamda ise 56.00 ± 15.70 saptanmış iken sosyal etkileşim grubunda PANNS ölçeği pozitif alt ölçeğinde ortalama 12.46 ± 4.98 , negatif alt ölçeğinde 18.31 ± 5.75 , genel alt ölçeğinde 30.15 ± 8.79 , toplamda ise 60.96 ± 17.59 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arası farklılık bağımsız gruplar arası t–testi ile incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grup arasındaki belirti şiddeti özellikleri Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5 : Belirti şiddeti özellikleri

	GRUP				P
	Aile etkileşimli SBGP		Sosyal Etkileşim		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
PANNS Pozitif	11.16	3.20	12.46	4.98	,324
PANNS Negatif	17.21	6.35	18.31	5.75	,548
PANNS Genel	27.58	7.53	30.15	8.79	,309
PANNS Toplam	56.00	15.70	60.96	17.59	,326

P>0.05

4.1.6 Nörobilişsel performans özellikleri

Gruplar arası uygulama öncesi nörobilişsel performansların değerlendirilebilmesi için uygulanan test sonuçları incelendiğinde; aile etkileşimli SBGP grubunda ortalama IQ 91.32 ± 11.74 , İz sürme testi B alt ölçeği uygulamayı tamamlama süresi ortalama 126.89 ± 58.87 , İz sürme testi hata sayısı ortalama 3.00 ± 3.37 saptanmış iken sosyal etkileşim grubunda ortalama IQ 88.65 ± 16.19 , İz sürme testi B alt ölçeği uygulamayı tamamlama süresi ortalama 140.46 ± 84.72 , İz sürme testi hata sayısı ortalama 3.65 ± 3.05 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arası farklılık bağımsız gruplar arası t-testi ile incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grup arasındaki nörobilişsel performans özellikleri Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 6 : Nörobilişsel performans özellikleri

	GRUP				P
	Aile etkileşimli SBGP		Sosyal Etkileşim		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	

IQ	90.94	11.56	90.11	15.38	,844,
İz Sürme testi B (süre sn)	126.89	58.87	140.46	84.72	,522
İz Sürme testi B (hata sayısı)	3.00	3.37	3.65	3.05	,500

P>0.05

4.1.7 Sosyal bilişsel performans özellikleri

Gruplar arası uygulama öncesi sosyal bilişsel performansların değerlendirilebilmesi için uygulanan test sonuçları incelendiğinde; Aile etkileşimli SBGP grubunda yüz tanımlama testi ortalama skoru 11.63 ± 2.61 , yüz ayrıştırma testi ortalama skoru 24.89 ± 2.23 , gözler testi ortalama skoru 20.26 ± 4.12 , beklenmedik sonuçlar testi ortalama skoru 11.00 ± 3.50 , ima testi ortalama skoru 13.16 ± 2.41 , içsel-dışsal-durumsal atıflar ölçeği testi alt ölçeklerinde ise dışsallaştırma yanlılığı alt ölçeğinde ortalama 2.58 ± 4.21 , kişiselleştirme yanlılığı alt ölçeğinde 0.66 ± 0.26 , PLC alt ölçeği 17.68 ± 4.49 saptanmış iken sosyal etkileşim grubunda ise yüz tanımlama testi ortalama skoru 10.85 ± 2.98 , yüz ayrıştırma testi ortalama skoru 24.04 ± 3.18 , gözler testi ortalama skoru 18.27 ± 4.85 , beklenmedik sonuçlar testi ortalama skoru 9.19 ± 3.74 , ima testi ortalama skoru 12.96 ± 4.28 , içsel-dışsal-durumsal atıflar ölçeği testi alt ölçeklerinde ise dışsallaştırma yanlılığı alt ölçeğinde ortalama 2.88 ± 3.54 , kişiselleştirme yanlılığı alt ölçeğinde 0.59 ± 0.26 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arası farklılık bağımsız gruplar arası t–testi ile incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grup arasındaki sosyal bilişsel performans özellikleri Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7 : Sosyal bilişsel performans özellikleri

	GRUP				
	Aile etkileşimli SBGP Sosyal Etkileşim				
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	P
Yüz tanımlama testi	11.63	2.61	10.85	2.98	,363
Yüz ayrıştırma testi	24.89	2.23	24.04	3.18	,321
Gözler testi	20.26	4.12	18.27	4.85	,154
Beklenmedik sonuçlar testi	11.00	3.50	9.19	3.74	,107
İma testi	13.16	2.41	12.96	4.28	,858
Dışsallaştırma yanlılığı(EB) 2,58		4,21	2,88	3,54	,793
Kişiselleştirme yanlılığı(PB) ,66		,26	,59	,26	,395

P>0.05

4.1.8 Bilişsel içgörü özellikleri

Gruplar arası uygulama öncesi bilişsel içgörünün değerlendirilebilmesi için uygulanan test sonuçları incelendiğinde; aile etkileşimli SBGP grubunda bilişsel içgörü ölçeği alt gruplarından kendini ifade etme (self-reflectiveness) 13.32 ± 5.53 , kendinden eminlik (self-certainty) 8.95 ± 3.12 , Beck içgörü farkı ise 4.37 ± 7.18 saptanmış iken sosyal etkileşim grubunda kendini ifade etme (self-reflectiveness) 13.62 ± 3.95 , kendinden eminlik (self-certainty) 9.96 ± 3.05 , Beck içgörü farkı ise 3.62 ± 4.05 tespit edilmiştir. Gruplar arası farklılık bağımsız gruplar arası t-testi ile incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grup arasındaki bilişsel içgörü özellikleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8 : Bilişsel içgörü özellikleri

GRUP

	Aile etkileşimli				p
	SBGP		Sosyal Etkileşim		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Kendini ifade etme (SR)	13.32	5.53	13.62	3.95	,833
Kendinden eminlik (SC)	8.95	3.12	9.96	3.05	,281
Beck içgörü farkı	4.37	7.18	3.62	4.05	,657

P>0.05

4.2 Uygulama sonrası değerlendirme

4.2.1. Uygulamaların Sosyal işlevsellik üzerine etkisi

Uygulamaların ANCOVA (kovaryans analizi)'ya ilişkin tanımlayıcı istatistikler araştırılan her alan için gruplara ayrılmış ve incelenmiştir. Tablo 9' da öncelikle sosyal işlevsellik incelenmiş olup grupların uygulama öncesi, sonrası tanımlayıcı ortalamaları ve sonrasında ANCOVA analizi sonuçları, uygulama etki güçleri (effect size) belirtilmiştir.

Buna göre "kişiler arası davranış" ($F(1,42)=3.82$, $p= 0.057$, $n_p^2=.08$, $d=.59$), "bağımsızlık performans" $F(1,42)=2.80$, ($p=.102$, $n_p^2=.06$, $d=.38$) ve "iş/meslek" ($F(1,42)=2.40$, $p=.129$, $n_p^2= .05$, $d=.22$) alt alanları haricinde tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur. Gruplar arası etki gücü bütün alt gruplarda "büyük", SBGB grup içi etki gücü "küçük-orta", SE grup içi etki gücü ise tüm alanlarda "bağımsızlık performans" alt ölçeği ($F(1,42)=2.80$, $p=.102$, $n_p^2=.06$, $d=.38$) hariç negatif düzeylerde saptanmış, ve SE grup skorları başlangıç skorlarına göre grup sonunda gerileme göstermiştir. SBGP tüm alanlarda etkin gözükmemektedir.

Ön-test sonuçları kovaryans olarak alınmak suretiyle eşitlenmesi ile hesaplanan, gruplar arasındaki farkı belirleyebilen düzeltilmiş son-test ortalama ANCOVA sonuçlarına göre (Ortalama ve standart hata olarak

gösterilmiştir): Sosyal işlevselliğin ölçeğinin sosyal geri çekilme alan skoru SBGP grubunda $10,57 \pm 0,31$ iken, SE grubunda $9,43 \pm 0,26$, kişiler arası davranış skoru SBGP grubunda $7,12 \pm 0,33$ iken, SE grubunda $6,26 \pm 0,28$, öncül sosyal etkinlikler skoru SBGP grubunda $19,79 \pm 1,24$ iken, SE grubunda $15,00 \pm 1,06$, boş zaman etkinlikleri skoru SBGP grubunda $19,48 \pm 0,91$, SE grubunda $15,69 \pm 0,77$, bağımsızlık/yeterlilik skoru SBGP grubunda $34,96 \pm 0,82$, SE grubunda $31,41 \pm 0,70$, bağımsızlık/performans skoru SBGP grubunda $27,16 \pm 0,96$ iken SE skoru $25,04 \pm 0,82$, iş/meslek skoru SBGP grubunda $7,01 \pm 0,47$ iken SE grubunda $6,03 \pm 0,40$ saptanmıştır. Uygulamaların Sosyal işlevsellik üzerine etkisi Tablo 9’de gösterilmiştir.

Tablo 9 : Uygulamaların Sosyal işlevsellik üzerine etkisi

	GRUP						Cohen d	Cohen d	Grup Arası etki η_p^2 a	F oran	p
	Aile etkileşimli SBGP			Sosyal Etkileşim							
	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)	SBGP b	SE b			
Sosyal geri çekilme	9,05	10,11	10,57	10,04	9,77	9,43	,54	-,09	,15	7,67	0,008
Kişiler arası davranış	5,58	6,74	7,12	6,77	6,54	6,26	,59	-,11	,08	3,82	0,057
Öncül sosyal etkinlikler	15,37	20,05	19,79	14,85	14,81	15,00	,53	-,01	,17	8,50	0,006
Boş zaman etkinlikleri	14,63	18,21	19,48	17,62	16,62	15,69	,70	-,15	,19	9,71	0,003
Bağımsızlık - Yeterlilik	33,58	34,95	34,96	33,62	31,42	31,41	,33	-,44	,20	10,7	0,002
Bağımsızlık- Performans	25,63	28,21	27,16	23,42	24,27	25,04	,38	,09	,06	2,80	0,102
İş/Meslek	5,26	6,16	7,01	7,00	6,65	6,03	,22	-,09	,05	2,40	0,129

Notlar: Tabloda Sosyal işlevsellik ölçeği alt gruplarının her iki uygulama öncesi ve sonrası sonuçları incelenmiştir. Ham değerlerin yanında yer alan ANCOVA sonuçları, ön testlerin son test üzerindeki etkisi göz önüne alınarak uygulanmış son test düzeltilmiş verileridir.

SBGP: Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı,

SE: Sosyal etkileşim,

Cohen d (d): Grup içi farkın etki gücü,

Grup arası etki: (n_p^2): - parsiyel eta kare ANCOVA sonuçları ile birlikte hesaplanmış, gruplar arası etki gücünü temsil eder.

a. Pozitif etki gücü SBGP grubunun sonuçları kattığı daha etkiyi belirtir, negatif etki gücü ise gerileme göstergesidir

b. Pozitif etki gücü , ön ve son testler arasındaki farkın etki gücünü ifade eder, negatif etki gücü ise gerileme göstergesidir

4.2.2. Uygulamaların yaşam kalitesi üzerine etkisi

Uygulamanın yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla, grupların uygulama öncesi, sonrası tanımlayıcı ortalamaları ve sonrasında ANCOVA analizi sonuçları, uygulama etki güçleri (effect size) değerlendirilmiştir. Buna göre, “kişiler arası ilişkiler” ($F(1,42)=17.14$, $p<.001$, $n_p^2=.29$, $d=.57$), “mesleki rol” ($F(1,42)=6.17$, $p=.017$, $n_p^2=.13$, $d=.46$), “ruhsal bulgular” ($F(1,42)=23.33$, $p<.001$, $n_p^2=.36$, $d=.79$), “kişisel eşya ve aktiviteler” ($F(1,42)=20.80$, $p<.001$, $n_p^2=.33$, $d=.72$), ve toplam QoL ($F(1,42)=30.10$, $p<.001$, $n_p^2=.42$, $d=.72$) tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur. Gruplar arası etki gücü bütün alt gruplarda “büyük” etkinlikte, SBGP grup içi etki gücü “orta-büyük”, SE grup içi etki gücü ise “küçük” ve tüm alanlarda mesleki rol alt ölçeği hariç negatif düzeylerde saptanmış, ve SE grup skorlarının başlangıç skorlarında göre grup sonunda gerileme gösterdiği gösterilmiştir. SBGP tüm alanlarda etkin gözükmemektedir.

Ön-test sonuçları kovaryans olarak alınmak suretiyle eşitlenmesi ile hesaplanan, gruplar arasındaki farkı belirleyebilen son-test ANCOVA sonuçlarına göre: Şizofreni’de yaşam kalitesi ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alan skoru SBGP grubunda $27,64\pm 0,90$ iken, SE grubunda $22,72\pm 0,77$, mesleki rol skoru SBGP grubunda $15,28\pm 0,67$ iken, SE grubunda $13,07\pm 0,56$, ruhsal bulgular skoru SBGP grubunda $29,33\pm 0,84$ iken, SE grubunda $23,99\pm 0,72$, kişisel eşya ve günlük faaliyetler skoru SBGP grubunda $8,91\pm 0,31$ iken, SE grubunda $7,02\pm 0,26$, toplam skor ise SBGP

grubunda 81,17±2,03, SE grubunda 66,34±1,73 saptanmıştır.

Uygulamaların yaşam kalitesi üzerine etkisi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10 : Uygulamaların yaşam kalitesi üzerine etkisi

	GRUP						Cohen d SBGP	Cohen d SE b	Grup Arası etki η_p^2 a	F oranı	p
	Aile etkileşimli SBGP			Sosyal Etkileşim							
	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)					
Kişiler arası ilişkiler	21,58	26,21	27,64	24,42	23,77	22,72	,57	-,06	,29	17,14	<,001
Mesleki rol	10,53	13,00	15,28	14,62	14,73	13,07	,46	,02	,13	6,17	0,017
Ruhsal bulgular	22,89	28,21	29,33	25,12	24,81	23,99	,79	-,04	,36	23,33	<,001
Kişisel eşya ve günlük faaliyet	6,63	8,42	8,91	7,92	7,38	7,02	,72	-,25	,33	20,80	<,001
Toplam	61,63	75,79	81,17	72,00	70,27	66,34	,72	-,07	,42	30,10	<,001

Notlar: Tabloda Sosyal işlevsellik ölçeği alt gruplarının her iki uygulama öncesi ve sonrası sonuçları incelenmiştir. Ham değerlerin yanında yer alan ANCOVA sonuçları, ön testlerin son test üzerindeki etkisi göz önüne alınarak uygulanmış son test düzeltilmiş verileridir.

SBGP: Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı,

SE: Sosyal etkileşim,

Cohen d (d): Grup içi farkın etki gücü,

Grup arası etki: (η_p^2): -parsiyel eta kare ANCOVA sonuçları ile birlikte hesaplanmış, gruplar arası etki gücünü temsil eder.

a. Pozitif etki gücü SBGP grubunun sonuçları kattığı daha etkiyi belirtir, negatif etki gücü ise gerileme göstergesidir

b. Pozitif etki gücü , ön ve son testler arasındaki farkın etki gücünü ifade eder, negatif etki gücü ise gerileme göstergesidir.

4.2.3. Uygulamaların belirti şiddeti üzerine etkisi

Uygulamanın belirti şiddeti üzerine etkisini incelemek amacıyla, grupların uygulama öncesi, sonrası tanımlayıcı ortalamaları ve sonrasında ANCOVA analizi sonuçları, uygulama etki güçleri (effect size) değerlendirilmiştir. Buna göre tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur.

Gruplar arası etki gücü pozitif belirtiler alt ölçeği ($F(1,42)=6.44$, $p=.015$, $\eta_p^2=.13$, $d=-.43$), negatif belirtiler alt ölçeği ($F(1,42)=27.87$, $p<.001$, $\eta_p^2=.40$, $d=-.42$), genel belirtiler alt ölçeği ($F(1,42)=19.92$, $p<.001$, $\eta_p^2=.32$, $d=-.37$), ve toplam PANNS skorunda ($F(1,42)=30.10$, $p<.001$, $\eta_p^2=-.45$) “büyük” etkinlikte, SBGP grup içi etki gücü “orta”, SE grup içi etki gücü ise “küçük” ve tüm alanlarda pozitif düzeylerde saptanmış ve SE grup skorlarının başlangıç skorlarında göre grup sonunda yükselme göstermiştir.

Ön-test sonuçları kovaryans olarak alınmak suretiyle eşitlenmesi ile hesaplanan, gruplar arasındaki farkı belirleyebilen son-test ANCOVA sonuçlarına göre: Şizofreni’ de PANNS ölçeği pozitif belirtiler skoru SBGP grubunda $10,71\pm 0,46$ iken, SE grubunda $12,25\pm 0,40$, negatif belirtiler skoru SBGP grubunda $15,39\pm 0,49$ iken, SE grubunda $18,79\pm 0,42$, genel belirtiler skoru SBGP grubunda $26,46\pm 0,52$ iken, SE grubunda $29,55\pm 0,45$, toplam skor ise SBGP grubunda $52,51\pm 1,20$, SE grubunda $60,94\pm 1,03$ saptanmıştır. Uygulamaların belirti şiddeti üzerine etkisi Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11 : Uygulamaların Belirti şiddeti üzerine etkisi

	GRUP						Cohen d	Cohen SE b	Grup Arası etki η_p^2 a	F oran	p
	Aile etkileşimli SBGP			Sosyal Etkileşim							
	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)	SBGP	SE b			
PANNS.Poz	11,16	10,00	10,71	12,46	12,77	12,25	-,43	,11	,13	6,44	0,015
PANNS.Neg	17,21	14,84	15,39	18,31	19,19	18,79	-,42	,16	,40	27,87	<,001

PANNS.Gen	27,58	25,16	26,46	30,15	30,50	29,55	-,37	,05	,32	19,92	<,001
PANNS.Tot	56,00	50,00	52,51	60,96	62,77	60,94	-,45	,13	,40	28,13	<,001

Notlar: Tabloda Sosyal işlevsellik ölçeği alt gruplarının her iki uygulama öncesi ve sonrası sonuçları incelenmiştir. Ham değerlerin yanında yer alan ANCOVA sonuçları, ön testlerin son test üzerindeki etkisi göz önüne alınarak uygulanmış son test düzeltilmiş verileridir.

SBGP: Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı,

SE: Sosyal etkileşim,

Cohen d (d): Grup içi farkın etki gücü,

Grup arası etki: (η_p^2): - parsiyel eta kare ANCOVA sonuçları ile birlikte hesaplanmış, gruplar arası etki gücünü temsil eder.

a.Pozitif etki gücü SBGP grubunun sonuçları kattığı etkiyi belirtir

b. Pozitif etki gücü , ön ve son testler arasındaki farkın etki gücünü ifade eder, negatif etki gücü bu ölçek için iyileşme göstergesidir.

4.2.4. Uygulamaların sosyal bilişsel performansı üzerine etkisi

Uygulamanın sosyal bilişsel performans üzerine etkisini incelemek amacıyla, grupların uygulama öncesi, sonrası tanımlayıcı ortalamaları ve sonrasında ANCOVA analizi sonuçları, uygulama etki güçleri (effect size) değerlendirilmiştir. Buna göre çalışmanın zihin teorisi sonuçları incelendiğinde; “ima testi”nde büyük gruplar arası ve grup içi etki gücünde değişim saptanmıştır ($F(1,42)=0.86$, $p<.001$, $\eta_p^2=.54$, $d=1.16$). Buna karşın zihin teorisi süreçlerini araştıran bir başka test olan “gözler testi”nde grup içi veya gruplar arasında fark saptanmamıştır ($F(1,42)= 50.0$, $p<.001$, $\eta_p^2=.02$, $d=-.02$) . Yüz tanımlama ($F(1,42)= 40.6$, $p<.001$, $\eta_p^2=.49$, $d= 1.21$) ve ayırıştırma alanında ($F(1,42)= 62.0$, $p<.001$, $\eta_p^2 =.33$, $d= .85$) ise büyük grup içi ve gruplara arası fark saptanmıştır. Beklenmedik sonuçlar testi ile değerlendirilen anlamlandırma ve empati skorlarında AKSBGP lehini büyük grup içi ve gruplar arası etki gücü ($F(1,42)=42.8$, $p<.001$, $\eta_p^2=.51$, $d=1.22$) saptanmıştır. Atıf stili sonuçlarında göre; alt ölçeklerin hiç birinde anlamlı istatistiksel anlamlılığa ulaşamamıştır.

Ancak dışsallaştırma yanlılığı ($F(1,42)=1.20$, $p=.28$, $\eta_p^2=.28$, $d=.65$) pozitif küçük grup içi etki gücü ve kişiselleştirme yanlılığı alt ölçeğinde negatif grup içi ($F(1,42)=.84$, $p=0.365$, $\eta_p^2=.20$, $d=-.35$) etki gücü gözlenmiştir. Ayrıca AKSBGP grubunda orta grup içi etki gücü gösterilmiş iken SE grubunda hiçbir etki gösterilememiştir ($F(1,42)=.84$, $p=0.365$, $d=-.35$).

Ön-test sonuçları kovaryans olarak alınmak suretiyle eşitlenmesi ile hesaplanan, gruplar arasındaki farkı belirleyebilen son-test ANCOVA sonuçlarına göre: İma testi skoru SBGP grubunda $15,54 \pm 0,38$ iken, SE grubunda $11,99 \pm 0,33$, gözler testi skoru SBGP grubunda $19,09 \pm 0,62$ iken, SE grubunda $18,32 \pm 0,53$, beklenmedik sonuçlar testi skoru SBGP grubunda $14,66 \pm 0,62$ iken, SE grubunda $9,25 \pm 0,53$, yüz tanımlama testi skoru SBGP grubunda $14,11 \pm 0,37$, SE grubunda $11,06 \pm 0,31$, yüz ayırıştırma testi skoru SBGP grubunda $26,39 \pm 0,40$, SE grubunda $23,98 \pm 0,34$, IPSAQ ölçeği, dışsallaştırma yanlılığı skoru SBGP grubunda $5,31 \pm 0,82$ iken SE skoru $4,12 \pm 0,71$, IPSAQ ölçeği, kişiselleştirme yanlılığı skoru SBGP grubunda $0,55 \pm 0,06$ iken SE grubunda $0,62 \pm 0,05$ saptanmıştır. Uygulamaların sosyal bilişsel performansı üzerine etkisi Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13 : Uygulamaların Sosyal bilişsel performansı üzerine etkisi

	GRUP						Cohen d SBGP b	Cohen d SE b	Grup Arası etki η_p^2 a	F oran	p
	Aile etkileşimli SBGP			Sosyal Etkileşim							
	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)					
İma Testi	13,16	15,63	15,54	12,96	11,92	11,99	1,16	-,25	,54	50,0	<,001
Gözler Testi	20,26	20,16	19,09	18,27	17,54	18,32	-,02	-,14	,02	0,86	0,359
Beklenmedik sonuçlar testi	11,00	15,32	14,66	9,19	8,77	9,25	1,22	-,12	,51	42,8	<,001
Yüz tanımlama testi	11,63	14,42	14,11	10,85	10,81	11,06	1,21	-,01	,49	40,6	<,001

Yüz ayrıştırma testi	24,89	26,79	26,39	24,04	23,69	23,98	,85	-,11	,33		
Dışsallaştırma yanlılığı(EB)	2,58	5,21	5,31	2,88	4,19	4,12	,65	,35	,28	62,0	<,001
Kişiselleştirme yanlılığı(PB)	0,66	0,57	0,55	0,59	0,60	0,62	-,35	,03	,20	1,20	0,28
										0,84	0,365

Notlar: Tabloda Sosyal işlevsellik ölçeği alt gruplarının her iki uygulama öncesi ve sonrası sonuçları incelenmiştir. Ham değerlerin yanında yer alan ANCOVA sonuçları, ön testlerin son test üzerindeki etkisi göz önüne alınarak uygulanmış son test düzeltilmiş verileridir.

SBGP: Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı,

SE: Sosyal etkileşim,

Cohen d (d): Grup içi farkın etki gücü,

Grup arası etki: (η_p^2): - parsiyel eta kare ANCOVA sonuçları ile birlikte hesaplanmış, gruplar arası etki gücünü temsil eder.

a. Pozitif etki gücü SBGP grubunun sonuçları kattığı etkiyi belirtir

b. Pozitif etki gücü , ön ve son testler arasındaki farkın etki gücünü ifade eder, negatif etki gücü ise gerileme göstergesidir.

4.2.5. Uygulamaların bilişsel içgörü üzerine etkisi

Uygulamanın bilişsel içgörü üzerine etkisini incelemek amacıyla, grupların uygulama öncesi, sonrası tanımlayıcı ortalamaları ve sonrasında ANCOVA analizi sonuçları, uygulama etki güçleri (effect size) değerlendirilmiştir. Kendinden eminlik alt ölçeğinde istatistiksel anlamlı sonuç saptanmış iken, diğer alanlarda anlamlılık bulunmamıştır.

Gruplar arası etki gücü kendini ifade etme alt ölçeğinde etkisiz ($F(1,42)=.17$, $p=.686$, $\eta_p^2=<.00$, $d=-.01$), kendinden eminlik ($F(1,42)=7.30$, $p=.01$, $\eta_p^2=.15$, $d=-.42$) ve Beck içgörü farkı alt ölçeğinde ($F(1,42)=2.65$, $p=.111$, $\eta_p^2=.51$, $d=.13$) “büyük” etkinlikte, SBGP grup içi etki gücü “küçük-orta” ve kendini ifade etme ve kendinden eminlik alt ölçeğinde negatif, SE grup içi etki gücü ise “küçük” etkinlikte ve kendini ifade etme ve Beck içgörü farkı alt ölçeklerinde negatif düzeyde saptanmıştır.

Ön-test sonuçları kovaryans olarak alınmak suretiyle eşitlenmesi ile hesaplanan gruplar arasındaki farkı belirleyebilen son-test ANCOVA sonuçlarına göre: Beck bilişsel içgörü ölçeği kendini ifade etme skoru SBGP grubunda $13,36 \pm 0,62$ iken, SE grubunda $13,70 \pm 0,53$, kendinden eminlik skoru SBGP grubunda $8,12 \pm 0,59$ iken, SE grubunda $10,22 \pm 0,50$, Beck içgörü farkı skoru SBGP grubunda $4,90 \pm 0,75$ iken, SE grubunda $3,30 \pm 0,64$ saptanmıştır. Uygulamaların bilişsel içgörü üzerine etkisi Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14: Uygulamaların Bilişsel içgörü üzerine etkisi

	GRUP						Cohen d SBGP	Cohen d SE	Grup Arası etki η_p^2	F oran	p
	Aile etkileşimli SBGP			Sosyal Etkileşim							
	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)	ön-test (Ham)	son-test (Ham)	Ancova (Son)					
Kendini ifade etme (SR)	13,32	13,26	13,36	13,62	13,77	13,70	-,01	-,04	,00	0,17	0,686
Kendinden eminlik (SC)	8,95	7,63	8,12	9,96	10,58	10,22	-,42	,18	,15	7,30	0,01
Beck içgörü farkı	4,37	5,16	4,90	3,62	3,12	3,30	,13	-,11	,51	2,65	0,111

Notlar: Tabloda Sosyal işlevsellik ölçeği alt gruplarının her iki uygulama öncesi ve sonrası sonuçları incelenmiştir. Ham değerlerin yanında yer alan ANCOVA sonuçları, ön testlerin son test üzerindeki etkisi göz önüne alınarak uygulanmış son test düzeltilmiş verileridir.

SBGP: Aile etkileşimli sosyal biliş geliştirme programı,

SE: Sosyal etkileşim,

Cohen d (d): Grup içi farkın etki gücü,

Grup arası etki: (η_p^2): - parsiyel eta kare ANCOVA sonuçları ile birlikte hesaplanmış, gruplar arası etki gücünü temsil eder.

a. Pozitif etki gücü SBGP grubunun sonuçları kattığı etkiyi belirtir

b. Pozitif etki gücü, ön ve son testler arasındaki farkın etki gücünü ifade eder, “kendinden eminlik” alt grubunda negatif etki gücü düzelme göstergesi iken, diğer alt gruplarda gerileme göstergesidir.

5.TARTIŞMA

Şizofreni; kronik yıkım ile ilerleyici bilişsel işlevlerde bozukluğa yol açan ilerleyici işlevsellik kaybı ile sonuçlanan ruhsal bir bozukluktur³. Bu kronik yıkım ile giden bozukluğun tedavisinde kullanılan antipsikotik tedaviler kadar psikososyal girişimlerin önemi ile ilgili bilimsel yayınların sayısı gün geçtikçe artmaktadır³. Araştırmada Penn ve arkadaşlarının 2005 yılında hazırladıkları “Sosyal Biliş ve Etkileşim Tedavisi”, mevcut tedavi programına aile katılımının eklenmesi ile ülkemizdeki şizofreni hastalarında uygulanmıştır. Stabil durumdaki şizofreni hastalarına uygulanan Aile Katımlı Sosyal Biliş Geliştirme Programı olarak isimlendirilen program ile (AKSBGP) uygulamanın etkileri araştırılmıştır. Araştırma sonuçları “Sosyal Etkileşim”in aktif olarak uyarıldığı bir kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmanın amacı, sosyal biliş ve etkileşim tedavisin ülkemizde stabil durumdaki şizofreni hastalarında uygulanabilir ve etkin bir tedavi olduğunu gösterebilmek, bilişsel tedavilerde gerçek yaşama transfer üzerinde yoğunlaşmanın tedavi sonuçlarına etkisini araştırmak, Anglo-Amerikan kültürü ile karşılaştırıldığında farklı bir kültür olarak kabul edebileceğimiz Türk kültüründe sosyal bilişsel uygulamaların etkinliğini araştırmak, şizofrenide bilişsel tedavilere mikro sosyal çevrenin özellikle aktif katılımını vurgulamak olarak özetlenebilir.

Araştırma öncesinde, özgün sosyal bilişsel alanlara odaklanan bir terapi girişiminin hem kendi içerisinde hem de sosyal etkileşim grubuna göre “sosyal biliş”, “sosyal işlevsellik”, “belirti şiddeti” ve “yaşam kalitesi” açısından daha etkin bir uygulama olacağı öngörülmüştür. Şizofreni

hastalarında öncesinde araştırılmamış olan sosyal bilişsel uygulamaların sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine olan etkisinde aktif aile katılımının da eklenmesi ile artış göstereceği öngörülmüştür. Bu artışın eşlik eden sosyal işlevsellikten bağımsız olarak eşlik eden sosyal biliş alanlarında da gözleneceği öngörülmüştür.

Araştırmanın alt başlıklar halinde sonuçlarını incelemeyen önce uygulama yöntemindeki farklılıklar incelendiğinde; Horan ve arkadaşlarının 2009 yılında uyguladıkları SBET modeli “Sosyal Biliş Eğitimi” çalışmasında oturum yapılandırması içerisinde en uzun süreyi yüz tanımlama alt basamağı almıştır.¹⁰⁹ Araştırmacılar yüz tanımlamanın şizofrenide üzerinde en çok çalışılan uygulama olduğunu savunmuşlardır. Bu alandaki gelişimin uzun ve kısa vadede sosyal işlevselliğe belirgin etkisinin olacağını ve önceki çalışmalarda da bu alana yapılan girişimlerin etkin olduğunu vurgulamışlardır.^{108,110} AESBG programında ise yüz tanımlama becerilerinin geliştirilmesi tedavinin en kısa alt başlığını oluşturmaktadır(3-4 oturum). Şizofreni hastalarında yüz ile ifade edilen duyguların tanımlanması ve ayrıştırılması konusunda bozukluk olduğu saptanmıştır.¹⁰⁷ Bu bozukluğun hastalığın belirti şiddetinden bağımsız olduğu ve atak sıklığı artışı ile artış gösterdiği farklı çalışmalarda gösterilmiş^{19,21,110,111,112,113} ve sosyal biliş temel becerilerinden gerçek yaşam sosyal işlevselliğine nasıl ulaştığı Penn ve arkadaşlarının sosyal biliş modeli üzerinden incelenmiştir.^{8,13}

Bu modele göre emasyon algılama ilk basamak olarak gösterilmişse de, sonrasında, sonuca atlama, karara bağlama ihtiyacı, bilişsel katılık ve son olarak da bireyin sosyal durumu yorumlama tarzı gibi birçok ek değişken son “davranış” paternini şekillendirmektedir. Buna göre tüm alt alanları içeren bütüncü bir yaklaşım, tek alana yoğunlaşan bir yaklaşıma göre sosyal işlevselliğin değiştirilmesi bağlamında daha etkin olabilir. Sosyal işlevselliği yordayan sosyal biliş alt basamakları

incelendiğinde belirgin olarak birbirlerine üstünlük sağlamadıkları ve düşük–orta korelasyon katsayılarında bu ilişkinin kurulabildiği saptanmıştır.¹¹⁴ Uygulanan AKSBGP’da birincil hedef sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi olduğu için bütüncül yaklaşımın; özellikle “transfer” konusuna yoğunlaşmanın bu hedefe ulaşmada daha uygun bir adım olacağı düşünülmüştür. Penn ve arkadaşlarının ve sonrasında Horan ve arkadaşlarının çalışmalarında sosyal biliş alt alanlarından, zihin teorisi ve emosyon algılama alanlarında iyileşme sağlanmıştır.^{99,100,101,102,109} Ancak bu iyileşme sosyal işlevsellik alanında anlamlılık kazanmamış veya yalnızca bazı alt alanlarda (örneğin öncül sosyal etkinlik) düşük etki gücünde saptanmıştır. AKSBGP’ da ise bilişsel alandaki iyileşmenin, işlevsellik alanına yansımada “transfer” fazına programda verilen önemin etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Sosyal bilişsel teori sosyal öğrenme üzerine kurulmuş, gözlem ve model alma yolu ile bilişsel gelişimin sağlanacağını deneysel psikoloji yöntemleri ile ispatlamıştır.¹¹⁶ Bu sebepten dolayıdır ki sosyal biliş konusunda uygulanan bir girişimin en yakın model alınan bireyi de dahil etmesi uygun olabilir. Önceki paragrafta değinilen bilişsel işlevlerin işlevselliğe dönüşümü konusunda ikinci önemli etkenin aile ve/veya arkadaşlardan oluşan bu mikro sosyal çevrenin aktif katılımı olduğu düşünülmektedir. Ailenin bu uygulamaya katılımının ebetteki “transfer” dışı alanlarda bireyin yaşamında kolaylaştırıcı bir etkide bulunduğu düşünülebilir. Ancak yıllar içerisinde kemikleşen birey ile içinde yaşadığı dünya arasındaki buzları eritmenin salt bilişsel becerileri arttırarak olamayacağı, yakın çevrenin de bu değişim sürecinde sorumluluk alması gerektiği açıktır. Sosyal öğrenme teorisinin davranışsal metotlarını kullanan aile bireyleri ile, kalıcı davranışsal düzelme ve gerçekçi yaşam hedefleri belirleyebilmek hedeflenmiştir. Bu öğrenilen metotların kullanılması konusunda aile ile telefon görüşmeleri ile sürekli iletişim halinde bulunarak, ailenin hastaların sınırlarını ihlal etmek yolu ile olası aşırı tutumları kontrol altına alınmaya çalışılmıştır.

Uygulamanın tüm alt alanlardaki etkileri ele alınacak olur ise; sosyal işlevsellik sonuçları ile ilgili literatür incelendiğinde, sosyal işlevsellikte bozulmanın hasta ve hasta yakınlarının şizofreni ile ilgili görüşlerinin araştırıldığı çalışmalarda, iyileşmenin temel belirleyicisi olduğu saptanmıştır.²⁶ Bilişsel bozulmanın ve içgörünün belirti şiddetinden bağımsız olarak, sosyal işlevsellik ile ilişkili olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir.⁴⁴ SBET tedavisinin kullanıldığı literatürdeki hiçbir çalışmada sosyal işlevsellik ve alt alanları incelenmemiştir. Sadece Horan ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal durumlarda sözel ve sözel olmayan tepkilerdeki değişimler incelenmiş ve SBET kullanımı ile bu alanlarda grup içi küçük etki gücü saptanmıştır.¹⁰⁹ Çekirdek sosyal bilişsel becerilerin araştırıldığı bu çalışmalarda yukarıda değinilen “transfer” alanına yeterli ilginin gösterilmediği, bilişsel becerilerde iyileşmenin “birincil sonuç kriteri” olarak tanımlandığı görülmektedir. Ancak araştırmamızda sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi birincil sonuç kriterleri olarak belirlenmiştir. Buna göre AKSBGP ile sosyal işlevsellik testi ile incelenen “sosyal geri çekilme”, “kişiler arası ilişkiler”, “öncül sosyal etkileşim”, “bağımsızlık-yeterlilik”, “bağımsızlık-performans” ve iş meslek alt alanlarında grup içi ve gruplar arası farklılık gözlenmiş iken en etkin düzelme “öncül sosyal etkinlikler” alanında saptanmıştır. Sosyal bilişsel yetilerin gelişiminin toplum içerisinde sosyalleşebilmeyi arttırdığı bu veriler ışığında öngörülebilir. Buna karşın bu farklılık iş/meslek, ve bağımsızlık/performans alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Çalışmanın yakın dönem sonuçlarına göre elde edilen bu verilerin uzun dönem etkinliğin devamı veya değişikliğini araştırılmak suretiyle incelenmesi gerekmektedir. Uygulama sonu değerlendirme ile başlangıç arasında 14-16 haftalık bir süre bulunması göz önüne alınarak bu sürenin yeni bir iş edinmek için yeterli olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca hastaların hedeflenen sosyal işlevsellik başmaklarını tırmanmaya başladığının göstergesi olarak ; grup sonrası gözlenen öncül sosyal etkinliklerde ve kişiler arası ilişkilerde gözlenen artış dikkat çekicidir. Tüm bu sebeplerden

dolayı bu istatistiksel anlama ulaşmayan değişimlerin uzun dönemde istatistiksel anlama ulaşabileceği düşünölmektedir.

Sosyal işlevsellik skorları ile ilgili olarak kontrol grubu incelendiğinde ise bağımsızlık/performans alt ölçeği hariç tüm alanlarda etki gücü küçük olan gerileme saptanmıştır. 12 haftalık bir sürenin salt hastalığa bağlı sebepler dolayısı ile sosyal işlevselliği bozamayacağı düşünölmektedir. Bu kötüleşmenin nedeni olarak akla iki açıklama gelmektedir. Birincisi kontrol grubuna yönelik uygulama yapılandırılmış bir program değildir. Oysaki bilişsel onarımın temel ilkelerinden birisi olan “basamaklandırma”; bireyin kendini ketlemesini engellemek için mümkün olan en temel beceriden başlamak suretiyle basamak basamak bir sonraki hedefe ulaşmayı öngörmektedir.¹¹⁷ Wykes ve arkadaşlarının araştırma sonuçlarına göre basamaklı şekilde oluşturulmamış bir terapide, sosyal ortamda, sosyal bilişsel açıdan “yetersiz birey” karşılaştığı başarısızlık karşısında kendisini ketleyecek ve aktif olarak ilişki kurmaktan kaçınacaktır.¹¹⁷ Kontrol grubundaki bu gerileme bu durumla uyumlu gibi görünmektedir. Bu da uygulanan girişimlerin yapılandırılmış olmasının önemi akla getirmektedir.

İkinci neden ise bu aktif etkileşim sonucunda bireyin kendisini sosyal açıdan yetersiz algılaması ve bunun bir kendini değerlendirme ölçeği ile ölçölen sosyal işlevsellik puanlarında düşüşe neden olabilmesi olasılığıdır.

Uygulamanın yaşam kalitesine üzerine sonuçlarına ile ilgili olarak konu ile ilgili literatür incelendiğinde; şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin başta kişiler arası ilişkiler alanında olmak üzere bozulmuş olduğu gösterilmiştir.³³ Şizofrenide yaşam kalitesinin yordayıcıları yapısal eşitleme modelinde incelendiğinde; yaşam kalitesinin yalnızca psikiyatrik belirtiler ile açıklanamayacağı, bunun yanında içgörü ve yürütücü işlevler ile empatinin psikopatolojiden bağımsız olarak yaşam kalitesini arttırdığı vurgulanmıştır.^{114,118} Ancak literatürde özgün bir sosyal biliş geliştirme girişiminin yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya

rastlanmamıştır. SBET'in uygulandığı çalışmalar incelendiğinde yaşam kalitesi ile ilişkili bir vurguda bulunmadıkları ve veri sunmadıkları gözlenmiştir.

AKSBGP sonuçları yaşam kalitesi açısından incelendiğinde ise "kişiler-arası ilişkiler", "mesleki rol", "ruhsal bulgular" "kişisel eşya ve günlük faaliyet" alanlarında gruplar arası büyük, grup içi orta-büyük etki gücünde iyileşme gözlenmiştir. Değişimin en belirgin olarak sosyal ilişkiler alt alanında gözlenmesi, AKSBGP yöntemi ile örtüşmektedir, hedeflenen sosyal iyileşmenin sağlandığının göstergesidir. AKSBGP grubunda ayrıca bilişsel içgörü ve empati kabiliyetinin arttığı gösterilmiştir. Yaşam kalitesindeki bu artışın bilişsel içgörü ve empati kabiliyetindeki artış ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Sosyal etkileşim grubunda ise kişisel eşya ve günlük faaliyet grubunda belirgin olmak üzere mesleki rol hariç diğer alanlarda küçük etki gücünde gerileme saptanmıştır. Saptanan küçük etki gücündeki gerilemenin sosyal işlevsellik sonuçlarında saptanan toplumdaki geri çekilme ile veya algılanan yaşam kalitesinin bozulması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Uygulamanın belirti örüntüsü üzerine ilişkisi incelendiğinde; konu ile ilgili literatürde SBET uygulamasının kullanıldığı çalışmalardan Horan ve arkadaşlarının çalışmasında kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği üzerinden düşünce bozukluğu, anksiyete/depresyon, aktivasyon, hostilite ve anergi alt ölçeklerinde büyük etki gücünde gruplar arası, küçük etki gücünde grup içi değişim saptandığı gözlenmiştir.¹⁰⁹ Penn ve arkadaşlarının çalışmasında ise küçük etki gücünde PANNS skorlarında negatif belirtilerde düzelmeye saptandığı gösterilmiştir. Şizofrenide negatif belirtilerin yordayıcıları incelendiğinde, nörobilişsel kayıplar, sosyal bilişsel kayıplar, ilaç yan etkileri gibi değişkenlerle anlamlı ilişki saptanmıştır.¹¹⁴ AKSBGP sonuçları incelendiğinde ise konu ile ilgili literatür ile uyumlu olarak, özellikle negatif belirtilerin anlamlı ancak küçük aralıkta düzeldiği bu düzelmeye toplam skora yansdığı gösterilmiştir. Bu bağlamda

AKSBGP'nın sosyal bilişin çekirdek belirtileri üzerinde olan anlamlı etkisinin, genel psikopatoloji ve negatif belirtileri iyileştirmeye de yansıdığı düşünülmektedir. Bu alanda kontrol grubunda ise ancak göz ardı edilebilecek düzeyde küçük etki gücünde artış saptanmıştır.

Araştırmanın ikincil sonuç belirteçleri olan sosyal biliş alt alanların sonuçları incelendiğinde ise;

Emosyon algılama alt alanı ile ilgili olarak konu ile ilgili literatür incelendiğinde; şizofrenide özellikle yüzde tanımlanan ifadeleri tanımlama bozukluğunun, sosyal biliş alanında günümüze değin üzerinde en çok araştırmanın yapıldığı ve sonuçların tekrarlandığı alan olduğu görülmüştür.^{110,111,112} Bu alan hedef odaklı bir çok tedavi girişiminin ilgisini çekmiştir. Yüzde ifade edilen duyguların bilgisayar destekli veya desteksiz olarak geliştirilebileceği önceki araştırmalarda gösterilmiştir.¹¹³ Bütüncül bir terapi yaklaşımı olan SBET'nin kullanıldığı araştırmalarda ise şizofrenide yüzde tanımlanan duyguların tanımlanmasının ve ayırt edilmesinin arttığı gösterilmiştir. Bu artış Penn ve arkadaşlarının çalışmalarında orta etki gücünde tanımlanmış iken, Horan ve arkadaşlarının çalışmasında grup içi orta, gruplar arası büyük etki gücünde tanımlanmıştır.¹⁰⁹ Her iki girişimde de emosyon algılama alanında kullanılan metod ve kullanılan araçlar AKSBGP ile aynıdır. AKSBGP incelendiğinde ise konu ile ilgili literatürde uyumlu olarak hem yüzde tanımlanan duyguları tanımlamada hem de ayırt etmede gruplar arasında ve grup içinde büyük etki gücünde iyileşme saptanmıştır. Uygulanan programda 4 seans ele alınan yüzde tanımlanan duyguları ifade edebilme ve ayırt edebilme egzersizlerinin çalışma sonuçlarında gruplar arasındaki anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir. Buna karşın SE grubunda bu yönde bir girişim olmamasının doğal sonucu olarak yüz ayırıştırma alanında bir düzelme gözlenmemiş iken, yüz tanımlama alanında çok düşük etki gücünde ve çok küçük "ön-test ile düzeltilmiş ANCOVA son-test" farkında düzelme saptanmıştır. Çalışmanın bu

alandaki sonuçları ile konu ile ilgili literatür arasında herhangi bir görüş ayrılığına rastlanmamıştır.

Zihin teorisi ile ilgili olarak konu ile ilgili literatür incelendiğinde, şizofrenide ikinci sıra zihin teorisi süreçlerinin bozulduğu saptanmıştır.^{54,55,57,65} Bu bozukluk zihin teorisinin hem bilişsel hemde emosyonel alt alanlarında tekrar edilmiş ve onaylanmıştır.^{54,55,57,65} Ayrıca araştırmalarda zihin teorisi süreçlerinin yaşam kalitesinin “kişisel ilişkiler” alt basamağı ve sosyal işlevselliğin “kişiler arası ilişkiler” alt başlıklarında mediyatör olarak rol oynadığı, nörobiliş ile gerçek yaşam arasında köprü vazifesi gören alanlardan birisi olduğu gösterilmiştir.¹¹⁴ Bu sebepten dolayı SBET’ in etkinliğinin araştırıldığı tüm çalışmalarda zihin teorisi özel bir ilgi alanı oluşturmuştur.^{99,100,101,102} Penn ve Roberts’ in çalışmalarında “ima testi” kullanılarak uygulamanın zihin teorisi üzerine etkileri araştırılmıştır. Buna göre grup içi orta, gruplar arası büyük etki gücünde etkinlik uygulama sonunda saptanmıştır. Horan ve arkadaşlarının çalışmasında da “ima testi” kullanılarak uygulama zihin teorisi süreçlerinin hem gruplar arası hem grup içi büyük etki gücünde arttığı saptanmıştır.

AKSBGP incelendiğinde ise ilginç bir sonuç ile karşılaşılmıştır. İki farklı ölçek kullanılarak araştırılan zihin teorisi, “ima testi” sonuçları incelendiğinde gruplara arasında orta etki gücünde AKSBGP lehine düzelme ile sonuçlanmıştır. Ancak önceki çalışmalarda kullanılmayan “gözler testi” sonuçları incelendiğinde gruplar arasında fark saptanmamıştır. Burada her iki testin ölçtüğü zihin teorisi süreçleri incelendiğinde; ima testi zihin teorisinin bilişsel süreçlerinin kavranılmasında bir test olarak kullanılmakta iken⁵², gözler testi zihin teorisinin emosyonel süreçlerinin kavranılmasında kullanılan bir testtir.¹¹⁵ Bu bağlamda AKSBGP oturum yönergeleri incelenecek olur ise zihin teorisin emosyonel süreçlerinden ziyade bilişsel süreçleri ile ilgilendiği gözlenmiştir. Bu nedenden dolayı zihin teorisinin emosyonel alt basamağında saptanmayan ancak bilişsel alt basamağında saptanan etkinlik nedeniyle AKSBGP’nin spesifik sosyal biliş alt alanlarını yeniden

onardığı düşünülebilir. Elbette ki gerçek yaşamda hem bilişsel, hem de emosyonel veriler kullanılarak sosyal durumlar karara bağlanmaktadır. Gelecekte olası terapi çalışmalarında zihin teorisinin emosyonel alanı için de modüllerin yerleştirilmesi ve etkinlik üzerine etkilerinin araştırılması gerekmektedir. Çalışmada kontrol grubu olarak kabul edilen sosyal etkileşim grubunda ise, ön test ANCOVA farkları incelendiğinde ima testinde göz ardı edilebilir düzeyde çok düşük gerileme ve gözler testinde bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu yönde bir girişim uygulanmayan SE grubundaki sonuçlar araştırma hipotezi ile uyumludur.

Çalışmanın anlamlandırma ve empati üzerine etkileri ile ilgili olarak konu ile ilgili literatür incelendiğinde; SBET' in kullanıldığı çalışmaların hiçbirisinde anlamlandırma ve empati kurabilme becerisi üzerine bir veriye rastlanmamıştır. Analitik yorumlama ve anlamlandırma yeteneğinde gelişimin, bireyin zihin teorisi süreçlerini geliştireceği, bu gelişimin de sosyal ortamda belirsizliğe tahammülü arttırmak ve sonuca atlamayı engellemek suretiyle işlevsellik artışına yol açacağı gösterilmiştir.^{11,120,121} Ancak şizofrenide sosyal biliş çalışmalarında, anlamlandırma “reasoning” yeteneği, regresyon analizlerinde, empati, içgörü ve zihin teorisi basamakları ile anlamlı ilişki içerisinde bulunmuştur.⁶⁴ Bir başkasının perspektifinden bakabilme yetisi olarak da tanımlanan empati kabiliyetinin, diğerlerinin zihinsel süreçlerinden geçenleri düşünebilmek ile ilgilenen “ikinci sıra zihin teorisi basamakları” kabiliyetleri ile doğru orantılı olduğu gösterilmiştir.¹¹⁹ Bora ve arkadaşlarının 2008 yılındaki çalışmasında “beklenmedik sonuçlar testi” ve ima testi kullanılarak, şizofreni hastalarında empati ve anlamlandırma yetisi araştırılmış ve belirti şiddetinden bağımsız olarak bozuk olduğu gösterilmiştir. AKSBG' nin anlamlandırma ve empati üzerine sonuçları incelendiğinde ise grup içi ve gruplar arasında büyük etki gücünde AKSBGP lehine fark saptanmıştır. AKSBGP' nin ikinci basamağında sosyal durumlarda, sonuca atlama, belirsizliğe tahammül etme, gerçekler ile tahminleri ayırt etme, ötekinin perspektifinde düşünebilme konularına özelliikli egzersizler

ve teknikler üzerine çalışılmıştır. Bu sonuç AKSBGP' nin sosyal bilişin çekirdek alanları üzerine hedeflenmiş bir uygulama olduğu önermesinin desteklemektedir. Ayrıca yukarıda belirtildiği gibi empati kabiliyetindeki bu artışın yaşam kalitesi üzerine de etkili olduğu düşünülmektedir. Bu alanda herhangi bir girişimde bulunulmayan SE grubunda ise etki güçleri, ve ANCOVA sonuçları incelendiğinde uygulama başı ile sonu arasında bu alanda bir etki saptanmamıştır.

Çalışmanın atıf stili üzerinde etkileri ile ilgili olarak konu ile ilgili literatür incelendiğinde; atıf stilinin incelendiği çalışmalarda özellikle paranoid hastalarda atıf stilinin aşırı benliği koruyan atıflar, yani hemen tüm durumları karşıdakine atfetme biçiminde olduğu gösterilmiştir.^{68,95} Sosyal durumlarda karşıdaki bireyin yorumlarını inceleyen atıf biçimi ile ilgili yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında atıf stilinin paronoid yorumlara sebep olabilecek şekilde bozulduğu gösterilmiştir.^{15,16,99} Mizrahi 2008 yılındaki çalışmasında 2 haftalık antipsikotik tedavi sonrası atıf biçimindeki değişiklikleri gözlemlemiş ve en büyük değişimin dışsallaştırma yanlılığında yükselme lehine olduğunu saptamıştır. Bu alt ölçekteki artış bireyin negatif durumların yanında, artık olumlu bir şekilde pozitif durumları da kendine yorma eğiliminde olduğunun göstergesidir. SBET' in kullanıldığı çalışmalarda atıf stili ile ilgili olarak "IPSAQ" ölçeği ile istatistiksel anlamlılığa ulaşan veri saptanamamıştır. Penn ve arkadaşlarının da bu konu ile ilgili olarak; çalışmaya hastalık açısından stabil hastaların dahil edilmesi sebebiyle, bu alandaki düzlemenin ölçeğin taban etkisi sebebiyle gözlenememiş olabileceğini savunmuşlardır. Diğer bir deyiş ile hastaların çalışma öncesinde, ölçeğin kesme skorlarına göre atıf stili açısından zaten iyi durumdaki hastalardan oluştuğunu ifade etmişlerdir. Horan ve arkadaşları ise, uyguladıkları SBET çalışmasında farklı bir ölçek kullanmayı tercih etmiş ancak, buna rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşan veri saptayamamışlardır. Özet olarak, SBET' in kullanıldığı çalışmalarda atıf stili açısından veriler arasında tutarlılık olduğunu, kişiselleştirme ve dışsallaştırma alt gruplarında SBET lehine

iyileşme yönünde etki gücü elde edilmiş olsa dahi, istatistik anlama ulaşamadığı söylenebilir.

AKSBG' nun atıf stili üzerine sonuçları incelendiğinde önceki SBET çalışmaları ile tutarlı olarak gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı görülmektedir. Ancak her iki grubun ön-test ile son test farkları incelendiğinde; her iki grupta da dışsallaştırma yanlılığı alt ölçeğinde son-test skorlarında artış saptanmıştır. Bu artışın grup içi etki gücünün AKSBGP' nda SE grubuna oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Klinik açıdan stabil durumdaki çalışma örnekleminin çalışma öncesindeki atıf biçimleri incelendiğinde bu dönemde de dışsallaştırma yanlılığı alt skorlarının "0" dan yüksek yüksek olduğu gözlenmiştir (bkz. kişisel durumsal atıflar ölçeği, alt grup hesaplama). Dolayısı ile hastaların çalışma öncesinde de atıf stilleri açısından koruyucu nitelikteki pozitif durumları kendine, negatif durumları karşısındakine yorduğu saptanmıştır. Negatif düzeylerde saptanan dışsallaştırma yanlılığı ise depresyon, paranoya ile doğru orantılı bulunmuştur. Her iki grubun da girişim sonrası sosyal durumlarda pozitif durumları negatif durumlara göre kendilerine daha fazla yorma eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Jansen 2006 çalışmasında sosyal durumları daha çok kendine yoran hastaların, psikopatoloji şiddeti daha fazla olan hastalar olduğu yönünde bildirmiştir. Bir başka değişle negatif dışsallaştırma yanlılığı skorları, daha şiddetli hastalık şiddeti göstergesi olarak yorumlanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bu veriler ile ilgili olarak vurgulanması gereken bir nokta daha vardır. Çalışmanın kişiselleştirme yanlılığı alt skorlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamıştır. Ancak AKSBGP grubunda kişiselleştirme yanlılığı skoru uygulama sonunda grup içi küçük etki gücünde azalmış iken, SE grubunda grup içi etki gözlenmemiştir. KY'nin 0,5' den büyük olması bireyin olumsuz durumlarda dışsal durumlarda kişisel yanlılığı, durumsal yanlılığa göre daha fazla kullandığını göstermektedir.^{15,16,99} Araştırmalarda olumsuz durumlarda kişisel yanlılığın, durumsal yanlılığa göre artışının paranoya ile ilişkili

olduğu ve azalmış benlik saygısı ilişkili olduğu gözlenmiştir.⁹⁴ Ayrıca hem dışsallaştırma yanlılığı hem de kişişelleştirme yanlılığının birbirleri ile ilişkili ve birlikte hareket ettiği gösterilmiştir.⁹⁶ Bu etkinin daha büyük örneklem gruplarında istatistiksel olarak anlamlılık kazanabileceği düşünölmektedir. Çalışmanın bilişsel içđörü üzerine etkileri ilgili olarak konu ile ilgili literatür incelendiğinde; şizofreni hastalarında hastalarda bilişsel içđörü ve alt gruplarının “Beck bilişsel içđörü testi” kullanıldığında sağlıklı kontrollere göre bozulmuş olduğu saptanmıştır.⁹⁸ çalışmalarda şizofreni hastalarındaki nörobilişsel ve sosyal bilişsel bozulmanın; kendi bilişsel çarpıtmalarını nesnel olarak değerlendirmeleri, algıladıklarını bir perspektif içinde yerleştirme yeteneklerinin kaybolması, diğerlerinin verdiği düzeltici geribildirimlere kendilerini kapatmaları, erken vardıkları sonuçlara aşırı güvenmeleri gibi etkiler ile sonuçlandığı gösterilmiştir. Ayrıca bilişsel içđörüdeki artış yaşam kalitesinin belirleyicilerinden birisi olarak tanımlanmıştır. SBET tedavisinin kullanıldığı çalışmalardan yalnızca Penn ve arkadaşlarının 2005 yılındaki çalışmasında “bilişsel içđörü testi” kullanılmıştır. Ancak araştırmacılar istatistiksel anlamlı veriye ulaşamamışlardır.⁹⁹ Konu ile ilgili tartışmada araştırmacılar, uygulamanın derin emosyonel bilişsel içđörü üzerine olan etkisinin uzun dönemde incelenmesinin uygun olacağı, terapinin kısa dönem sonuçlarında bu alanda bir düzelmeye yol açmadığını savunmuşlardır.¹⁰⁰

AKSBG’ nun bilişsel içđörü ile ilişkili sonuçları incelendiğinde. kendinden eminlik alt ölçeği hariç gruplar arası istatistiksel anlamlılık saptanmadığı görölmüştür. Genel olarak içđörünün düşük olduğu durumlarda kendinden eminlik ölçeğinde artış olması beklenmektedir.⁹⁸ Bu etkinlik AKSBG grubunda grup içi küçük, gruplar arası büyük düzeyde kendinden eminlik alt ölçeğinde azalma ile gösterilmiştir. Bunun yanında istatistiksel anlamlı olmasa da “bilişsel içđörü farkı”nın AKSBGP grubunda grup içi küçük, gruplar arası büyük etki gücünde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kendinden eminlik alt ölçeğindeki bu istatistiksel anlamlılık SBET’in kullanıldığı önceki çalışmalarda gösterilememiştir.

Bunların yanında; terapide onarılan sosyal bilişsel yetilerin uzun dönemde içgörü üzerine etkisinin incelenmesi gerekmektedir. AKSBP ana hedeflerinden birisi olan belirsizliğe tahammül edebilme süreçleri için, hastalara kendilerinden emin olmadan önce gözden geçirmeleri gereken sosyal ipuçları konularında eğitim verilmiştir. Bu bağlamda bilişsel içgörü üzerinde hastaların kendinden eminlik alt ölçeğindeki azalma beklenen bir düzelmedir. Bu durum hasta grubunun bilişsel kendinden eminlik konusunda tedavi öncesine göre nesnel gerçekliğe yaklaştığının göstergesidir. Sosyal etkileşim grubunda ise grup içi etki gösterecek düzeyde ön-test ile son test sonuçları arasında fark saptanmamıştır. Uygulanan sosyal etkileşimin bu alanda bir düzelmeyi hedeflenmeyişi bu durumun doğal bir sonucu olarak öngörülmektedir.

Sosyal biliş alanında uygulanan tüm girişimlerde henüz cevabı bulunmamış olan: nörobiliş sosyal biliş ilişkisidir. Günümüzde sosyal bilişin nörobilişten farklı kabul edilmesi gerektiğini savunan birçok görüş bulunmaktadır.^{51,54,55,114} Bunun yanında sosyal bilişin nörobiliş ile gerçek yaşam sosyal işlevselliği arasında bir köprü vazifesi gördüğünü savunan görüşlerde bulunmaktadır.¹¹⁷ Çalışmamızda; sosyal bilişin özellikle sosyal öğrenme teorisi ve bilişsel remediasyon uygulama teknikleri ile birlikte yapılandırılmış bir terapi olarak kullanıldığında direkt sosyal işlevsellik üzerine olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Sosyal biliş ile işlevsellik arasında olası bir başka önemli değişkende iç motivasyondur.^{37,38} Bireyin içsel motivasyonunun öğrenme, haz alma, uygulama alanlarına önemli olumlu katkısı bulunmaktadır. Ayrıca aile katılımlı bir girişimde ailenin ve bireyin motivasyonunun artışının, öğrenilen yetilerin gerçek yaşama transferini kolaylaştırabileceğini düşünmekteyiz.

6.SONUÇ

2005 yılında ilk olarak uygulanmaya başlanan sosyal biliş ve etkileşim tedavisi, şizofrenide sosyal biliş alanında çalışan araştırmacıları gelecek uygulamalar açısından umutlandırmıştır. Şizofrenide psikososyal rehabilitasyonlar ülkemizde ilaç tedavilerinin gölgesinde kalmış gözükmemektedir. Bu çalışma ile ülkemiz rehabilitasyon çalışmalarına etkin ve kullanılabilir önemli bir kaynak kazandırılmıştır. Sosyal biliş ve etkileşim tedavisine, mikro sosyal çevrenin (aile/arkadaş) katılımı sağlanarak bir adım öteye taşınmıştır. Mikro sosyal çevrenin sosyal biliş uygulamalarındaki etkisini gözlemleyebilmenin en uygun yolu, ailenin katıldığı ve katılmadığı iki ayrı sosyal biliş grubunu karşılaştırmak olacaktır. Gelecek çalışmalar ile bu konunun bir adım öteye taşınacağı ve sosyal bilişsel alandaki çalışmalara meta biliş ve motivasyonu geliştirebilecek uygulamaların ekleneceğini öngörmekteyiz.

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında ise öncelikle göze çarpan kontrol grubunun özgün ve etkinliği kanıtlanmış bir uygulamadan ziyade, salt davranışa dayalı sosyal faaliyet olarak belirlenmesidir. Bunun yanında grup etkisini kontrol altında tutabilmek amacıyla 14 hafta süreli AKSBGP' na karşın buna yakın olarak 12 hafta süreli SE grubu uygulanmıştır. Uygulamalar arasında oturum sayılarının eşit olmaması çalışmanın bir başka kısıtlılığı olarak sayılabilir.

Penn ve arkadaşları tarafından oluşturulan "Sosyal biliş ve etkileşim tedavisi" öncesinde yalnızca Aglo-Amerikan kültüründe uygulanmış ve sonuçları gösterilmiştir. Bu araştırma ile ilk olarak sosyal biliş uygulamalarının farklı bir kültürdeki etkileri incelenmiştir. SBET

çalışmalarından farklı olarak, hastaların %90 gibi bir oranda aileleri ile yaşadığı göz önüne alınarak, orijinal SBET terapisinde ev ödevlerine yardımcı olmak ve pratik yapmak için tanımlanan “sosyal eş” yerine aktif olarak aile bireylerinden birisi ya da yakın arkadaşının katılımı sağlanmıştır. Burada çalışmada aile bireyleri veya yakın arkadaşların tutumlarındaki değişikliklerinin üzerine bir veri toplanmamıştır. Bu çalışmanın önemli bir kısıtlılığı olmak ile birlikte, gelecek çalışmalarda uygulamanın aile üzerindeki objektif etkileri ortaya konulmalıdır.

Buna karşın uygulayıcının sosyal biliş ve bilişsel remediasyon konusunda eğitim almış olması ve test uygulayıcıların psikopatoloji hakkında tecrübeli ruh sağlığı profesyonelleri olması çalışmanın önemli bir üstünlüğüdür.

Çalışmanın AKSBGP’ nin sosyal biliş ve işlevsellik üzerine etkilerini araştıran bir deseni olmasından dolayı hastaların kullanmakta olduğu antipsikotik moleküller ve bu moleküllerin sonuçlara etkisi araştırılmamıştır.

Gelecekte olası bilişsel güçlendiricilerin şizofrenide kullanılmaya başlanması ile sosyal biliş alanında ki girişimlerin etkinliğinin artacağı düşünülmektedir. Ayrıca bilişim dünyasının günlük yaşama getirdiği kolaylıklar sayesinde bilgisayar destekli sosyal biliş terapileri yine geleceğin olası şizofrenide terapi uygulamaları arasında yer alabilir.

Sonuç olarak Şizofreni hastalarında “Aile Katılımlı Sosyal Biliş ve Etkileşim Tedavisi” ülkemiz sosyal ve kültürel yapısına uygun, uygulanabilir ve etkin bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemin etkinliğinin uzun dönemde devamlılığına ve daha yüksek örneklem gruplarında tekrarlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

7.ÖZET

Giriş: Sosyal işlevsellikteki iyileşme, şizofrenide rehabilitasyon projelerinin henüz gerçekleştiremediği en büyük hedeflerinden birisidir. Yakın geçmişte şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik anlamındaki rehabilitasyonunda yeni nörobilişsel ve sosyal bilişsel tedavilerin gündeme geldiği gözlenmiştir. Ancak bu programlar incelendiğinde, hemen hepsinin belirli derecelerde bireyin içerisinde bulunduğu sosyal çevreyi görmezden geldiği görülür.

Amaç: Bu çalışma ile sosyal biliş geliştirmeye yönelik etkinliği öncesinde gösterilmiş bir tedavi programında aile katılımının sosyal biliş, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırmak hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: 19 Şizofreni tanılı hastaya 14 hafta süresince , aile katımlı sosyal biliş ve etkileşim tedavisi uygulanmıştır. Aileden bir kişi veya yakın bir arkadaş, tedavi sürecinde yardımcı eğitici olarak görevlendirilmiştir. Buna karşın 26 hastadan oluşan ve yaş, cinsiyet ve ortalama aile ile geçirilen süreleri eşlenmiş sosyal etkileşim grubu oluşturulmuş ve kontrol grubu olarak kabul edilmiştir. Sosyal biliş, sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi, ve semptom şiddeti hedef gelişme alanları olarak belirlenmiştir.

Sonuçlar ve tartışma: Başlangıçta gruplar arasında hedef gelişme alanları açısından bir farklılığa rastlanmamıştır. Tedavi sonrası, AESBGP alan grubun , sosyal etkileşim grubuna ve ayrıca kendi başlangıç

skorlarına oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak sosyal biliş , sosyal işlevsellik, ve yaşam kalitesi üzerinde iyileştirici etki saptanmıştır.

Sonuç: Aile katılımlı sosyal biliş geliştirme programı Şizofreni hastalarının sosyal biliş, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkisi ve kullanılabilir bir tedavi programıdır.

Anahtar kelimeler: Sosyal biliş; Şizofreni; Sosyal işlevsellik; Tedavi

8. İNGİLİZCE ÖZET

Background: Recovery of social functioning is a largely unattained goal in schizophrenia rehabilitation. In the recent past, new neurocognitive and social cognitive trainings have been introduced to improve functioning in various domains of patients' social life. These programs have, to some degree, neglected the social environment in which the training takes place.

Aim: Accordingly, the present study sought to examine the impact of family involvement of social cognitive training in schizophrenia patients.

Material and Methods: Nineteen patients were trained using the Social Cognition and Interaction Training (SCIT) over a 14-week period. A family member was involved in the training procedure as a co-trainer. A comparison group of 26 patients matched for age, gender and education received non-specific social stimulation. Social cognition, social functioning, quality of life, and psychopathology were chosen as outcome variables.

Results: At baseline, no differences between the patient groups were found regarding any of the outcome parameters. After treatment intervention, patients who received family-assisted SCIT were significantly better at social cognition, had less severe symptoms, superior social

functioning and better quality of life scores compared with the social stimulation group.

Conclusions: Family-assisted SCIT is effective in improving social cognition, functioning and quality of life.

Keywords: Social cognition; Schizophrenia; Social functioning; Treatment.

9.KAYNAKLAR

1. Larson, M. K., E. F. Walker, et al. (2010). "Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders." *Expert Rev Neurother* 10(8): 1347-1359.
2. Roberts, D. L. and D. L. Penn (2009). "Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study." *Psychiatry Res* 166(2-3): 141-147.
3. Barak, Y., A. Bleich, et al. (2010). "Psychosocial remission in schizophrenia: developing a clinician-rated scale." *Compr Psychiatry* 51(1): 94-98.
4. Harvey, P. D., T. L. Patterson, et al. (2006). "Improvement in social competence with short-term atypical antipsychotic treatment: a randomized, double-blind comparison of quetiapine versus risperidone for social competence, social cognition, and neuropsychological functioning." *Am J Psychiatry* 163(11): 1918-1925.
5. Combs DR, Waguspack J, Chapman D, Basso MR, Penn DL. An examination of social cognition, neurocognition, and symptoms as predictors of social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*;In Press, Corrected Proof.

6. Bandura, A. (1989). "Human agency in social cognitive theory." *Am Psychol* 44(9): 1175-1184.
7. Fiske, A. P., N. Haslam, et al. (1991). "Confusing one person with another: what errors reveal about the elementary forms of social relations." *J Pers Soc Psychol* 60(5): 656-674.
8. Pinkham, A. E., D. L. Penn, et al. (2003). "Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia." *Am J Psychiatry* 160(5): 815-824.
9. Walker, E. F. and R. R. Lewine (1993). "Sampling biases in studies of gender and schizophrenia." *Schizophr Bull* 19(1): 1-7; discussion 9-14.
10. Troisi, A., A. Pasini, et al. (2001). "Season of birth, gender and negative symptoms in schizophrenia." *Eur Psychiatry* 16(6): 342-348.
11. Nisenson, L. G., H. Berenbaum, et al. (2001). "The development of interpersonal relationships in individuals with schizophrenia." *Psychiatry* 64(2): 111-125.
12. Berenbaum, H., J. G. Kerns, et al. (2008). "Cognitive correlates of schizophrenia signs and symptoms: III. Hallucinations and delusions." *Psychiatry Res* 159(1-2): 163-166.
13. Penn, D. L., P. W. Corrigan, et al. (1997). "Social cognition in schizophrenia." *Psychol Bull* 121(1): 114-132.
14. Ruocchio, P. J. (1991). "First person account: the schizophrenic inside." *Schizophr Bull* 17(2): 357-360.

15. Kinderman, P. and R. P. Bentall (1996). "Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation." *J Abnorm Psychol* 105(1): 106-113.
16. Bentall, R. P. and S. Kaney (1996). "Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia." *Psychol Med* 26(6): 1231-1237.
17. Frith, C. D. (1997). "Functional brain imaging and the neuropathology of schizophrenia." *Schizophr Bull* 23(3): 525-527.
18. Davidson, L. and T. H. McGlashan (1997). "The varied outcomes of schizophrenia." *Can J Psychiatry* 42(1): 34-43.
19. Kring, A. M., S. L. Kerr, et al. (1993). "Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion." *J Abnorm Psychol* 102(4): 507-517.
20. Sison, C. E., M. Alpert, et al. (1996). "Constricted expressiveness and psychophysiological reactivity in schizophrenia." *J Nerv Ment Dis* 184(10): 589-597.
21. Flack, W. F., Jr., L. A. Cavallaro, et al. (1997). "Accurate encoding and decoding of emotional facial expressions in schizophrenia." *Psychiatry* 60(3): 197-210.
22. Fenton, W. S. and T. H. Mc Glashan (1991). "Natural history of schizophrenia subtypes. II. Positive and negative symptoms and long-term course." *Arch Gen Psychiatry* 48(11): 978-986.

23. Maj, M. (1998). "Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia." *Br J Psychiatry* 172: 458, 460.
24. Davidson, M. and M. Weiser (2004). "Prodromal schizophrenia: the dilemma of prediction and early intervention." *CNS Spectr* 9(8): 578.
25. Bentall, R. P., G. Rowse, et al. (2008). "Paranoid delusions in schizophrenia spectrum disorders and depression: the transdiagnostic role of expectations of negative events and negative self-esteem." *J Nerv Ment Dis* 196(5): 375-383.
26. Liddle, P. F. (2000). "Cognitive impairment in schizophrenia: its impact on social functioning." *Acta Psychiatr Scand Suppl* 400: 11-16.
27. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC
28. Holzinger, A., P. Muller, et al. (2002). "Prognosis of schizophrenia from the viewpoint of patients and relatives. An explorative study." *Psychiatr Prax* 29(3): 154-159.
29. Kaplan HI, Sadock BJ , Abay E (Çev. Ed.). (2004). "**Klinik Psikiyatri**". Nobel Tıp kitabevi, İstanbul, 330- 331
30. Liberman, R. P., D. Gutkind, et al. (2002). "Impact of risperidone versus haloperidol on activities of daily living in the treatment of refractory schizophrenia." *Compr Psychiatry* 43(6): 469-473.
31. Lambert, B. L., K. Y. Chang, et al. (2005). "Association between antipsychotic treatment and hyperlipidemia among California Medicaid patients with schizophrenia." *J Clin Psychopharmacol* 25(1): 12-18.

32. Hafner, H., K. Maurer, et al. (2003). "Modeling the early course of schizophrenia." *Schizophr Bull* 29(2): 325-340.
33. Awad, A. G. and L. N. Voruganti (2004). "Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizophrenia." *CNS Drugs* 18(13): 877-893.
34. Barrowclough, C., N. Tarrier, et al. (1996). "Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients." *Schizophr Bull* 22(4): 691-702.
35. Patterson, T. L. and O. R. Leeuwenkamp (2008). "Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia." *Schizophr Res* 100(1-3): 108-119.
36. Penn, D. L., P. W. Corrigan, et al. (1997). "Social cognition in schizophrenia." *Psychol Bull* 121(1): 114-132.
37. Lysaker, P. H., A. M. Shea, et al. (2010). "Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders." *Acta Psychiatr Scand* 122(5): 405-413.
38. Lysaker, P. H., G. Dimaggio, et al. (2010). "Assessing metacognition in schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: associations with the Social Cognition and Object Relations Scale." *Psychol Psychother* 83(Pt 3): 303-315.
39. Amodio, D. M. and C. D. Frith (2006). "Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition." *Nat Rev Neurosci* 7(4): 268-277.

40. Durbin, S. M. and G. C. Follis (1995). "Darwin theory of heterostructure diffraction." *Phys Rev B Condens Matter* 51(15): 10127-10133.
41. Gallese, V. (2003). "The manifold nature of interpersonal relations: the quest for a common mechanism." *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 358(1431): 517-528.
42. Combs, D. R. and W. D. Gouvier (2004). "The role of attention in affect perception: an examination of Mirsky's four factor model of attention in chronic schizophrenia." *Schizophr Bull* 30(4): 727-738.
43. Couture, S. M., D. L. Penn, et al. (2006). "The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review." *Schizophr Bull* 32 Suppl 1: S44-63.
44. Horan, W. P. and J. J. Blanchard (2003). "Neurocognitive, social, and emotional dysfunction in deficit syndrome schizophrenia." *Schizophr Res* 65(2-3): 125-137.
45. Pinkham, A. E., R. E. Gur, et al. (2007). "Affect recognition deficits in schizophrenia: neural substrates and psychopharmacological implications." *Expert Rev Neurother* 7(7): 807-816.
46. Pinkham, A., D. Penn, et al. (2005). "Facial emotion perception and fusiform gyrus volume in first episode schizophrenia." *Schizophr Res* 79(2-3): 341-343.
47. Russell, T. A., M. J. Green, et al. (2008). "Remediation of facial emotion perception in schizophrenia: concomitant changes in visual attention." *Schizophr Res* 103(1-3): 248-256.

48. Penn, D. L., D. R. Combs, et al. (2000). "Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficit models." *J Abnorm Psychol* 109(3): 512-516.
49. Penn, D. L. and D. Combs (2000). "Modification of affect perception deficits in schizophrenia." *Schizophr Res* 46(2-3): 217-229.
50. Lysaker, P. H., G. Salvatore, et al. (2010). "Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia." *Schizophr Res* 124(1-3): 81-85.
51. Frith, C. D. and R. Corcoran (1996). "Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia." *Psychol Med* 26(3): 521-530.
52. Corcoran, R., G. Mercer, et al. (1995). "Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia." *Schizophr Res* 17(1): 5-13.
53. Russell, T. A., K. Rubia, et al. (2000). "Exploring the social brain in schizophrenia: left prefrontal underactivation during mental state attribution." *Am J Psychiatry* 157(12): 2040-2042.
54. Brune, M. (2005). "Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia." *Psychiatry Res* 133(2-3): 135-147.
55. Brune, M. (2005). "'Theory of mind' in schizophrenia: a review of the literature." *Schizophr Bull* 31(1): 21-42.

56. Drury, V. M., E. J. Robinson, et al. (1998). "'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery." *Psychol Med* 28(5): 1101-1112.
57. Corcoran, R. and C. D. Frith (2003). "Autobiographical memory and theory of mind: evidence of a relationship in schizophrenia." *Psychol Med* 33(5): 897-905.
58. Corcoran, R., G. Mercer, et al. (1995). "Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia." *Schizophr Res* 17(1): 5-13.
59. Corcoran, R., G. Rowse, et al. (2008). "A transdiagnostic investigation of 'theory of mind' and 'jumping to conclusions' in patients with persecutory delusions." *Psychol Med* 38(11): 1577-1583.
59. Langdon, R. and M. Coltheart (2001). "Visual perspective-taking and schizotypy: evidence for a simulation-based account of mentalizing in normal adults." *Cognition* 82(1): 1-26.
60. Mizrahi, R., M. Korostil, et al. (2007). "The effect of antipsychotic treatment on Theory of Mind." *Psychol Med* 37(4): 595-601.
61. Harrington, L., R. J. Siegert, et al. (2005). "Theory of mind in schizophrenia: a critical review." *Cogn Neuropsychiatry* 10(4): 249-286.
62. Brune, M. (2003). "Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia." *Schizophr Res* 60(1): 57-64.
63. Bora, E., M. Yucel, et al. (2009). "Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis." *Schizophr Res* 109(1-3): 1-9.

64. Bora, E., S. Gokcen, et al. (2008). "Empathic abilities in people with schizophrenia." *Psychiatry Res* 160(1): 23-29.
65. Bora, E., A. Erkan, et al. (2007). "Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia." *Psychiatry Clin Neurosci* 61(6): 634-639.
66. Bora, E., A. Eryavuz, et al. (2006). "Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning." *Psychiatry Res* 145(2-3): 95-103.
67. Fiszdon, J. M., R. Richardson, et al. (2007). "A comparison of basic and social cognition between schizophrenia and schizoaffective disorder." *Schizophr Res* 91(1-3): 117-121.
68. Sarfati, Y., M. C. Hardy-Bayle, et al. (1997). "Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: a non-verbal exploration with comic strips." *Schizophr Res* 25(3): 199-209.
69. Liberman, R. P. (1994). "Psychosocial treatments for schizophrenia." *Psychiatry* 57(2): 104-114.
70. Liberman, R. P. and P. W. Corrigan (1993). "Designing new psychosocial treatments for schizophrenia." *Psychiatry* 56(3): 238-249; discussion 250-233.
71. Liberman, R. P. (2001). "Adaptive functioning in schizophrenia." *Am J Psychiatry* 158(9): 1530-1531.

72. Pratt, S. I., K. T. Mueser, et al. (2005). "Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: a mediational analysis." *Schizophr Res* 78(2-3): 187-197.
73. Marder, S. R. (1996). "Management of schizophrenia." *J Clin Psychiatry* 57 Suppl 3: 9-13; discussion 47.
74. Schooler, N. R. (2003). "Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics." *J Clin Psychiatry* 64 Suppl 16: 14-17.
75. Herz, M. I., J. S. Lamberti, et al. (2000). "A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study." *Arch Gen Psychiatry* 57(3): 277-283.
76. Roder, V., H. D. Brenner, et al. (2002). "Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study." *Acta Psychiatr Scand* 105(5): 363-371.
77. Penn, D. L., E. J. Waldheter, et al. (2005). "Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update." *Am J Psychiatry* 162(12): 2220-2232.
78. Granholm, E., J. R. McQuaid, et al. (2005). "A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia." *Am J Psychiatry* 162(3): 520-529.
79. Liberman, R. P. and P. W. Corrigan (1993). "Designing new psychosocial treatments for schizophrenia." *Psychiatry* 56(3): 238-249; discussion 250-233.

80. Birchwood, M., J. Smith, et al. (1990). "The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients." Br J Psychiatry 157: 853-859.

81. Erakay SY (2001) "Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması." Uzmanlık Tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir

82. Heinrichs, D. W., T. E. Hanlon, et al. (1984). "The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome." Schizophr Bull 10(3): 388-398.

83. Soygür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark. (2000). "Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: Güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması." Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 13(4):204-210.

84. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. (1999). "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği." Türk Psikoloji Dergisi; 14: 23-32.

85. Karakaş S, Kafadar H, Eski R (1996). "Wechsler Bellek Ölçeği Geliştirilmiş Formunun Test Tekrar Test Güvenirliği." Türk Psikoloji Dergisi; 38: 46-55.

86. Wechsler D (1987) "**WMS-R: Wechsler Memory Scale Revised.**" New York: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich

87. Reitan RM. (1992) "**Trail Making Test. Manual for Administration and Scoring.**" Reitan Neuropsychological Laboratory, South Tucson, AZ

88. Bornstein RA. (1986) "Contribution of various neuropsychological measures to detection of frontal lobe impairment." *Int J Clin Neuropsychol*;8: 18-22.
89. Stuss DT, Bisschop SM, Alexander MP, Levine B, Izukawa D., (2001) "The Trail Making Test: A study in focal lesion patients." *Psychol Assessment*;13: 230-239.
90. Kerr SL, Neale JM (1993) "Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit or further evidence of generalized poor performance?" *J Abnorm Psychol*, 102: 312-318.
91. Erol A, Ünal Keleş E, Gülpek D ve ark. (2009) "Yüzde dışavuran duyguların tanınması ve ayırt edilmesi testlerinin Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması." *Anadolu Psikiyatri Derg*, 10 (2): 116-123.
92. Dyck, M., Ferguson, K., & Shochet, I. (2001). "Do autism spectrum disorders differ from each other and from non-spectrum disorders on emotion recognition tests?" *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 105-116.
93. Kinderman, P. and R. P. Bentall (1997). "Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events." *J Abnorm Psychol* 106(2): 341-345.
94. Mizrahi, R., J. Addington, et al. (2008). "Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution." *Schizophr Res* 104(1-3): 220-227.

95. Humphreys, L. and C. Barrowclough (2006). "Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: symptom-specific or general coping strategy?" *Br J Clin Psychol* 45(Pt 2): 231-246.
96. Kinderman, P. and R. P. Bentall (2000). "Self-discrepancies and causal attributions: studies of hypothesized relationships." *Br J Clin Psychol* 39 (Pt 3): 255-273.
97. Trentham, S. and L. Larwood (2001). "Power and gender influences on responsibility attributions: the case of disagreements in relationships." *J Soc Psychol* 141(6): 730-751.
98. Beck, A. T., E. Baruch, et al. (2004). "A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale." *Schizophr Res* 68(2-3): 319-329.
99. Penn, D., D. L. Roberts, et al. (2005). "A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia." *Schizophr Res* 80(2-3): 357-359.
100. Combs, D. R., S. D. Adams, et al. (2007). "Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings." *Schizophr Res* 91(1-3): 112-116.
101. Roberts, D. L. and D. L. Penn (2009). "Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study." *Psychiatry Res* 166(2-3): 141-147.
102. Combs, D. R., K. Elerson, et al. (2009). "Stability and generalization of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for schizophrenia: six-month follow-up results." *Schizophr Res* 112(1-3): 196-197.

103. Swartz, R., E. Perry, et al. (1998). "Breakdowns on the path of chronic illness: opportunities for learning." *Adv Ren Replace Ther* 5(4): 315-323.
104. Jamieson, J. (2004). "Analysis of covariance (ANCOVA) with difference scores." *Int J Psychophysiol* 52(3): 277-283.
105. Rausch, J. R., S. E. Maxwell, et al. (2003). "Analytic methods for questions pertaining to a randomized pretest, posttest, follow-up design." *J Clin Child Adolesc Psychol* 32(3): 467-486.
106. Oakes, J. M. and H. A. Feldman (2001). "Statistical power for nonequivalent pretest-posttest designs. The impact of change-score versus ANCOVA models." *Eval Rev* 25(1): 3-28.
107. Silver, H., C. Goodman, et al. (2004). "Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia. A pilot study." *Psychiatry Res* 128(2): 147-154.
108. Hoekert, M., R. S. Kahn, et al. (2007). "Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: review and meta-analysis." *Schizophr Res* 96(1-3): 135-145.
109. Horan, W. P., R. S. Kern, et al. (2009). "Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients." *Schizophr Res* 107(1): 47-54.
110. Kohler, C. G. and E. A. Martin (2006). "Emotional processing in schizophrenia." *Cogn Neuropsychiatry* 11(3): 250-271.

111. Addington, J. and D. Addington (1998). "Facial affect recognition and information processing in schizophrenia and bipolar disorder." *Schizophr Res* 32(3): 171-181.
112. Whittaker, J. F., J. F. Deakin, et al. (2001). "Face processing in schizophrenia: defining the deficit." *Psychol Med* 31(3): 499-507.
113. Hall, J., J. M. Harris, et al. (2004). "Social cognition and face processing in schizophrenia." *Br J Psychiatry* 185: 169-170.
114. Couture, S. M., E. L. Granholm, et al. (2010). "A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia." *Schizophrenia Research*. 2011;125(2):152-60.
115. Baron-Cohen, S., T. Jolliffe, et al. (1997). "Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or asperger syndrome." *J Child Psychol Psychiatry* 38(7): 813-822.
116. Bandura, A. (1969). "Social learning of moral judgments." *J Pers Soc Psychol* 11(3): 275-279.
117. Wykes, T. and M. van der Gaag (2001). "Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis--cognitive remediation therapy (CRT)?" *Clin Psychol Rev* 21(8): 1227-1256.
118. Hwang, S. S., J. S. Chang, et al. (2009). "The causal model of insight in schizophrenia based on the Positive and Negative Syndrome Scale factors and the structural equation modeling." *J Nerv Ment Dis* 197(2): 79-84.

119. Ziv, I., D. Leiser, et al. (2011). "Social cognition in schizophrenia: Cognitive and affective factors." *Cogn Neuropsychiatry* 16(1): 71-91.

120.. Peters, E. R., P. Thornton, et al. (2008). "Specificity of the jump-to-conclusions bias in deluded patients." *Br J Clin Psychol* 47(Pt 2): 239-244.

121. Moritz, S., T. S. Woodward, et al. (2006). "Incautious reasoning as a pathogenetic factor for the development of psychotic symptoms in schizophrenia." *Schizophr Bull* 32(2): 327-331.

122. Davison, G. C. (1964). "A Social Learning Therapy Programme with an Autistic Child." *Behav Res Ther* 2: 149-159.

123. Glynn, S. and K. T. Mueser (1986). "Social learning for chronic mental inpatients." *Schizophr Bull* 12(4): 648-668.

EK- Kullanılan veri toplama araçları

1.Hastalara ilişkin bilgi formu

1. Adı-soyadı:

2. Yaşı:

3. Cinsiyeti:

4. Eğitim yılı sayısı (tekrar ettiği yıllar hariç):

5. Mesleği:

6. Halen çalışıp çalışmadığı, çalışmıyorsa ne zamandan beri çalışmıyor ?

7. Maddi durum: a)Kötü b)Orta c)İyi

8. Medeni durumu ve süresi: a.evli b.ayrı yaşıyor c.boşanmış d.dul
e.diğer

9.Aile içindeki rolü (anne, baba, eş vb.):

10. Aynı evde siz dahil kaç kişi yaşıyor ?

11.Sürekli doktor kontrolü ya da ilaç kullanmayı gerektiren bedensel bir hastalığı var mı ? (yüksek tansiyon, kalp hastalığı, şeker hastalığı gibi)
Varsa nedir ?

12. Hastalık belirtileri ilk kez kaç yaşında başlamış?

13. Hiç hastaneye yatarak tedavi görmüş mü, yattıysa kaç kez ?

14 .Son bir yıl içinde hastaneye yatmış mı, yattıysa kaç kez ?

15. Halen tedavi görüyor mu ?

a.evlet, düzenli olarak ilaç kullanıyor b.düzensiz ilaç kullanıyor c.hayır,
hiç ilaç kullanmıyor

16. Herhangi bir kurum ya da bir psikiyatrist tarafından düzenli olarak
izleniyor mu ?

a.evlet, düzenli olarak kontrollere gidiyor b.gidiyor, ama düzenli olarak
değil c.hayır, düzenli olarak izlenmiyor

17..İlaç kullanıyor ise ilaç/ilaçların isimleri ve dozu, ilaç düzeyi:

