

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DÜŞÜNCE VE DİL BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI VE
ŞİZOFRENİDE DÜŞÜNCE BOZUKLUĞUNUN HASTALIK ŞİDDETİ, BİLİŞSEL
İŞLEVLER, GENEL VE SOSYAL İŞLEVSELLİK VE YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ

Dr. Emre MUTLU

UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır

ANKARA

2018

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DÜŞÜNCE VE DİL BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI VE
ŞİZOFRENİDE DÜŞÜNCE BOZUKLUĞUNUN HASTALIK ŞİDDETİ, BİLİŞSEL
İŞLEVLER, GENEL VE SOSYAL İŞLEVSELLİK VE YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ

Dr. Emre MUTLU

UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. A. Elif ANIL YAĞCIOĞLU

ANKARA
2018

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın yürütülmesinde bana yol gösteren, tez sürecinde ve uzmanlık eğitimim boyunca yakın ilgi ve desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu'na en içten teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmada kullandığım Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmasında çok değerli katkıları ve önerileri için Prof. Dr. M. Kâzım Yazıcı, Prof. Dr. Aygün Ertuğrul ve Yrd. Doç. Dr. Ş. Can Gürel'e, hem ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması hem de istatistiksel analizlerin yapılmasında sabırla vaktini ayıran Prof. Dr. Elif Barışkın'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Berna Diclener Uluğ, Prof. Dr. Cengiz Kılıç, Prof. Dr. Başaran Demir, Prof. Dr. Suzan Özer, eğitimim sırasında kapılarını her çaldığımda yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Koray Başar, Doç. Dr. Yavuz Ayhan, Doç. Dr. Ö. Erden Aki, Yrd. Doç. Dr. Sertaç AK'a teşekkür borçluyum. Asistanlığım boyunca destek ve muhabbetlerini hep yanımda hissettiğim Uzm. Dr. Arda Bağcaz, Uzm. Dr. Ahmet Gürcan, Dr. Hatice Okur, Dr. A. Alp Karakaşlı'ya ve beraber çalıştığım bütün asistan arkadaşlarıma, Uzm. Psk. Berge Velibaşoğlu, Psk. Dr. Talat Demirsöz, Uzm. Psk. Tuğba Taşdemir'e teşekkür ederim.

Her muayenede beni şaşırtan, psikiyatriye olan ilgimin ve heyecanımın sürekli canlı kalmasını sağlayan hastalarıma tek tek teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında, her zaman bana destek olan sevgili annem, babam ve ablama en içten teşekkürlerimi sunarım. Zorlukları katlanabilir kılan, hep yanımda olduğunu hissettiren sevgili eşim Adile Begüm Bahçecioğlu'na teşekkür ederim.

Dr. Emre MUTLU

ÖZET

Mutlu E. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması ve Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, Genel ve Sosyal İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2018. Düşünce süreci bozuklukları, şizofreni için çekirdek özellik olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin (TALD) geçerlik güvenirlik analizlerinin yapılması, farklı tanı gruplarında düşünce süreci bozukluklarının nasıl ayrıştığı belirlenmesi, düşünce süreci bozukluklarının şizofreni tanılı hastalarda sosyodemografik/ klinik özellikler, hastalık şiddeti, bilişsel işlevler, genel, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin (TALD) Türkçe uyarlaması yapılmış, ölçek toplam 149 katılımcıya uygulanmıştır. Katılımcılar 114 DSM 5 psikiyatrik tanısı olan hasta (şizofreni N=70, mani N=20, majör depresyon N=24) ve 35 sağlıklı kontrolden oluşmuştur. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiştir. Hastaların şimdiki ve geçmiş döneme ait klinik bilgileri ayrıntılı bir form aracılığıyla değerlendirilmiş ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) uygulanarak hastalık şiddetleri belirlenmiştir. Ayrıca, şizofreni grubunda bilişsel işlevler bir nöropsikolojik test bataryası ile, işlevsellik Kısa İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (FAST) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS) ile, yaşam kalitesi ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ile değerlendirilmiştir. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin Türkçe formunun temel bileşenler analizine göre orijinal çalışmaya benzer şekilde Objektif Pozitif (OP), Subjektif Negatif (SN), Objektif Negatif (ON) ve Subjektif Pozitif (SP) belirti boyutlarını içeren dört faktörden oluştuğu ve yapı geçerliği sağladığı saptanmıştır. İç tutarlılık incelendiğinde tüm faktörlere ait Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.91, 0.78, 0.76, 0.53 bulunmuştur. Bu değerler orijinal çalışmadakine paralel ve yüksektir. Görüşmeciler arası güvenirlik (sınıf içi korelasyon) katsayısı 0.95 ile yüksek bulunmuştur. Korelasyon analizlerinde TALD toplam puanı ile hem PANSS toplam puanı, hem de PANSS alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu gösterilmiştir. Objektif Pozitif faktör şiddetinin en yüksek olduğu grup mani, ON faktör şiddetinin en yüksek olduğu grup şizofreni olarak tespit edilmiştir. Şizofreni grubunda düşünce süreci bozukluğunun şiddeti, hastalık süresi ile pozitif yönde, hastalığın başlangıç yaşı ile negatif yönde ilişki göstermiştir. Yaş ve eğitim yılının kontrol edildiği kısmi korelasyon analizlerinde OP belirtilerin yürütücü işlevlerdeki bozulma ile ilişkili olduğu, ON belirtilerin işlem belleği, kategori akıcılığı, yürütücü işlevler, somut düşünme ve yanıt baskılanması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Düşünce süreci bozuklukları sosyal işlevsellik, kişilerarası işlevsellik, mesleki işlevsellikteki bozulma ile pozitif yönde ilişkiliyken, öznel olarak bildirilen yaşam kalitesi ile ilişki saptanmamıştır. Sonuç olarak, TALD Türkçe formu iyi psikometrik özelliklere sahip, geçerli ve güvenilir bir araçtır. Bu çalışmada, şizofrenide düşünce süreci bozukluklarının daha fazla hastalık şiddeti ve yürütücü işlevler başta olmak üzere daha kötü bilişsel işlevler ve işlevsellik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Şizofrenide düşünce süreci bozuklukları daha detaylı ele alınmalı, ana tedavi hedeflerinden biri olarak seçilmeli ve düşünce süreci bozukluklarının patogenezi hakkında ileri çalışmalara öncelik verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Düşünce bozukluğu, şizofreni, bilişsel işlevler, işlevsellik, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Mutlu E. Adaptation of Thought and Language Disorder Scale into Turkish and The Relation of Formal Thought Disorder with Illness Severity, Cognitive Functions, Global and Social Functioning and Quality of Life in Patients with Schizophrenia. Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis, Ankara, 2018. Formal thought disorders (FTDs) are considered mainly to be a core feature of schizophrenia. This study aims to analyze the validity and reliability of the Turkish version of "Thought and Language Disorder Scale (TALD)", to detect how FTDs differentiate in different psychiatric diagnoses and finally to study the relation between FTDs and sociodemographic and clinical characteristics, illness severity, cognitive functions, global, social functioning and quality of life in patients diagnosed with schizophrenia. Thought and Language Disorder Scale (TALD) was translated and adapted into Turkish and applied to a total of 149 participants of which 114 had DSM-5 psychiatric diagnoses (schizophrenia N=70, mania N=20, major depression N=24) and 35 were healthy controls. Sociodemographic characteristics were assessed in all participants. Present and past clinical features of patients were assessed through a detailed form, and Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Young Mania Rating Scale (YMRS), Clinical Global Impression Scale (CGI) were administered to detect illness severity. In addition, schizophrenia patients' cognitive functions were investigated using a neuropsychological test battery. Functioning Assessment Short Test (FAST) and the Social Functioning Scale (SFS) were administered to assess global and social functioning, World Health Organization Quality of Life Instrument Short Form (WHOQOL-BREF) was administered to assess quality of life in schizophrenia patients. The principle component analyses revealed that the Turkish version of TALD (TALD-TR) consisted of four factors including the Objective Positive (OP), Subjective Negative (SN), Objective Negative (ON) and Subjective Positive (SP) symptom dimensions. These four dimensions were in line with the original TALD factorial structure, and it was concluded that the TALD-TR shows strong construct validity. The cronbach α values of the factors were found to be 0.91, 0.78, 0.76, 0.53 respectively, in accordance with the original validity study. Intraclass correlation coefficient was 0.95, indicating high interrater reliability. The correlation analyses with TALD and PANSS showed that there are positive correlations between the TALD total score and the PANSS total and subscale scores. The mania group exhibited the highest mean total score in the OP, whereas the schizophrenia group exhibited the highest mean total score in the ON factor. In the schizophrenia group, the severity of FTD correlated positively with duration of illness and negatively with age at onset of illness. Partial correlation analyses, controlling for age and duration of education, showed that the OP dimension was associated with a deficit in executive functions and that the ON dimension was associated with impairment in working memory, category (semantic) verbal fluency, executive functions, abstract thinking and response inhibition. Although FTD was correlated positively with deficits in social, interpersonal and occupational functioning, no relation was detected between FTD and self-reported quality of life. In conclusion, the Turkish version of TALD is a valid and reliable tool with good psychometric properties. The results of this study suggest that FTDs are related with higher illness severity and more impairments in cognitive functions (especially executive functions), general and social functioning in patients with schizophrenia. As thought process disorders in schizophrenia should be investigated in more detail, they should also be considered as one of the main treatment goals, and further research on their pathogenesis should be conducted with priority.

Key words: Thought disorder, schizophrenia, cognitive functions, functioning, quality of life

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Şizofrenide Düşünce Süreci Bozukluklarının Fenomenolojisi	1
1.2. Şizofrenide Düşünce Süreci Bozukluklarının Seyri ve Diğer Belirtilerle İlişkisi:	6
1.3. Şizofrenide Düşünce Süreci Bozukluklarının Patogenezi	9
1.4. Düşünce Süreci Bozukluklarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar	11
1.5. Türkiye’de Düşünce Süreci Bozukluklarını Değerlendirmek için Kullanılabilecek Araçlar	14
2. AMAÇ	16
2.1. Araştırmanın Amacı:	16
2.2. Araştırmanın Soruları:	16
3. YÖNTEM VE ARAÇLAR	17
3.1. Araştırmanın Deseni	17
3.2. Araştırmanın Alanı ve Evreni	17
3.3. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri ve Dışlanma Ölçütleri:	18
3.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar	19
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:	19
3.4.2. Psikopatoloji Değerlendirmesi	19
3.4.3. Bilişsel Durumun Değerlendirilmesi	23
3.4.4. İşlevselliğin Değerlendirilmesi	25
3.4.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	25

3.5. Uygulama	26
3.6. İstatistiksel Analiz	28
4. BULGULAR	30
4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri	30
4.2. Örneklemin Klinik Özellikleri	32
4.3. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'ndeki (TALD) Maddelerin Sıklığı:	34
4.4. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Faktör Yapısı ve Yapı Geçerliliği	35
4.5. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) İç Tutarlılık Güvenirliği	36
4.6. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Görüşmeciler Arası Güvenirliği	38
4.7. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	38
4.8. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Faktör Puanlarının Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması	39
4.9. Şizofreni Grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ve Klinik Parametreler Arasındaki İlişki	40
4.10. Şizofreni Grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ve Bilişsel İşlevler Arasındaki İlişki	42
4.10.1. Şizofreni Grubunda Bilişsel Durumunun Değerlendirilmesi	42
4.10.2. Şizofreni Grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Toplam Puanı ve Faktör Puanları ile Nöropsikolojik Test Sonuçlarının İlişkisi	43
4.11. Şizofreni Grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ile İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	45
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER	71
Ek-1. Onam Formları	
Ek-2. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Türkçe kılavuz	
Ek-3. Araştırmada Kullanılan Sosyodemografik formlar	

- Ek-4. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia - PANSS)
- Ek-5. Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impression Scale - CGI)
- Ek-6. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Scale - HAMD)
- Ek-7. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale – YMRS)
- Ek-8. İşitsel Üçlü Sessiz Harf Testi (Auditory Consonant Trigram Test – ACT)
- Ek-9. Sözel Akıcılık Testleri
- Ek-10. Yap-Yapma Görevi (Go/no-go)
- Ek-11. İz Sürme Testi B (Trail Making Test B– TMT B)
- Ek-12. Wechsler Yetişkinler Zekâ Ölçeği – Benzerlikler Alt ölçeği (Wechsler Adult Intelligence Scale – WAIS Benzerlikler)
- Ek-13. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Functioning Assessment Short Test - FAST)
- Ek-14. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (The Social Functioning Scale-SFS)
- Ek-15. Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHO Quality of Life Scale - WHOQOL-BREF-TR)

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACT	İşitsel Üçlü Sessiz Harf Testi (Auditory Consonant Trigram Test)
AP	Antipsikotik
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği (The American Psychiatric Association)
CGI	Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impression Scale)
DSM	Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EAH	Eğitim Araştırma Hastanesi
FAST	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Functioning Assessment Short Test)
FTD	Formal thought disorder
HAMD	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Scale)
HÜTF	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
ICCs	Sınıf içi korelasyon katsayıları (Intraclass Correlation Coefficients)
ICD	Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases)
IQR	Çeyrekler Arası Aralık
ON	Objektif Negatif
OP	Objektif Pozitif
PANSS	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia)
SAPS	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SFS	Sosyal İşlevsellik Ölçeği (The Social Functioning Scale)
SN	Subjektif Negatif
SP	Subjektif Pozitif
SS	Standart Sapma
TALD	Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (Thought and Language Disorder Scale)
TAT	Tematik Algı Testi

TMT B	İz Sürme Testi B (Trail Making Test B)
WAIS	Wechsler Yetişkinler Zekâ Ölçeği (Wechsler Adult Intelligence Scale)
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
WHOQOL- BREF-TR	Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHO Quality of Life Scale Brief Version)
YMRS	Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale)



ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
1.1. Şizofrenide düşünce süreci bozukluklarının ilişkili olduğu bilişsel işlevler	9
3.1. Yamaç birikinti grafiği	36
3.2. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam ve faktör puanları ile bilişsel işlevlerin ilişkisi	45
4.1. Düşüncenin dilsel yapısındaki bozulma ile ortaya çıkan pozitif belirtiler	52



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
1.1. Şizofrenide sık görülen pozitif düşünce süreci bozukluğu örnekleri	4
1.2. Şizofrenide sık görülen negatif düşünce süreci bozukluğu örnekleri	5
1.3. Düşünce süreci bozukluklarına özgü ölçekler ve özellikleri	13
1.4. Subjektif düşünce süreci bozukluklarını değerlendiren ölçekler ve özellikleri	14
1.5. Düşünce ve Dil Ölçeği maddeleri	14
4.1. Örneklemin sosyodemografik özellikleri	31
4.2. Örneklemin klinik özellikleri	33
4.3. Tanılara göre kullanılan ilaç gruplarının sıklığı	34
4.4. Düşünce süreci bozukluklarının sıklığı	35
4.5. Düşünce ve Dil Bozuklukları Ölçeği'nin (TALD) faktör yapısı	37
4.6. Şizofreni grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) puanlarının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) alt ölçek puanları ile ilişkisi	39
4.7. Şizofreni grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam puanı ile ilişkili bulunan Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) maddeleri	39
4.8. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) faktörlerinin ortalama puanları ve tanı gruplarına göre karşılaştırılması	40
4.9. Şizofreni grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ve klinik parametreler arasındaki yaş kontrollü kısmi korelasyonlar	41
4.10. Şizofreni grubunda klozapin kullanan ve diğer antipsikotikleri kullanan hastaların Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) puanlarının karşılaştırılması	41
4.11. Şizofreni grubunda çalışan ve çalışmayan hastaların Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) puanlarının karşılaştırılması	42
4.12. Şizofreni grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim yılı eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubunun nöropsikolojik test sonuçları	43
4.13. Şizofreni hastalarında Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam ve faktör puanları ile nöropsikolojik test puanlarının yaş ve eğitim yılı kontrollü ilişkisi	44
4.14. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam ve faktör puanlarının Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR), Kısa	

İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (FAST) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS)
puanları ile ilişkisi



1. GİRİŞ

Düşünce süreci bozuklukları şizofreni, mani, depresyon, organik bozukluklar gibi birçok psikiyatrik bozuklukta görülmesine rağmen şizofreninin çekirdek özelliği olarak kabul edilir (Kircher ve ark., 2014). Düşünce süreci bozukluğu mantıklı, hedefe yönelik düşünce sürecinde bölünme, parçalanma olarak tanımlanabilir (Anıl Yağcıoğlu ve Ayhan, 2018). Yakın zamana kadar düşünce süreci bozuklukları pozitif (raydan çıkma, çevresellik vb) ve negatif (konuşma içeriğinde fakirleşme vb) düşünce süreci bozuklukları olarak ikiye ayrılarak incelenmiştir. Hastaların çoğunun subjektif olarak deneyimledikleri ve bildirdikleri düşünce süreci bozukluklarının (düşünce içeriğinin fakirleşmesi, düşünce durması vb) ayrıntılandırılmasıyla pozitif ve negatif boyutlara ek olarak düşünce süreci bozukluklarının subjektif ve objektif boyutlarının da olduğu gösterilmiştir (Barrera ve ark., 2008; Kircher ve ark., 2014).

1.1. Şizofrenide Düşünce Süreci Bozukluklarının Fenomenolojisi

Düşünce süreci bozuklukları alanyazında yapısal (formel) düşünce bozukluğu olarak da adlandırılmaktadır. Bununla beraber dil bozukluğu, iletişim bozukluğu, konuşma bozukluğu gibi terimler de düşünce süreci bozuklukları başlığında değerlendirilmektedir (Andreasen, 1979). Eugen Bleuler (1911) şizofreninin birincil belirtilerinin “dilde ifade bulduğunu” ancak, “dilinde kendisinde değil, söylemek zorunda olduğu şeyde bozukluk olduğunu” belirtmektedir. Şizofrenide, motor afazi gibi düşüncenin normal olduğu ancak dil işlevlerinin bozulduğu durumların aksine, anlamın kendisinde bozulma vardır. Fakat dil ile anlamdaki bozukluğu birbirinden tamamen ayırmak mümkün değildir (Hinzen ve Rosselo, 2015). Hem sanrısız durumlarda, hem de düşünce süreci bozukluklarında, dil anlatılmak istenen içeriği taşıma ve iletme işlevini kaybetmektedir. Bu yüzden sıklıkla düşünce süreci bozuklukları “düşünce ve dil bozuklukları” şeklinde bir arada değerlendirilmektedir.

Bleuler şizofreninin karakteristik özelliklerini, 4A belirtisi olarak tanımlanan, duygulanımda (*affect*) ve çağrışımlarda (*association*) bozukluk, ambivalans ve otizm (*autism*) olarak sıralamıştır (Bleuler, 1911). Çağrışımlarda bozukluk (Bleuler'in

ifadesiyle “*Lockerung der Assoziationen*”) terimi çağrışımlardaki düzenin ve sürekliliğin bozulmasını ifade eder ve Bleuler düşünce yapısındaki bu bozukluğunun şizofreninin en temel belirtisi olduğunu öne sürmüştür. Kraepelin ise şizofrenide düşünce kapasitesinde bir bozulmanın olduğuna vurgu yapmış ve şizofreninin temelde bir düşünce bozukluğu olabileceğine dikkat çekmiştir (Kraepelin, 1921).

Bleuler ve Kraepelin’den sonra şizofreniyi tanımlamaya çalışanlardan Kurt Schneider bazı belirtilerin şizofreni için tanı koydurucu özellikte olduğunu öne sürmüştür. ‘Birinci sıra belirtiler’ olarak bilinen bu belirtilerin arasında düşünce içeriği bozukluğuna ait belirtilerin (Düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, algıların sanrılarla yorumlanması) olmasına karşın düşünce süreci bozukluğunun bulunmaması dikkat çekicidir. Ancak Schneider’in bu belirtiler için “temel bozukluk olduğu için değil, ancak şizofreni tanısını koymada özel değer taşıdıkları için, şizofrenide mevcut olan anormal yaşantıların bazılarında birinci sıra önem atfederiz” ifadeleri gözden kaçmamalıdır (Andreasen ve Black, 2001; Anıl Yağcıoğlu ve Ayhan, 2018).

Şizofreniyi tanımlama çalışmaları kapsamında Crow, şizofreniyi sınıflandırırken varsanı, sanrılar ve düşünce süreci bozukluğunun hakim olduğu ‘pozitif’ tip I ve sosyal içe çekilme, istenç kaybı ve kayıtsızlık (abuli), duygulanımda (afektif) küntleşme ve konuşmada fakirleşmenin (aloji) hakim olduğu ‘negatif’ tip II ayrımını önermiştir (Jablensky, 2010). Burada düşünce süreci bozukluklarının sınıflamada ayırıcı özelliğinin bulunduğu, pozitif ve negatif tipte farklı düşünce süreci bozukluklarının sınıflamada yer aldığı görülmektedir.

Günümüzde yaygın kullanılan sınıflandırma sistemlerine bakıldığında Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (Dünya Sağlık Örgütü, “International Classification of Diseases”, ICD) ve Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırması (Amerikan Psikiyatri Birliği, “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, DSM) gelişiminde şizofreni tanısı başlığında düşünce bozukluklarının önemli yer tuttuğu görülmektedir. DSM II’de şizofreni “kavram oluşturulmasındaki değişikliklerin gerçeğin yanlış yorumlanmasına yol açtığı bir düşünce bozukluğu” olarak tanımlanmış, şizofreninin hebefrenik tipinin dezorganize

düşünme ile karakterize olduğu belirtilmiştir. DSM III ile şizofreni tanısına getirilen ölçütlerde A tanı kategorisinde “enkoherans, çağrışımlarda kopukluk, mantıklı olmayan düşünce, konuşma içeriğinde fakirleşme” şeklinde düşünce süreci bozukluklarının ayrıntılı yer aldığı görülmektedir. DSM IV ile birlikte negatif belirtiler hastalık tanımı içinde daha fazla yer tutmuştur ancak düşünce süreci bozukluğu belirtileri karakteristik belirtiler olarak sayılmaya devam etmiştir. DSM 5’te şizofreni tanısı konması için gerekli ölçütler belirlenirken karakteristik özelliklerden (1. Sanrılar, 2. Varsanılar, 3. Dağınık konuşma, 4. Belirgin dağınık veya katatonik davranış, 5. Negatif belirtiler) en az ikisinin bulunmasının yanında, bu ölçütlerden en az birinin sanrı, varsanı veya dağınık konuşmadan birinin olması gerektiği önerilmiştir (APA, 2013). ICD-10’da ise “Düşünce akışında, konuşma dağınıklığı (enkoherans), tutarsız konuşma ve sözcük uydurmalarına (neolojizm) yol açan kopmalar veya kaymalar” ve negatif belirtilerde “konuşmada fakirleşme” şeklinde düşünce süreci bozuklukları tanı kriterlerinde geniş yer almaktadır (WHO, 1993).

Şizofrenide hastalık süreci içinde gözlenen ve tanı sınıflandırmalarında önemli yer tutan düşünce süreci (çağrışım) ile ilgili bozukluklar aslında yalnızca şizofreniye özgü değildir. Günümüzde tıpkı diğer şizofreni belirtilerinde olduğu gibi pozitif ve negatif düşünce süreci bozuklukları olarak ikiye ayrılmaktadır. Negatif düşünce süreci bozuklukları sıklıkla diğer negatif belirtilere eşlik etmektedir (Anıl Yağcıoğlu ve Ayhan, 2018). Son yıllardaki araştırmalar bu belirti kümelerinin objektif ve subjektif boyutları olduğuna dikkat çekmektedir (Kircher ve ark., 2014; Nagels ve ark., 2016). Şizofrenide sık görülen pozitif ve negatif düşünce bozuklukları Tablo 1.1 ve 1.2’de özetlenmiştir.

Tablo 1.1. Şizofrenide sık görülen pozitif düşünce süreci bozukluğu örnekleri

Çevresellik (Objektif)	Düşünme dolambaçlı, ayrıntıcıdır, önemsiz meseleler esas meselelerden ayırlamaz. Ana fikir ayrıntıların anlatılması sırasında kaybolur, ancak esas hedeften tamamen sapılmaz.
Raydan Çıkma (Objektif)	Düşüncelerin konuşulan asıl konudan ayrılarak, açık fakat yandan ilişkili olduğu konulara kaydığı kendiliğinden konuşma biçimidir.
Teğetsellik (Objektif)	Düşünceler düz bir akış izlemez. Uzun bir konuşma sürecinde içerik yavaşça asıl başladığı yerden sapar. Hasta ilk konuya geri dönmez.
Düşünce çözülmesi (Enkoherans – Objektif)	Düşüncenin içeriği biraz önce söylenenle ilgili değildir. Düşünce çözülmesi kelimelerin, cümlelerin, düşüncelerin birbiri ile hiçbir ilişkisinin kalmadığı bir durumu ifade eder.
Basınçlı konuşma (Objektif)	Konuşma üretiminin hızlanmasını ifade eder.
Sözcük uydurma (Neolojizm – Objektif)	Sözlüklerde yer almayan, yeni kelime oluşturma söz konusudur.
Uyaklı çağırışım (Klang çağırışım – Objektif)	Sözcük seçiminin anlam ilişkisinden çok ses benzerliğine göre yapıldığı izlenimi veren bir konuşma biçimidir
Konuya takılarak tekrarlama (Perseverasyon – Objektif)	O anki bağlama uymamasına rağmen daha önce bahsedilen düşüncelere ve konulara saplanıp kalma, tekrar tekrar geri dönme.
Yankılama (Ekolali – Objektif)	Sözcüklerin ve cümlelerin anlambilimsel işlevleri gözetilmeden manasız şekilde tekrarlanmasıdır. Hasta görüşmecinin sözcüklerini veya cümlelerini tekrarlar.
Sözcük tekrarı (Verbijerasyon – Objektif)	Kelimelerin gereksiz yere tekrar edilmesidir.
Basınçlı/hızlı düşünme (Subjektif)	Değişik içerikli pek çok düşünce hızla değişerek hastanın zihnine girer veya zihnini zorlar.
Düşüncelerin birbirine karışması (Subjektif)	O anki düşünce akışına ait olmayan düşüncelerin araya girmesidir.

Tablo 1.2. Şizofrenide sık görülen negatif düşünce süreci bozukluğu örnekleri

Düşünce yavaşlaması (Objektif)	Düşünce süreci yavaşlamıştır ve bunun sonucu olarak görüşme cansız ve uyuşuktur.
Konuşmanın fakirleşmesi (Objektif)	Kendiliğinden konuşmanın miktarındaki kısıtlanmadır. Sorulara verilen cevaplar kısa, somut ve ayrıntısız olma eğilimindedir.
Geviş getirme (Ruminasyon – Subjektif)	Hastanın zihni sürekli olarak, çoğunlukla nahoş meselelerle meşguldür. Bu düşünceler bir sonuca ulaşmadan aynı konuların çevresinde döner. Hastaya göre bu olumsuz düşünce sürecini durdurmak zordur.
Düşünce fakirleşmesi (Subjektif)	Hasta düşüncelerinin yaratıcı olmadığını ve sadece birkaç konu ile sınırlı olduğunu hissetmektedir.
Düşünmenin engellenmesi (Subjektif)	Hasta tarafından düşünce süreci sanki içsel bir dirence karşı düşünüyormuş gibi, yavaşlamış, frenlenmiş veya engellenmiş olarak algılanır. Hasta düşüncelerinin engellendiği hissini üstesinden gelemeyebilir. Düşünmenin engellenmesi, hastanın artık hiç bir şey düşünemediği hissine kapıldığı bir noktaya kadar gidebilir.

Bu araştırmada psikometrik özellikleri incelenen Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin uygulanması sırasında gözlenen düşünce süreci bozukluğu belirgin olan görüşme örnekleri (Not: Görüşme kaydı için hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır):

“Sayı takıntılarım var. Sayıyorum sürekli sayıyorum. Devam eden sayılar var, mesela on üzeri bin, iki bin sayılar. Sonra evrenin sonu ne zaman gelecek? Dünyanın sonu ne zaman gelecek? Acaba ben cehenneme gidersem ne yaparım? Televizyon istememe oluyor bazen. O da yürüyüş yapmadığımdan oluyor.” (sözcük tekrarı, raydan çıkma)

“Çalışmıyorum. Lise mezunuydum, liseden sonra bir süre çalıştım. Daha sonra zaman ilerleyince sınava girdim. İki yıllık sosyal bilimleri seçtim. Bizim kurumumuzda bir sınav açılacaktı. Açıldı da, daha önceki mezun olanlara, dört

yıllıklara. Uzmanlık sınavıydı. O sınava girebilmek için dikey geçiş yapıp işletme fakültesini bitirdim.” (çevresellik, teğetsellik)

“İnşaat mühendisliğini bitirdim. Daha önceden doktor olduğum için çalışmıyorum. Vuruldum ben. Beyin cerrahisi, nöropsikiyatri, göz cerrahiydim. Asıl mesleğim askeri pilot, tabip binbaşyıldım. Nasıl oldu açıklayayım. Anektodlara başlayalım. Ben evliyken kötü bir olay yaşadım.” (enkoherans)

1.2. Şizofrenide Düşünce Süreci Bozukluklarının Seyri ve Diğer Belirtilerle İlişkisi:

Şizofrenide düşünce bozuklukları düşünce içeriği ve düşünce süreci bozuklukları olarak iki alt başlığa ayrılabilir. Düşünce süreci bozukluklarının farklı belirti kümelerinin değerlendirilmesiyle şizofreni ve psikotik özellikler gösterebilecek diğer bozuklukların (mani gibi) ayrımının yapılabileceğini araştıran çalışmalar mevcuttur (Cuesta ve Peralta, 2011; Morgan ve ark., 2017; Roche ve ark., 2014; Taylor ve ark., 1994). Yakın zamanlı bir metaanalizde şizofreni ve bipolar bozukluk tanılarında düşünce süreci bozukluklarını inceleyen 19 araştırma karşılaştırılmış, akut hastalık döneminde pozitif düşünce süreci bozukluğunun şiddetinin her iki tanı grubunda farklı olmadığı, stabil dönemde şizofreni tanılı hastalarda pozitif düşünce süreci bozukluğunun bipolar bozukluk tanılı hastalara göre daha şiddetli olduğu, negatif düşünce süreci bozukluğunun yine şizofrenide daha şiddetli olduğu bulunmuştur (Yalincetin ve ark., 2017). Sonuç olarak negatif düşünce süreci bozukluğu ve devam eden pozitif düşünce süreci bozukluğunun, şizofreniyi bipolar bozukluktan ayırabileceği gösterilmiştir.

Şizofrenide düşünce süreci bozukluğu süreğen bir seyir izler (Wilcox ve ark., 2012) ve hastalık süresi uzadıkça şiddetlenmektedir (Maeda ve ark., 2007). Pozitif düşünce süreci bozuklukları psikotik dönemin en belirgin özelliklerinden biridir ve sıklıkla psikotik dönem hafifleyince azalabilir veya kaybolabilir (Andreasen ve Grove, 1986; Xu ve ark., 2014). Buna karşılık negatif düşünce süreci bozuklukları (konuşmanın fakirleşmesi, konuşma içeriğinin fakirleşmesi gibi) akut psikotik dönemden sonra da kalıcı olabilmektedir (Kircher ve ark., 2018). Tedavi ile sanrı,

varsanı gibi pozitif psikotik belirtiler azaltılabilirken düşünce süreci bozuklukları üzerindeki etki sınırlı kalmaktadır (B. Remberk ve ark., 2012) . Devam eden düşünce süreci bozuklukları kötü prognoz göstergesidir (Wilcox ve ark., 2012) ve relaps için güçlü bir yordayıcı olarak kabul edilmektedir (Wilcox, 1990). Aynı zamanda hastalık şiddetinin bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir (Roche ve ark., 2015). Özellikle negatif düşünce süreci bozuklukları kötü tedavi yanıtı ile ilişkilidir (Cuesta ve ark., 1994).

Şizofrenide düşünce süreci bozuklukları takip çalışmalarında psikoza dönüşüm için en güçlü yordayıcılardan biri olarak gösterilmiştir (Bearden ve ark., 2011; Demjaha ve ark., 2017; Katsura ve ark., 2014; Ruhrmann ve ark., 2010). Prodrom döneminde düşünce fakirleşmesinin bulunması hem psikoza dönüşüm hem de ileri dönemdeki yıkım için yordayıcı özellik göstermektedir (Wilcox ve ark., 2014).

Düşünce süreci bozukluğunun şizofreninin diğer belirti boyutları ile ilişkisinin değerlendirilmesinde Düşünce ve Dil Ölçeği (Liddle ve ark., 2002) gibi düşünce süreci bozukluklarına özgü ölçekler kullanılabildiği gibi yapılandırılmış ölçeklerin faktör analizi sonucunda bulunan maddelerinden de yararlanılabilir. Alanyazındaki bazı çalışmalarda düşünce süreci bozuklukları pozitif belirti kümesi içinde değerlendirilmiş olsa da, faktör analizlerinde düşünce bozukluklarının dezorganizasyon kümesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Schultz ve ark., 1997). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin (PANSS) düşünce dağınıklığı (P2), taşkınlık (P4), şüphecilik ve kötülük görme (P6), duygulanımda küntleşme (N1), duygusal içe çekilme (N2), soyut düşünme güçlüğü (N5), stereotipik düşünme (N7), konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı (N6), motor yavaşlama (G7), manyerizm (G5), olağandışı düşünce içeriği (G9), yönelim bozukluğu (G10), dikkat azalması (G11), yargılama ve içgörü eksikliği (G12), irade bozukluğu (G13) ve zihinsel aşırı uğraş (G15) maddelerinin düşünce bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Higashima ve ark., 1998; Lee ve ark., 2001; Ulaş ve ark., 2015; van der Gaag ve ark., 2006).

Şizofreni gibi şiddetli ruhsal bozukluklarda belirti kontrolü sağlanmasına rağmen, remisyon döneminde de sosyal işlevsellikte kayıp görülebilmektedir

(Robinson ve ark., 2004). Şizofreni tanılı hastalarda işlevsel kayıp en çok sırasıyla sosyal ilişkiler, meslek alanları ve gündelik yaşam aktivitelerinde görülmektedir (Ucok ve ark., 2012). Düşünce süreci bozuklukları kişilerarası iletişim becerilerinde bozulmaya yol açabilmektedir (Racenstein ve ark., 1999). Şizofreni tanılı hastalar konuya bağlı kalma, nazik olma, empati yapma gibi temel iletişim kurallarını uygulamakta ve dil kullanımında zorlanmaktadır (Frith, 1996; Harrow ve Miller, 1980). Yapılan araştırmalarda dezorganize konuşmanın iletişimde bozulma ve sosyal işlevsellikle ilişkili olduğu (Docherty ve ark., 2013), dezorganize düşünmesi olan hastaların bağlam oluşturma ve başkasının zihin durumunu anlamada zorlandığı (Hardy-Baylé ve ark., 2003), dikişsiz konuşmanın sosyal olarak kaba davranışlarla ilişkili olduğu (Bowie ve Harvey, 2008), mesleki işlevselliğin de düşünce süreci bozukluklarından etkilendiği (Roche ve ark., 2016) gösterilmiştir. Konuşmanın fakirleşmesi ve olağandışı mantık şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellikle yakından ilişkili bulunan diğer düşünce süreci bozukluklarıdır (Yalincetin ve ark., 2016). Dezorganizasyon belirtileri diğer işlevsellik alanlarında da bozulmaya yol açmaktadır (Norman ve ark., 1999). Sekiz yıllık bir izlem çalışmasında düşünce süreci bozukluklarının mesleki işlevsellikle ilişkili olduğu, hastaların daha sonraki yıllarda mesleki işlevsellik düzeyleri için de yordayıcı olduğu bulunmuştur (Racenstein ve ark., 1999).

Düşünce süreci bozukluklarının şizofreni tanılı hastalarda yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili araştırmalar görece az sayıdadır. Şizofreni tanılı hastaların yaşam kalitesi genel popülasyona göre daha düşüktür (Herrman ve ark., 2002; Pitkänen ve ark., 2009). Negatif düşünce süreci bozukluğunun sosyal ayrışmayı yordayabildiği, arkadaşlık ilişkilerini azalttığı (Bowie ve Harvey, 2008), sözel üretkenlikte azalmanın yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu (Tan ve ark., 2014) bildirilmesine rağmen, bir çalışmada da düşünce süreci bozuklukları ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır (Ulaş ve ark., 2008). Bu araştırmada düşünce süreci bozukluklarının pozitif, negatif veya objektif, subjektif boyutlarına ayrılmadan analizlerin yapıldığı görülmektedir.

Düşünce süreci bozukluklarının diğer belirti boyutlarına benzer biçimde şizofrenide yeti yitimine yol açması, mesleki ve sosyal işlevsellikle ilişkili olması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, negatif düşünce süreci bozukluklarının tedaviye kötü yanıt, eğitim başarısında düşüş ve daha kötü işlevsellikle ilişkili olması, bu belirtilerin ayrı ve yeni bir tedavi hedefi olmasına neden olmaktadır (Peralta ve ark., 1992; Roche ve ark., 2015; Tan ve ark., 2014; Tirupati ve ark., 2004).

1.3. Şizofrenide Düşünce Süreci Bozukluklarının Patogenezi:

Şizofrenide düşünce süreci bozuklukları karmaşık ve çok boyutlu belirtiler kümesidir. Patogenezi anlamak için yapılan araştırmalar düşünce süreci bozukluklarının bilişsel işlevlerle olan ilişkisine odaklanmaktadır. Yapılan araştırmalarda düşünce süreci bozuklukları ile sözel akıcılık, işlem belleği, yürütücü işlevler, dikkat, somut düşünme gibi bilişsel işlevler arasında ilişki bulunmuştur (Şekil 1.1.).



Şekil 1.1. Şizofrenide düşünce süreci bozukluklarının ilişkili olduğu bilişsel işlevler

Pozitif düşünce süreci bozukluklarının özellikle yürütücü işlev testlerinde bozulma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Nagels ve ark., 2016; Stirling ve ark., 2006). İlk atak psikoz hastalarının (N=60) bir yıl izlendiği bir çalışmada hastalığın başlangıcındaki yürütücü işlevler, dikkat ve planlamadaki bozulmanın, izlemde pozitif düşünce süreci bozukluklarının kalıntı belirtileri için yordayıcı olduğu ve düşünce süreci bozukluğunun şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Xu ve ark., 2014).

Sözel akıcılıkla düşünce süreci bozukluklarını araştıran çalışmaların çoğu negatif düşünce süreci bozuklukları ile hem harf akıcılığı hem de semantik akıcılık arasında ilişki olduğuna işaret etmektedir (Docherty ve ark., 2011; Holshausen ve ark., 2014; Nagels ve ark., 2016). Ek olarak sözel işlem belleği ve dikkatteki bozulmanın da düşünce süreci bozuklukları ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Nagels ve ark., 2016; Nelson ve ark., 1998; B. Remberk ve ark., 2012; Siddi ve ark., 2017).

Bilişsel işlevlerin görüntüleme teknikleri ile desteklendiği çalışmalara bakıldığında, düşünce süreci bozukluğu olan ve olmayan şizofreni tanılı hastaların karşılaştırıldığı bir görüntüleme çalışmasında, düşünce süreci bozukluğu olan hastaların bilateral orbitofrontal ve mediyal prefrontal korteks hacminin, sol pars triangularis ve inferior operculum (Broca), sol superior temporal korteks (Wernicke) hacimlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Sans-Sansa ve ark., 2013). Aynı çalışmada konuşmanın akıcılığindeki dağınıklığın Broca ve Wernicke alanları ile, konuşmanın içeriğinde fakirleşmenin frontal bölge ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Seese ve arkadaşlarının (2011) şizofreni tanılı hastalarla yürüttüğü MR spektroskopi çalışmasında sol inferior frontal ve superior temporal girustaki artmış N-asetil aspartat düzeyinin düşünce süreci bozuklukları ile ilişkili olduğu, nörometabolit düzeyi ve düşünce süreci bozukluğu şiddetinin pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Seese ve ark., 2011). Stegmayer ve arkadaşları (2017) şizofreni spektrumundaki hastalarda beyin bölgelerindeki istirahat halindeki perfüzyon bulgularını, düşünce süreci bozuklukları ile karşılaştırmışlar ve negatif düşünce süreci bozukluklarının superior temporal girus perfüzyonu, pozitif düşünce süreci

bozukluklarının suplemer motor bölge ve inferior frontal girus perfüzyonu ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır.

Nagels ve arkadaşlarının 2016 yılında düşünce ve dil bozukluklarına özgü kapsamlı bir ölçek kullanarak şizofreni, mani, depresyon tanılı hastalar ve sağlıklı kontrolleri içeren geniş bir örnekleme (N=180) yürüttükleri bir araştırmada, objektif pozitif düşünce süreci bozukluklarının yürütücü işlevlerle ilişkili olduğu, objektif negatif düşünce süreci bozukluklarının sözel akıcılık, dikkat ve işlem belleğindeki bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu araştırmadan önce şizofreni hastalarında yapılan çalışmaların örneklem büyüklüklerinin az olması, sonuçların yaş, premorbid zekâ gibi sosyodemografik verilerle kontrol edilmemesi, düşünce süreci bozukluklarına özgü ölçeklerin kullanılmaması, düşünce bozukluklarının boyutlarının detaylandırılmamış olması bu çalışmaların kısıtlılıkları olarak tartışılmıştır (Nagels ve ark., 2016).

1.4. Düşünce Süreci Bozukluklarının Değerlendirilmesinde Kullanılan

Araçlar

Bugüne kadar farklı psikiyatrik tanılarda düşünce süreci bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiş ölçeklerden sadece bir tanesinde düşünce süreci bozuklukları tüm fenomenleri ile ayrıntılı incelenmiş ve sadece pozitif ve negatif boyutlar değil, subjektif ve objektif boyutlar da bu ölçekte değerlendirmeye alınmıştır (Kircher ve ark., 2014, "Thought and Language Disorder Scale - TALD" – Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği"). Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Kircher ve arkadaşları tarafından 63 depresyon tanılı hasta, 63 şizofreni tanılı hasta, 20 mani tanılı hasta ve 64 sağlıklı kontrol olmak üzere 210 kişilik bir örnekleme yapılmış, çalışma bulguları 2014 yılında yayınlanmıştır. Bu çalışmaya göre TALD ölçeğinin temel bileşenler analizinde Objektif Pozitif (TALD I. faktör)/Subjektif Negatif (TALD II. faktör)/Objektif Negatif (TALD III. faktör)/Subjektif Pozitif (TALD IV. faktör) şeklinde dört faktörlü bir yapısı olduğu bulunmuştur (Cronbach alfa katsayıları sırasıyla .92, .83, .58, .58). Ölçek toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Objektif Pozitif faktörde daha önceki ölçek çalışmalarında pozitif veya dezorganizasyon belirtileri olarak

bildirilen çevresellik, raydan çıkma, sözcük uydurma gibi maddeler yer almaktadır. Objektif Negatif faktör konuşmanın fakirleşmesi, düşünce yavaşlaması, somut düşünme olmak üzere objektif olarak gözlenebilen üç maddeden oluşmaktadır. Subjektif faktörler TALD'ın diğer ölçeklerden temel farklarından biridir. Subjektif Negatif faktörde düşünce fakirleşmesi, düşünmenin engellenmesi, konuşmayı ifade etme bozukluğu gibi hastaların bildirebileceği ve negatif belirti kapsamında değerlendirilen maddeler yer almaktadır. Subjektif Pozitif faktör ise basınçlı/hızlı düşünme ve düşüncelerin birbirine karışması olmak üzere iki maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında farklı tanı gruplarının ölçekteki her bir faktör için farklı şiddette puan aldığı gösterilmiştir. Mani tanısı olan hastalar pozitif altölçeklerde, depresyon ve şizofreni tanısı alan hastalar negatif altölçeklerde diğer gruplara göre daha yüksek puan almıştır. Subjektif boyutların ayrıntılı değerlendirilebilmesi, yarı-yapılandırılmış klinik görüşme biçiminde klinik pratikte kolay uygulanabilir olması, iyi psikometrik özellikleri bu TALD ölçeğinin diğer ölçeklere göre avantajlı yanlarıdır.

Halihazırda düşünce süreci bozukluklarına özgü başka ölçekler de bulunmaktadır. Bu ölçeklerin bazıları objektif belirtileri değerlendirmeye almayan öz-bildirimlerden oluşmakta (Barrera ve ark., 2008), bazı ölçeklerde ise subjektif bozukluklara yeterince yer verilmediği görülmektedir (Liddle ve ark., 2002). Bazılarında ise sözel olarak kayıt edilmiş bilgilerin düşünce süreci bozukluklarına göre gözden geçirilip kodlanmasının gerektiği bir teknik kullanılmakta, bu da değerlendiriciler için zaman alıcı bir uygulamaya yol açmaktadır (Johnston ve Holzman, 1979; Liddle ve ark., 2002). Psikotik bozukluklarda gözlenen düşünce süreci bozukluklarına özgü geliştirilmiş ölçeklerin temel özellikleri ve kısıtlılıkları Tablo 1.3 ve Tablo 1.4'de özetlenmiştir.

Tablo 1.3. Düşünce süreci bozukluklarına özgü ölçekler ve özellikleri

	Ölçek	Yöntem	Kısıtlılıklar
Johnston ve Holzman 1979	Thought Disorder Index	Rorschach testi WAIS*	- Eğitilmiş görüşmeci - Değerlendirme süresi uzun - Psikodinamik hipotezlerin etkisi
Andreasen ve ark 1986	Thought, Language and Communication	Yarı yapılandırılmış görüşme	- Bütün düşünce süreci bozukluklarını içermiyor - Subjektif belirtiler yok - Faktör yapısı farklı çalışmalara göre değişken (2-6 faktör)
Liddle ve ark 2002	Thought and Language Index	TAT** – Rorschach Görüşme kaydı Kodlama	- Belirti kapsamı dar (8 madde) - Subjektif belirtiler yok - Kayıtların kodlanması gerekmekte
Docherty 1996	Communication Disturbances Index	Yarı yapılandırılmış görüşme	- Lisan ile ilgili işlevleri değerlendiriyor
Chen ve ark 1999	Clinical Language Disorder Rating Scale	Yarı yapılandırılmış görüşme	- Lisan ile ilgili işlevleri değerlendiriyor
Bazin ve ark 2005	Schizophrenic Communication Disorder Scale	Yarı yapılandırılmış görüşme	- Lisan ile ilgili işlevleri değerlendiriyor

*WAIS: Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği **TAT: Tematik Algı Testi

Tablo 1.4. Subjektif düşünce süreci bozukluklarını değerlendiren ölçekler ve özellikleri

	Ölçek	Yöntem	Kısıtlılıklar
Gross ve ark 1987 /Klosterkoter ve ark 1996	Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms	Yarı yapılandırılmış görüşme	- Çok az sayıda subjektif belirti mevcut
Parnas ve ark 2005	Examination of Anomalous Self Experiences	Yarı yapılandırılmış görüşme	- Odak şizofreni spektrumundaki bozukluklar - Az sayıda subjektif belirti
Barrera ve ark 2008	Formal Thought Disorder Scale	Öz bildirim formları	- Evet / Hayır şeklinde sorulardan oluşmakta - Soruların anlaşılabilirliği - Hiç objektif belirti yok

1.5. Türkiye’de Düşünce Süreci Bozukluklarını Değerlendirmek için

Kullanılabilecek Araçlar:

Düşünce süreci bozukluklarına özgü ölçeklerden sadece bir tanesi (Liddle ve ark., 2002, “Thought and Language Index”) Düşünce ve Dil Ölçeği adı ile Türkçe’ye çevrilmiş ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulaş ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ancak bu ölçeğin subjektif fenomenleri içermemesi, az sayıda madde içermesi (Tablo 1.5) ve kapsayıcı olmaması, ölçek kapsamında uygulanan tematik algı testi için deneyimli görüşmeci gerektirmesi ölçeğin kısıtlılıkları olarak tartışılmıştır (Kircher ve ark., 2014).

Tablo 1.5. Düşünce ve Dil Ölçeği maddeleri (Ulaş ve ark., 2007, Liddle ve ark., 2002)

Faktör yapısı	Ölçek maddeleri
Düşünce fakirleşmesi	Konuşmanın fakirliği Amacın zayıflaması Düşüncenin tekrarı
Düşünce dağılması	Çözülme Olağandışı kelime kullanımı Olağandışı cümle yapısı Olağandışı mantık Çelinebilirlik

Düşünce ve Dil Ölçeği dışında, araştırmalarda düşünce süreci bozuklukları için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS) gibi genel belirti derecelendirme ölçeklerinin “düşünce dağınıklığı” gibi alt maddeleri kullanılabilir. Ancak bu durum ayrıntılı incelenmesi gereken ve birbirinden farklı belirti kümelerini barındıran düşünce süreci bozuklukları hakkında yalnızca genel bir değerlendirme sağlamaktadır.

Halen tanı, prognoz ve işlevsellikle yakından ilgili olan düşünce süreci bozuklukları alanında yapılacak araştırmalarda kullanılacak Türkçe ölçeklere ihtiyaç bulunmaktadır.



2. AMAÇ

2.1. Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmada:

- Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin (TALD) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının şizofreni, mani, depresyon tanı gruplarında ve psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bireylerde yapılması
- Farklı tanı gruplarında pozitif ve negatif düşünce süreci bozukluğu fenomenlerinin nasıl ayrıştığının belirlenmesi
- Pozitif ve negatif düşünce süreci bozukluklarının şizofreni tanılı hastalarda sosyodemografik/klinik özellikler ve hastalık şiddeti ile ilişkisinin incelenmesi
- Düşünce süreci bozukluğunun şizofrenide bilişsel işlevler, işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Soruları:

1. TALD Türkçe uyarlaması:
 - 1) Şizofreni, mani ve depresyon tanı grupları ile sağlıklı bireyleri ayırt ediyor mu?
 - 2) Bu tanı gruplarında düşünce süreci bozukluğunu ölçebiliyor mu?
 - 3) İç tutarlılığı ve görüşmeciler arası güvenilirliği var mı?
 - 4) Faktör dağılımı nasıl?
2. Şizofreni tanılı hastalarda TALD ile ölçülen düşünce bozuklukları ile sosyodemografik/klinik özellikler ve belirti şiddeti arasında ilişki var mı?
3. TALD pozitif ve negatif düşünce süreci bozukluğu fenomenleri şizofreni tanılı bireylerde
 - 1) Hangi bilişsel işlevlerle ilişkili?
 - 2) Sosyal-mesleki işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkili mi?

3. YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1. Araştırmanın Deseni

Düşünce süreci bozukluklarının değerlendirildiği bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, HÜTF Psikiyatri servisinde yatarak tedavi edilen veya Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH) Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi edilen hastalar kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya hasta alımı Nisan 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Alanı ve Evreni

Araştırmaya Nisan 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, HÜTF Psikiyatri servisinde yatarak tedavi edilen veya Ankara Numune EAH Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi edilen DSM 5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı alan, bipolar afektif bozukluk mani dönemi tanısı alan, majör depresyon / unipolar depresyon tanısı alan hastalar ve HÜTF psikiyatri polikliniğine psikiyatrik danışmanlık talebi ile başvuran öykü ve muayene bulguları sonucunda psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayanlar davet edilmiştir. Araştırmanın özellikleri araştırmayı yürüten doktorlar tarafından katılımcılara anlatılmış ve bilgilendirilmiş olur formu imzalayan katılımcılar çalışmaya kabul edilmiştir. Araştırma örneklemine en az iki psikiyatr tarafından muayene edilip DSM 5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı alan 70, bipolar afektif bozukluk mani dönemi tanısı alan 20, majör depresyon / unipolar depresyon tanısı alan 24 ve psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan 35 katılımcı olmak üzere toplam 149 katılımcı dahil edilmiştir.

Şizofreni grubunda uygulanan nöropsikolojik test sonuçlarında hangi alanlarda bozulma olduğunu tespit etmek için çalışmada nöropsikolojik test uygulanan sağlıklı kontrollerin verilerine, psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan katılımcıların nöropsikolojik test sonuçlarını içeren bir veri setinden yaş, cinsiyet ve eğitim yılı şizofreni grubu ile eşleştirilmiş katılımcıların verileri eklenmiştir. Bu

şekilde hazırlanan veri seti nöropsikolojik test sonuçlarını değerlendirmek için kullanılmıştır (Ayrıntılar için Uygulama bölümüne bakınız).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran katılımcılar değerlendirilmesi poliklinikteki muayene odalarında, HÜTF Psikiyatri servisinde ve Ankara Numune EAH Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi edilen katılımcıların değerlendirilmesi servislerdeki görüşme odalarında yapılmıştır.

Araştırmanın amacı ve deseni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda değerlendirilmiş ve onay alınmıştır (Etik Kurul No: GO17/81). Araştırmada kullanılan bilgilendirilmiş olur formları Ek-1 olarak sunulmuştur. Verilerden elde edilen sonuçlar daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.

3.3. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri ve Dışlanma Ölçütleri:

Psikiyatrik hastalık gruplarında dahil olma kriterleri:

- 18 – 65 yaş arası olmak
- En az iki psikiyatr tarafından muayene edilip DSM – 5 kriterlerine göre şizofreni, bipolar afektif bozukluk mani dönemi veya major depresyon tanısı almış olmak
- En az 5 yıl süreli formal eğitim almış olmak
- Onam formunu imzalamak

Psikiyatrik hastalık gruplarında dışlanma kriterleri:

- Hastanın DSM –5 kriterlerine göre son bir yıl içinde alkol/diğer madde kötüye kullanımı kriterlerini karşılıyor olması
- Bilinen zekâ geriliği olması
- Hastanın çalışmada uygulanacak ölçek/testlere uyum göstermesinin beklenmemesi
- Hastanın tedaviye yanıt vermeyen ve/veya ağır medikal veya nörolojik hastalığının olması

Psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan katılımcılar için dahil olma kriterleri:

- 18-65 yaş arası olmak
- En az iki psikiyatrin değerlendirmesinin ardından öykü ve muayene bulgularına göre herhangi bir DSM-5 tanısı almamak
- Tedaviye yanıt vermeyen ve/veya ağır medikal veya nörolojik hastalığı olmaması
- Kafa travması öyküsü olmaması, 15 dakikadan daha uzun bilinç kaybı öyküsü olmaması
- Bilinen zekâ geriliğinin olmaması

olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:

Kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, tıbbi hastalık öyküsü, el tercihi gibi sosyodemografik bilgileri ile hastalar için hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, halihazırda kullanılan psikotrop ilaçları, hastaneye yatış sayısı ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir form kullanılmıştır. Tanılara göre kullanılan sosyodemografik formlar Ek-3 olarak sunulmuştur.

3.4.2. Psikopatoloji Değerlendirmesi

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (Thought and Language Disorder Scale, TALD):

Kircher ve arkadaşları tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme ile şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklarda görülen düşünce bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (Kircher ve ark., 2014). Otuz maddeden oluşan testin her bir madde için 0 (belirti yok), 4 (şiddetli) olmak üzere 5 puanlı bir derecelendirmesi mevcuttur. Test toplam puanı 0-120 arasında değişmektedir. Bu çalışmada hastaların düşünce bozukluklarının derecelendirilmesi için kullanılmıştır. Orijinal çalışmasında ölçeğin dört faktörlü yapısının olduğu gösterilmiştir. Bu faktörler, faktörde yer alan ve faktörü en iyi temsil eden belirtiler dikkate alınarak Objektif Pozitif / Subjektif

Negatif / Objektif Negatif / Subjektif Pozitif faktör şeklinde isimlendirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması bu çalışma kapsamında yapılmıştır. Türkçe uyarlamasının faktör yapısı, faktör isimleri, faktörlerde yer alan maddeler bulgular bölümünde belirtilmiştir.

Ölçeğin görüşmeciler arası güvenilirliği için rastgele belirlenmiş, kayıt alınmasına onam veren şizofreni tanılı 20 hastanın TALD görüşmesi video kaydına alınmıştır. Kayıtlar bir araştırmacı (Prof. Dr. A. E. Anıl Yağcıoğlu) tarafından daha değerlendirilmiş ve iki araştırmacının bağımsız değerlendirmeleri görüşmeciler arası güvenilirlik analizinde kullanılmıştır.

Ölçek görüşmesi orijinal kılavuz metninde önerildiği gibi iki bölümde tasarlanmıştır. İlk bölümde gündelik aktiviteler, hobiler gibi genel konularla ilgili sorular sorulur. Bu bölümde katılımcının düşünce süreci hakkında genel bir objektif fikir edinilmiş olur. Daha sonra yarı-yapılandırılmış ikinci bölümde katılımcıya ek sorular sorularak veya katılımcıdan örnekler istenerek belirtiler daha detaylı incelenir (Ek-2’de TALD kılavuzundaki “örnekler” ve “sorular” bölümlerine bakınız). Her belirti o koşul ve o katılımcıya göre irdelenir. Bu yüzden görüşmeci kılavuzda bulunmayan katılımcıya özgü sorular yöneltebilir. Subjektif düşünce süreci bozukluklarının değerlendirilmesinde görüşmeci önce katılımcıya o belirtiyi örneklerle açıklar, belirtinin olup olmadığını sorar. Gerekirse subjektif belirtinin doğru anlaşılıp anlaşılmadığı ile ilgili ek sorular sorabilir. Bazı düşünce süreci bozuklukları emosyonel stres durumlarında ortaya çıkabildiğinden görüşmede katılımcı için daha duygusal konulara da değinilmelidir veya varsa katılımcının sanrıları üzerinde durulabilir. Her sorudan sonra katılımcının serbestçe konuşmasına yeterli vakit ayırmak için beklenmelidir.

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Türkçe uyarlaması:

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin orijinal Almanca’dan çeviri İngilizce metni ve uygulama kılavuzu Prof. Dr. T. Kircher’dan (Department of Psychiatry and Psychotherapy, Philipps-University Marburg) istenmiş, çeviri için yazılı resmi izin alınmıştır. Ölçeğin iyi düzeyde İngilizce bilen iki araştırmacı tarafından (Prof. Dr. A.E. Anıl Yağcıoğlu ve Dr. E. Mutlu) Türkçe çevirisi yapılmıştır. İlk çeviri metni Hacettepe

Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan 4 öğretim üyesi (Prof. Dr. M. K. Yazıcı, Prof. Dr. E. Barışkın, Prof. Dr. A. Ertuğrul ve Yrd. Doç. Dr. Ş. C. Gürel) tarafından gözden geçirilmiştir. Bu sırada 15 kişilik bir katılımcı grubu (Şizofreni tanısı konan 10 kişi ve psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan 5 kişi) ile ölçeğin ilk çevirisinin pilot uygulaması yapılmış ve pilot uygulamaya katılanlardan sözel geribildirimler toplanmıştır. Pilot uygulamanın geribildirimleri ve metni gözden geçiren öğretim üyelerinin önerileri doğrultusunda ikinci metin hazırlanmış ve araştırmacılar ve önerileri alınan 4 öğretim üyesinin ikinci bir gözden geçirmesinin ardından çeviri metnine son hali verilmiştir.

Düşünce süreci bozukluğunun değerlendirilmesi ve TALD ölçek

uygulanması:

Düşünce süreci bozuklukları, genel psikopatoloji ve değerlendirme yaklaşık 45-50 dakika süren bir görüşme ile değerlendirilmiştir. Görüşmenin hemen ardından puanlama yapılmıştır. Subjektif düşünce süreci bozuklukları (düşünmenin engellenmesi gibi) son 24-48 saatte belirtinin var olup olmasına göre değerlendirilmiştir. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin (TALD) görüşmesi PANSS gibi diğer yarı-yapılandırılmış klinik görüşme yöntemleri ile büyük benzerlik göstermektedir. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) uygulanan bir görüşmeye subjektif belirtilerin sorulduğu 8-10 dakikalık bölümün eklenmesi ile TALD puanlaması yapılabilir. Bu durum düşünce sürecini değerlendirmek için klinik pratikte vakit açısından büyük avantaj sağlamaktadır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia - PANSS):

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği yarı yapılandırılmış bir görüşme ile şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklarda ortak görülen 30 belirtiyi 7 puanlı bir değerlendirme ile ölçen bir ölçektir (Kay ve ark., 1987). Uygulaması yaklaşık 45 dakika sürmektedir. Ölçek 30 belirtiyi tanımlayan 30 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1'den (belirti yok) 7'ye kadar (çok ağır) derecelendirilmektedir. Otuz maddenin toplam puanı PANSS toplam puanı olarak belirtilmektedir ve 30-120

arasında değişmektedir. Gerek PANSS pozitif, gerek PANSS negatif bölümleri yedişer maddeden oluşmaktadır ve puanları 30 PANSS maddesinin 14'ünün değerlendirilmesi ile elde edilmektedir. Her iki bölümün de puanları 7-49 arasında değişmektedir. Üçüncü altölçek olan PANSS genel psikopatoloji puanları 30 PANSS sorusunun 16'sını içermektedir ve puan 16-112 arasında değişmektedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 1999 yılında HÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapılmıştır (Kostakoğlu ve ark., 1999).

Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impression Scale - CGI):

Herhangi bir hastalığın şiddetinin ya da hastalık belirtilerindeki düzelmenin genel olarak değerlendirildiği bir ölçektir. Hastalığın şiddetinin ya da belirtilerdeki düzelmenin KGI ile değerlendirilmesi planlanmıştır. Klinisyen, sözkonusu hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, hastalığın şiddetini ya da düzelmenin derecesini 0 (hasta değil) ile 7 (en ağır hastalardan) arasında derecelendirir. 1- normal, hasta değil, 2- sınırda hasta, 3- hafif derecede hasta, 4- orta derecede hasta, 5- belirgin derecede hasta, 6- ileri derecede hasta, 7- en ileri derecede hasta (Guy, 1976).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Scale - HAMD):

Depresyon şiddetini ölçmek için geliştirilmiş (Hamilton, 1960) olan bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Akdemir ve ark., 2001). Son bir hafta içinde yaşanan depresyon belirtilerinin klinisyen tarafından değerlendirildiği bu ölçek 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik belirtiler, genital belirtiler, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2 puan, diğer maddeleri 0-4 puan arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 53'tür. Toplam 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Depresyon şiddetini ölçmek için kullanılmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale - YMRS):

On bir maddeden oluşan bu ölçek ile hastaların son bir hafta içinde yaşadıkları mani belirtileri değerlendirilmektedir (Young ve ark., 1973). Klinisyen tarafından değerlendirilen ölçeğin yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, düşünce yapı bozukluğu, dış görünüm ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-4 puan arasında, diğer maddeler 0-8 puan arasında derecelendirilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Karadağ ve ark., 2002). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60'tır. Mani belirtilerinin şiddetini belirlemek için kullanılmıştır.

3.4.3. Bilişsel Durumun Değerlendirilmesi

İşitsel Üçlü Sessiz Harf Testi (Auditory Consonant Trigram Test – ACT):

Bu testin amacı işlem belleğini, bölünmüş dikkati ve bilgi işleme kapasitesini değerlendirmektir (Brown, 1958). Katılımcıya ilk önce üç tane sesli harf verilir, ardından belli bir sayıdan geriye doğru sayması istenir. Geriye sayma işlemi çeldirici işlev görmektedir. Belirli bir sürenin sonunda katılımcıdan sessiz harfleri hatırlaması istenir. Değerlendirmede doğru hatırlanan sessiz harf sayısı kullanılır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Anil ve ark., 2003).

Sözel Akıcılık Testleri (Verbal Fluency):

1) Kontrollü Kelime Çağrışım Testi: Benton ve grubu tarafından geliştirilmiş ve yaş ve eğitim grupları için normları belirlenmiş bir testtir (Benton, 1968). Bu testin amacı, sınırlı bir zaman içinde verilen harfle başlayan kelimelerin kendiliğinden üretimini değerlendirmektir. Testte deneklerden bir dakika içinde F, A ve S harfleriyle başla-yan, özel isim ve sayı olmayan, ve aynı kelime kökünden, eklerle üretilmiş olmayan kelimeler söylenmesi istenir. Bu harfler İngilizcede, kelimelerin kullanılma sıklığına göre belirlenmiştir. Türkçe uyarlamasında K, A ve S harfleri kullanılmış, Türkçe uyarlamasının geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Umaç A, 1997). İlk önce ipucu olarak üç örnek sözcük verilir ve bir dakika içinde mümkün olduğunca çok kelime söylenmesi istenir. Bir dakikada söylenen tüm

sözcükler kaydedilir. Değerlendirme için her üç harfle başlayan kelimelerin ve tekrarların sayısı ve toplamı hesaplanır.

2) Kategori Akıcılığı Testi: Bu testin amacı, sınırlı bir zaman içinde verilen konu hakkında kelimelerin kendiliğinden üretimini değerlendirmektir. İpucu olarak hayvan sınıfları (evcil hayvanlar, kuşlar gibi) verilir ve denekten bir dakika içinde aklına gelen tüm hayvan isimlerini sayması istenir. Deneğin söylediği tüm kelimeler kaydedilir. Aynı hayvan ismini tekrarlaması perseverasyon anlamına gelmektedir. Değerlendirmede sayı ve tekrarlar dikkate alınır (Lezak, 1983).

Yap-Yapma Görevi (Go/no-go):

Bu görev dikkati ve yanıt baskılanmasını ölçen bir muayenedir. Kişiden bir uyarı gördüğünde tuşa basması (go), ya da bir uyarı gördüğünde tuşa basmaması istenir (no-go). Yapılan hata sayısına göre puanlanır. Bu araştırmada Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'nde (Montreal Cognitive Assessment Scale - MoCA) yer alan formu kullanılmıştır (Kaya ve ark., 2014; Nasreddine ve ark., 2005).

İz Sürme Testi (Trail Making Test – TMT):

Bu test dikkat hızını, mental esnekliği, görsel tarama ve motor hızı değerlendirir (Spreeen ve Strauss, 1998). A bölümünde 1-25 arası noktalar tek sürekli bir çizgiyle birleştirilir, B bölümünde ise değişimli olarak bir harf bir sayı ile birleştirilir. Bu çalışmada İz sürme Testi B kullanılmıştır.

Wechsler Yetişkinler Zekâ Ölçeği – Benzerlikler Alt ölçeği (Wechsler Adult Intelligence Scale – WAIS Benzerlikler):

Yetişkin ve geç ergenlerde zekâyı ölçmek için David Wechsler tarafından 1955 yılında yayınlanmış bir testtir. Test üç ayrı IQ puanı veren onbir alt testten oluşmaktadır. Zekâ alt testlerini; bilgi, anlama, aritmetik, benzerlikler, sayılar ve sözcük bilgisi alt testleri oluşturur. Bu çalışmada benzerlikler alt ölçeği kullanılacaktır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Epir ve ark., 1972).

3.4.4. İşlevselliğin Değerlendirilmesi

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Functioning Assessment Short Test - FAST):

Rosa ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. 24 maddeden oluşan ve işlevselliği değerlendiren görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçektir. Ölçeğin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Bu ölçekte yer alan maddeler “hiç zorlanma yok” (0 puan), “çok az zorlanma” (1 puan), “orta derecede zorlanma” (2 puan), “aşırı derecede zorlanma” (3 puan) şeklinde dörtlü Likert tip ölçek ile yanıtlanmaktadır. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir. Türkçe formu Ömer Aydemir ve Burak Uykur (2012) tarafından uyarlanmıştır.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (The Social Functioning Scale-SFS):

Ölçek, Birchwood ve arkadaşları (1990) tarafından sosyal işlevselliğe yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğini ve hastada zaman içinde ortaya çıkan değişimleri değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek günlük işlevler konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçek puanlarının toplanması ile alınabilecek puan 0 – 210 arasında değişmektedir. Yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir. Türkçe’ye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Yaprak ve Gülseren, 2002).

3.4.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHO Quality of Life Scale - WHOQOL-BREF-TR):

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe’de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Eser ve ark., 1999). Orijinal ölçek olan WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre başlıklı 4 alandan oluşmaktadır. Ölçek likert tipte bir öz bildirim formudur. Her bir soru 1 ile 5 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı bulunmamaktadır, her bir

alanın puanı ayrı ayrı değerlendirilir. Bu çalışmada yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için kullanılmıştır.

3.5. Uygulama

Katılımcıların onamları alındıktan sonra, bu çalışma için hazırlanmış sosyodemografik bilgi formu ile sosyodemografik özellikler ve klinik bilgiler not edilmiş, katılımcıların ruhsal durum muayeneleri yapılmış ve değerlendirme araçları uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan araçların gruplara göre listesi şu şekildedir:

Hastalık grupları için:

- Yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi bilgileri içeren Sosyodemografik bilgi formu
- Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Türkçe formu
- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)
- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD)
- Young-Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)
- Klinik Global İzlenim, Hastalık şiddeti ölçeği (CGI)

Sizofreni grubu için ek ölçek / testler:

- Bilişsel Test bataryası
 - ▶ İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralaması Testi (ACT)
 - ▶ İz Sürme Testi B
 - ▶ Sözel Akıcılık testleri:
 - Kontrollü Kelime Çağrışım Testi
 - Kategori Akıcılığı Testi
 - ▶ Wechsler Yetişkinler İçin Zekâ Ölçeği (WAIS) – Benzerlikler Alt Ölçeği
 - ▶ Yap – Yapma (Go-Nogo) görevi
- Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (FAST)
- Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS)
- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi-Kısa form (WHOQOL-BREF)

Psikiyatrik hastalığı olmayan grup için

- Sosyodemografik bilgi formu
- Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Türkçe Formu
- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)
- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD)
- Young-Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)
- Bilişsel Test bataryası
 - ▶ İşitsel Üçlü Sessiz Harf Sıralaması Testi (ACT)
 - ▶ İz Sürme Testi B
 - ▶ Sözel Akıcılık testleri:
 - Kontrollü Kelime Çağrışım Testi
 - Kategori Akıcılığı Testi
 - ▶ Wechsler Yetişkinler İçin Zekâ Ölçeği (WAIS) – Benzerlikler Alt Ölçeği
 - ▶ Yap – Yapma (Go-Nogo) görevi

Metin veya tablo içinde ölçekleri belirtirken sık kullanılan İngilizce kısaltmaları kullanılmıştır. Katılımcılarda düşünce süreci bozukluklarını değerlendirmek için Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeği (TALD) Türkçe formu kullanılmıştır. Tanı gruplarında Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD), Young Mani Derecelendime Ölçeği (YMRS), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) uygulanarak hastalık şiddetleri belirlenmiştir. Ayrıca, şizofreni grubunda bilişsel işlevler yukarıda ayrıntıları verilen nöropsikolojik test bataryası ile, işlevsellik Kısa İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (FAST) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS) ile, yaşam kalitesi ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ile değerlendirilmiştir. Sağlıklı kontrollere ise TALD, PANSS, HAMD, YMRS ölçekleri ve nöropsikolojik test bataryası uygulanmıştır. Araştırma sürecinde sağlıklı kontrol grubundaki 10 katılımcıya nöropsikolojik test bataryası uygulanabilmiştir. Şizofreni grubunda test sonuçlarında hangi alanlarda bozulma olduğunu tespit etmek için 10 sağlıklı

kontrolün verilerine, psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan katılımcıların nöropsikolojik test sonuçlarını içeren bir veri setinden yaş, cinsiyet ve eğitim yılı şizofreni grubu ile eşleştirilmiş ek 25 katılımcının verileri eklenmiştir. Nöropsikolojik test sonuçları kullanılan toplam 35 kişinin yaş, cinsiyet ve eğitim yılı bilgileri Bulgular bölümünde sunulmuştur.

Katılımcılara uygulanan psikopatoloji ile ilgili ölçekler, yaşam kalitesi ölçeği ve bilişsel testler E. Mutlu tarafından uygulanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü ile yapılan işbirliğinin ardından (HÜTF Ergoterapi Bölümünde Nisan 2017 – Nisan 2018 tarihleri arasında yürütülen “Şizofreni Tanılı Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin Kişisel Yönetim, Üretkenlik, Sosyal İşlevsellik ve Serbest Zaman Kullanımı Üzerine Etkisi” başlıklı tezin sürdürülmesi kapsamında) işlevsellikle ilgili ölçekler Ftz. H. Abaoğlu tarafından uygulanmıştır. Bu şekilde işlevselliğin değerlendirilmesi psikopatolojiye kör bir araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için Windows için SPSS v.22 programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma, ortanca ve çeyrekler arası aralık (IQR) değerleri ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Sürekli değişkenler açısından iki grup karşılaştırmaları için eğer parametrik test koşulları sağlanıyorsa Bağımsız Gruplar t-testi, parametrik test koşulları sağlanmıyorsa Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çoklu grup karşılaştırmalarında parametrik test koşulları sağlandığında varyans analizi (yaş ve eğitim yılı için ANOVA, tanı gruplarında TALD faktör puanlarını karşılaştırmak için MANOVA) uygulanmış, gruplar arasında anlamlı fark bulunan durumlarda, post-hoc karşılaştırmalar Bonferroni testi kullanılarak yapılmıştır. Çoklu grup karşılaştırmalarında parametrik test koşulları sağlanmadığında Kruskal-Wallis testi uygulanmış, ikişerli karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin faktör yapısını belirlemek üzere Temel Bileşenler Analizi (Principles Component Analysis) kullanılmıştır. Ölçeğin görüşmeciler arası güvenilirliği sınıf içi korelasyon katsayıları (Intraclass Correlation Coefficients - ICCs) ile değerlendirilmiştir.

Düşünce süreci bozuklukları ve klinik özellikler/ ölçekler/ işlevsellik/ bilişsel test sonuçları arasındaki ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar veriler normal dağılıma uymadığından Spearman testi ile hesaplanmıştır. P değeri 0.05'ten küçük değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya yöntemde bahsedildiği şekilde toplam 149 katılımcı dahil edilmiştir. Tüm örneklemin yaş ortalaması 39.3 (SS:11.9) bulunmuştur. Katılımcıların %52'sinin kadın (N=77), %48'inin (N=72) erkek olduğu, çoğunun bekâr (%54.4) ve değerlendirme sırasında çalışıyor (%56.4) olduğu görülmektedir (çalışanlar aktif olarak çalışan, emekli ve öğrenci olan katılımcılar olarak tanımlanmıştır). Örneklemin tanı gruplarına göre ayrılmış detaylı sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Bu bulgulara göre, gruplar arasında cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu açısından anlamlı fark saptanmıştır. Şizofreni grubunda diğer gruplara göre erkek ve bekâr katılımcıların daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Çalışma durumu açısından kontrol grubu ve diğer gruplar arasında fark saptanırken, şizofreni, mani ve depresyon grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.736$, $df=2$, $p>0.05$). Grupların yaş ortalamalarına bakıldığında, depresyon grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer gruplar arasında yaş ortalamasında fark saptanmamıştır. Kontrol grubunun eğitim yılı tanı gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik tanı grupları arasında eğitim yılı açısından fark saptanmamıştır.

Tablo 4.1. Örneklemin sosyodemografik özellikleri (N=149) [#]

	Şizofreni N=70 (%)	Mani N=20 (%)	Depresyon N=24 (%)	Kontrol N=35 (%)	χ^2	p
Cinsiyet					13.071*	0.004
Kadın	27 (%39)	10 (%50)	19 (%79)	21 (%60)		
Erkek	43 (%61)	10 (%50)	5 (%21)	14 (%40)		
Medeni durum					31.235**	<0.001
Evlü	11 (%16)	11 (%55)	16 (%67)	18 (%51)		
Bekâr	53 (%76)	8 (%40)	5 (%21)	15 (%43)		
Boşanmış/Dul	6 (%8)	1 (%5)	3 (%12)	2 (%6)		
Çalışma durumu					36.131*	<0.001
Çalışan	28 (%40)	10 (%50)	11 (%46)	35 (%100)		
Çalışmayan	42 (%60)	10 (%50)	13 (%54)	0		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	F	p
Yaş	40.17 (10.76) ^{ab}	37.85 (12.21) ^{ab}	44.25 (14.20) ^a	34.83 (11.23) ^b	3.385***	0.020
Eğitim yılı	11.64 (3.14) ^a	11.85 (3.05) ^a	10.17 (3.40) ^a	15.17 (3.73) ^b	13.055***	<0.001

N: Sayı, SS: Standart sapma, [#] Ki-kare testi ve ANOVA sonuçları

*df=3, **df=6, *** df= (3,145)

^{ab} Farklı simgeler satır içindeki değerlerin birbirinden anlamlı olarak farklı olduğuna işaret etmektedir (düzeltilmiş p< 0.05).

4.2. Örneklemin Klinik Özellikleri

Örnekleimde psikiyatrik hastalığı bulunmayan kontrol grubu haricindeki katılımcıların hastalık süresinin ortancası 14 yıl, hastalığın başlangıç yaşının ortancası 23 yaş olarak bulunmuştur. Depresyon grubundaki katılımcıların hastalık süresinin diğer gruplara göre daha kısa olduğu ve Depresyon grubunda hastalığın başlangıç yaşının diğer gruplara göre daha büyük olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.). Şizofreni ve mani grubunda hastalık süresi ve hastalığın başlangıç yaşı açısından fark bulunmamıştır. Tanı gruplarında Bipolar Bozukluk mani döneminde olan hastaların manik dönem süresinin ortancası 4 hafta, Depresyon grubunda depresyon dönemi süresinin ortancası 32 hafta olarak saptanmıştır.

Şizofreni ve mani grubunda TALD ile PANSS toplam puanı, Depresyon ve Kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla $\chi^2=89.950$, $df=3$, $p < 0.001$; $\chi^2=87.961$, $df=3$, $p < 0.001$). Depresyon grubunda HAMD puanı diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=98.548$, $df=3$, $p < 0.001$). Mani grubunda YMRS puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=94.101$, $df=3$, $p < 0.001$). Tanı grupları arasındaki klinik özelliklerin karşılaştırma sonuçları Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Örneklemin klinik özellikleri (N=149) [#]

	Şizofreni (N=70)	Mani (N=20)	Depresyon (N=24)	Kontrol (N=35)		
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	χ^2	p
Hastalık süresi (yıl)	16 (17) ^a	14 (21) ^{ab}	4.5 (12) ^b	-	11.556*	0.003
Hastalığın başlangıç yaşı	22 (10) ^a	23 (8) ^a	35 (26) ^b	-	18.739*	<0.001
TALD	20.5 (18) ^a	25 (9) ^a	8.5 (9) ^b	2 (2) ^c	89.950**	<0.001
PANSS	68 (31) ^a	67 (12) ^{ab}	48 (7) ^b	30 (1) ^c	87.961**	<0.001
HAMD	5.5 (4) ^a	5.5 (3) ^a	19.5 (8) ^b	0 (1) ^c	98.548**	<0.001
YMRS	6.5 (11) ^a	34 (12) ^b	0 (2) ^c	0 (0) ^c	94.101**	<0.001
CGI	4 (2) ^a	5 (1) ^b	4 (2) ^{ab}	x	8.919*	0.012

IQR: Çeyrekler arası aralık, [#] Kruskal-Wallis testi sonuçları, *df=2, **df=3

^xKlinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti Ölçeği Kontrol grubuna uygulanmamıştır.

^{abc}Farklı simgeler satır içindeki değerlerin birbirinden anlamlı olarak farklı olduğuna işaret etmektedir (düzeltilmiş p< 0.05).

Tanı gruplarının ilaç kullanımları Tablo 4.3.'te özetlenmiştir. Şizofreni grubunda değerlendirme sırasında antipsikotik (AP) tedavi kullanmayan 3 katılımcı bulunmaktadır. Antipsikotik tedavi kullanan şizofreni tanılı hastaların çoğu atipik AP kullanmaktadır, grubun klorpromazin eşdeğer AP dozunun ortalaması 277.96 mg/gündür. Şizofreni grubunda yaşam boyu toplam AP tedavi süresinin ortancası 98 ay bulunmuştur.

Tablo 4.3. Tanılara göre kullanılan ilaç gruplarının sıklığı

	Şizofreni	Mani	Depresyon
	N=70 (%)	N=20 (%)	N=24 (%)
Antipsikotik	67 (96)	18 (90)	4 (17)
Tek atipik antipsikotik	49 (70)	14 (70)	4 (17)
-Klozapin	18	X	X
-Klozapin dışı AP*	31	14 (70)	4 (17)
Kombine antipsikotik	14 (20)	X	X
-Klozapin güçlendirme**	12	X	X
Tipik antipsikotik	4 (6)	4 (20)	X
Antidepresan	27 (39)	2 (10)	14 (58)
Duygudurum düzenleyici	2 (3)	16 (80)	2 (8)
Benzodiazepin	9 (13)	4 (20)	3 (13)

* Sıklığa göre sırasıyla: Olanzapin (N=9), risperidon (N=5), risperidon uzun etkili enjeksiyon (N=3), paliperidon palmitat (N=3), amisülpirid (N=4), aripiprazol (N=3), oral paliperidon ER (N=2), ziprasidon (N=1), aripiprazol uzun etkili enjeksiyon (N=1)

** Klozapin ile kombine kullanılan antipsikotikler: amisülprid (N=5), aripiprazol (N=4), risperidon uzun etkili enjeksiyon (N=1), paliperidon palmitat (N=1), sülprid (N=1)

4.3. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'ndeki (TALD) Maddelerin Sıklığı:

En sık gözlenen düşünce süreci bozukluğunun Ruminasyon olduğu tespit edilmiştir. İkinci ve üçüncü sıklıkta sırasıyla Düşüncelerin birbirine karışması ve Raydan çıkma bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.). En az gözlenen düşünce süreci bozuklukları sırasıyla Sözcük tekrarı ve Yankılama olmuştur (<%5). Yaygınlıklarının çok düşük olması nedeniyle bu iki madde faktör analizine dahil edilmemiştir.

Tablo 4.4. Düşünce süreci bozukluklarının sıklığı (N=149)*

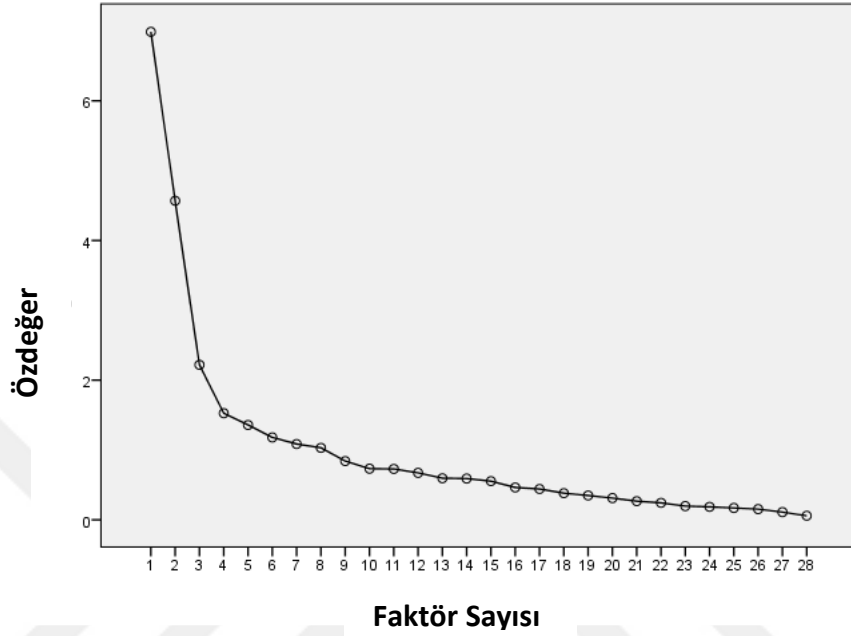
	N	%
Ruminasyon	69	46,3
Düşüncelerin birbirine karışması	67	45,0
Raydan çıkma	57	38,3
Düşünme kısıtlanması	52	34,9
Konuşmanın fakirleşmesi	52	34,9
Çevresellik	51	34,2
Düşünce yavaşlaması	48	32,2
Teğetsellik	47	31,5
Konuşma içeriğinin fakirleşmesi	47	31,5
Konuya takılarak tekrarlama (Perseverasyon)	46	30,9
Düşünce fakirleşmesi	45	30,2
Konuşmayı ifade etme bozukluğu	45	30,2
Somut düşünme	43	28,9
Yandan cevap	41	27,5
Basınçlı konuşma	41	27,5
Çok konuşma (Logore)	38	25,5
Düşünce çözülmesi (Enkoherans)	35	23,5
Basınçlı/hızlı düşünme	33	22,1
Blok (Düşünce durması)	32	21,5
Konuşmayı kavrama bozukluğu	29	19,5
Düşüncenin başlatılması ve yönlendirilmesinde bozukluk	27	18,1
Düşünmenin engellenmesi	26	17,4
Düşünce kopması	20	13,4
Sesbirimsel (Fonemik) parafazi	12	8,1
Uyaklı çağrışım	12	8,1
Yapmacık (Manyeristik) konuşma	11	7,4
Anlamsal (Semantik) parafazi	11	7,4
Sözcük uydurma (Neolojizm)	10	6,7
Sözcük tekrarı (Verbijerasyon)	6	4,0
Yankılama (Ekolali)	1	0,7

*Derecelendirmesi 0'dan büyük olan maddeler sıklık tablosuna dahil edildi.

4.4. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Faktör Yapısı ve Yapı Geçerliliği:

Faktör analizine %5'ten fazla sıklıkta görülen 28 TALD maddesi dahil edilmiştir. Varimax dönüşümlü temel bileşenler analizi uygulandığında özdeğeri 1'in üzerinde olan 8 faktör saptanmıştır. Bu 8 faktörün varyansın %71.27'sini açıkladığı görülmüştür. Yamaç birikinti grafiğine göre 4 faktörlü yapının daha uygun olduğu görülüp faktör sayısı 4'e sabitlendiğinde açıklanan varyans %54.65'e düşmüştür (Bkz. Şekil 3.1. ve Tablo 4.5.). Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett'in

küresellik testi sonuçlarında örneklem yeterliliği için 0.797 puanlık ölçüm elde edilmiş, faktör birimlerinin birbirinden farklı ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Yamaç birikinti grafiği

4.5. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) İç Tutarlılık Güvenirliği:

Dört faktörün Cronbach alfa katsayısı sonuçlarına göre (Tablo 4.5.) iç tutarlılık güvenirliği ilk faktör için yüksek derecede, ikinci ve üçüncü faktör için iyi derecede, dördüncü faktör için kabul edilebilir derecede olduğu bulunmuştur. Son faktörün yalnızca 2 maddeden oluştuğu göz önünde tutulmalıdır.

Maddelerin yüklendiği faktörlere bakıldığında ölçeğin orijinal halindeki koşut olarak orijinal ölçekle benzer maddelerin, TALD Türkçe uyarlamasında da aynı faktörde yer aldığı görülmüştür. Bu sebeple ölçeğin orijinal çalışmasındaki faktör isimleri korunmuştur. Buna göre TALD Türkçe uyarlamasında TALD I. faktör Objektif Pozitif, II. faktör Subjektif Negatif, III. faktör Objektif Negatif, IV. faktör Subjektif Pozitif faktör olarak isimlendirilmiştir (Faktörlerde yer alan maddeler için bkz. Tablo 4.5).

Analiz sonuçlarında anlamsal (Semantik) parafazi maddesinin hiçbir faktöre yüklenmediği görülmüştür. Sesbirimsel (Fonemik) parafazi maddesi 4. faktöre yüklenmiş, ancak iç tutarlılık analizlerinde bu madde çıkartıldığında faktörün güvenilirliği belirgin olarak yükseldiği için (Cronbach alfa katsayısı 0.29'dan 0.53'e yükselmiştir), bu madde faktörden çıkartılmıştır. Bu sebeplerle Anlamsal parafazi ve Sesbirimsel parafazi maddeleri sadece toplam TALD puanına dahil edilmiştir, faktör puanlamasına katılmamıştır.

Tablo 4.5. Düşünce ve Dil Bozuklukları Ölçeği'nin (TALD) faktör yapısı

Faktör	Özdeğer	Varyans	Kümülatif varyans	Maddeler ve Faktör Yükleri	Cronbach alfa	
I. Objektif Pozitif (OP)	6.988	24.957	24.957	Raydan çıkma	0.90	0.91
				Çok Konuşma (Logore)	0.89	
				Çevresellik	0.88	
				Teğetsellik	0.88	
				Düşünce çözülmesi (Enkoherans)	0.81	
				Basıncı konuşma	0.79	
				Konuya takılarak tekrarlama (Perseverasyon)	0.68	
				Düşünme kısıtlanması	0.58	
				Yapmacık konuşma	0.57	
				Uyaklı çağrışım	0.52	
				Sözcük uydurma (Neolojizm)	0.44	
Yandan cevap	0.41					
II. Subjektif Negatif (SN)	4.568	16.315	41.272	Düşünce fakirleşmesi	0.74	0.78
				Konuşmayı ifade etme bozukluğu	0.72	
				Blok	0.70	
				Düşünmenin engellenmesi	0.68	
				Konuşmayı kavrama bozukluğu	0.62	
				Düşünceyi başlatma ve yönlendirmede bozukluk	0.48	
				Geviş getirme (Ruminasyon)	0.44	
III. Objektif Negatif (ON)	2.220	7.927	49.199	Konuşmanın fakirleşmesi	0.81	0.76
				Düşünce yavaşlaması	0.73	
				Konuşma içeriğinin fakirleşmesi	0.71	
				Somut düşünme	0.60	
IV. Subjektif Pozitif (SP)	1.526	5.451	54.650	Düşüncelerin birbirine karışması	- 0.48	0.53
				Basıncı/hızlı düşünme	- 0.46	

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği maddelerinin birbiri arasındaki ilişki analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı en yüksek korelasyon: 0.798 (Spearman $r(149)= 0.798$, $p < 0.001$), en düşük korelasyon: 0.161 (Spearman $r(149)= 0.161$, $p= 0.049$) bulunmuştur. Yüksek korelasyonların saptanmaması TALD maddeleri arasında ayırıcı gücün güvenilir olduğunu düşündürmektedir.

4.6. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Görüşmeciler Arası Güvenirliği

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği görüşmesinin video kaydına alınmasına önem veren 20 şizofreni tanılı katılımcının görüşme kayıtları Prof. Dr. A. E. Anıl Yağcıoğlu tarafından değerlendirilmiş ve bu şekilde iki araştırmacıya ait bağımsız değerlendirmeler elde edilmiştir. Bu değerlendirmeler ile sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient – ICC) hesaplanarak 0.95 bulunmuştur.

4.7. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Tüm örnekleme PANSS ile düşünce bozukluğu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, TALD toplam puanı ile PANSS pozitif belirtiler toplam puanı ($r(146)= 0.823$, $p < 0.001$), PANSS negatif belirtiler toplam puanı ($r(146)= 0.646$, $p < 0.001$), PANSS genel psikopatoloji puanı ($r(146)= 0.844$, $p < 0.001$) ve PANSS toplam puanı arasında ($r(146)= 0.892$, $p < 0.001$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Bu analiz 3 katılımcının PANSS puanında eksik veri olması nedeniyle 146 katılımcıda yapılmıştır).

Şizofreni grubunda TALD toplam puanı ile PANSS pozitif belirtiler toplam puanı ($r(70)= 0.738$, $p < 0.001$), PANSS negatif belirtiler toplam puanı ($r(70)= 0.375$, $p = 0.001$), PANSS genel psikopatoloji puanı ($r(70)= 0.756$, $p < 0.001$) ve PANSS toplam puanı arasında ($r(70)= 0.766$, $p < 0.001$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği faktörlerinin PANSS alt ölçekleri ile ilişkisi Tablo 4.6.'da sunulmuştur. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği maddelerinden TALD toplam puanı ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı ve korelasyon katsayısı 0.40'tan yüksek bulunan maddeler Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.6. Şizofreni grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) puanlarının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) alt ölçek puanları ile ilişkisi (N=70)

	TALD I	TALD II	TALD III	TALD IV	TALD
	Objektif	Subjektif	Objektif	Subjektif	Toplam
PANSS	Pozitif	Negatif	Negatif	Pozitif	
Pozitif belirtiler	0.731**	0.290*	0.074	0.223	0.738**
Negatif belirtiler	0.139	0.063	0.694**	0.073	0.375**
Genel psikopatoloji	0.602**	0.424**	0.326**	0.315**	0.756**
Toplam puan	0.586**	0.327**	0.414**	0.267*	0.766**

Spearman: *p< .05 **p< .01

Tablo 4.7. Şizofreni grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam puanı ile ilişkili bulunan Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) maddeleri (N=70)

	TALD Toplam
Düşünce Dağınıklığı (P2)	0.844*
Stereotipik Düşünme (N7)	0.661*
Şüphencilik (P6)	0.656*
Sanrılar (P1)	0.616*
Olağandışı Düşünce İçeriği (G9)	0.613*
Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma (G16)	0.568*
Büyükklük Duyguları (P5)	0.464*
Gerginlik (G4)	0.460*
Dikkat Azalması (G11)	0.456*
Taşkınlık (P4)	0.444*
İrade Bozukluğu (G13)	0.439*
Zihinsel Aşırı Uğraşı (G15)	0.431*
Manyerizm (G5)	0.401*

Not: Maddeler ilişki katsayısı büyük olandan küçük olana doğru sıralanmıştır.

Spearman: *p< 0.01

4.8. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Faktör Puanlarının Tanı

Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin faktör puanları hesaplanırken o faktörde yer alan maddelerden alınan puanların toplamı, o faktördeki madde sayısına bölünmüş, her faktör için bu hesaplanan ortalama puan, faktör puanı olarak kullanılmıştır. Tanı grupları arasında, TALD faktörlerine göre hesaplanan ortalama faktör puanları MANOVA ile karşılaştırılmıştır. Analizin sonucunda düşünce süreci bozukluklarının tanılara özgü bir desen ortaya çıkardığı görülmüştür (Bkz. Tablo

4.8.). Pozitif düşünce süreci bozuklukları puanları mani tanısı olan hastalarda diğer tüm gruplardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.001$). Negatif düşünce süreci bozuklukları puanının en yüksek şizofreni tanılı hastalarda olduğu bulunmuştur. Objektif Negatif faktör şizofreni tanılı hastalar ile diğer tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı iken, Subjektif Negatif faktörde şizofreni ve depresyon grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.8. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) faktörlerinin ortalama puanları ve tanı gruplarına göre karşılaştırılması (N=149) #

	Şizofreni N=70	Mani N=20	Depresyon N=24	Kontrol N=35	F (df)	p
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)		
TALD I (OP)	0.74 (0.80) ^a	1.50 (0.63) ^b	0.14 (0.17) ^c	0.02 (0.05) ^c	31.342 (3)	<0.001
TALD II (SN)	0.96 (0.79) ^a	0.18 (0.23) ^b	0.79 (0.71) ^a	0.09 (0.14) ^b	19.290 (3)	<0.001
TALD III (ON)	1.12 (0.77) ^a	0.21 (0.27) ^b	0.33 (0.57) ^b	0.0 (0.0) ^b	35.176 (3)	<0.001
TALD IV (SP)	0.87 (0.97) ^a	1.88 (1.19) ^b	0.56 (0.73) ^{ac}	0.24 (0.39) ^c	15.802 (3)	<0.001

MANOVA sonuçları

^{abc} Farklı simgeler satır içindeki değerlerin birbirinden anlamlı olarak farklı olduğuna işaret etmektedir ($p < 0.01$).

4.9. Şizofreni Grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ve Klinik Parametreler Arasındaki İlişki

Şizofreni tanısı alan 70 hasta ile yürütülen ek analizlerde TALD toplam puanı ile klinik parametreler arasında bakılan yaş kontrollü ilişki analizlerinde hastalık süresi ve hastalığın başlangıç yaşı ile düşük şiddette ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.9). Toplam AP tedavi süresi ile TALD ilişkisine bakıldığında TALD'ın Subjektif Negatif faktörü dışında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Şizofreni grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ve klinik parametreler arasındaki yaş kontrollü kısmi korelasyonlar (N=70)

	TALD I	TALD II	TALD III	TALD IV	TALD Toplam
	Objektif Pozitif	Subjektif Negatif	Objektif Negatif	Subjektif Pozitif	
Hastalık süresi (yıl)	0.206	0.191	0.209	0.297*	0.344**
Hastalığın başlangıç yaşı	-0.197	-0.183	-0.239*	-0.285*	-0.342**
Psikotik alevlenme sayısı	0.232	0.058	-0.015	0.194	0.233
Toplam tedavi süresi (ay)[#]	-0.001	-0.388**	0.156	0.012	-0.082

*p< 0.05 **p< 0.01

[#]11 hastanın tedavi süresi bilgisine ulaşamadığı için bu analiz 59 hasta ile yapıldı.

İlaç kullanımı detaylarına göre şizofreni tanılı hastalar yalnızca klozapin kullanan ve klozapinden başka bir AP tedavi alanlar olarak iki gruba ayrıldığında, klozapin kullanan hastaların TALD Objektif Negatif puanı diğer AP tedavi kullanan hastalara göre daha yüksek saptanmıştır (U=209.000 p = 0.025, Bkz. Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Şizofreni grubunda klozapin kullanan ve diğer antipsikotikleri kullanan hastaların Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) puanlarının karşılaştırılması (N=55)

	Klozapin N= 18	Diğer Antipsikotik N= 37	U	p
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)		
TALD I (OP)	0.38 (0.85)	0.42 (0.92)	331.500	0.978
TALD II (SN)	1.00 (0.75)	0.71 (1.29)	292.500	0.465
TALD III (ON)	1.50 (1.00)	1.00 (1.20)	209.000	0.025
TALD IV (SP)	1.00 (1.63)	1.00 (1.25)	318.000	0.777
TALD Toplam	22.5 (22)	19 (18)	289.500	0.435

Şizofreni grubunda değerlendirme sırasında çalışan hastalar ile çalışmayan hastaların TALD puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Şizofreni grubunda çalışan ve çalışmayan hastaların Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) puanlarının karşılaştırılması (N=70)

	Çalışan	Çalışmayan	U	p
	N= 28	N=42		
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)		
TALD I (OP)	0.29 (0.75)	0.58 (1.56)	479.500	0.190
TALD II (SN)	0.86 (1.32)	0.93 (0.75)	529.000	0.477
TALD III (ON)	1.00 (1.15)	1.20 (1.25)	567.000	0.800
TALD IV (SP)	1.00 (1.13)	0.00 (1.50)	551.500	0.645
TALD Toplam	21 (18)	19.50 (21)	489.500	0.237

4.10. Şizofreni Grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ve Bilişsel İşlevler Arasındaki İlişki

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği ve bilişsel işlevler arasındaki ilişki için önce şizofreni tanılı hastaların nöropsikolojik test sonuçları psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan katılımcılardan oluşan bir örneklemin nöropsikolojik test sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Sonra TALD toplam puanı ve TALD faktörleri ile nöropsikolojik test sonuçlarının ilişkilerine bakılmış, kontrol grubuna göre bozuk olduğu gösterilen bilişsel işlev boyutlarının TALD faktörleri ile olan ilişkisi incelenmiştir.

4.10.1. Şizofreni Grubunda Bilişsel Durumunun Değerlendirilmesi

Şizofreni grubundaki hastaların 46'sına (cinsiyet dağılımı Kadın N=18 (%39), Erkek N=28 (%61), yaş ortalaması \pm SS= 39.4 \pm 10.8, eğitim yılı ortancası=11) nöropsikolojik testler uygulanmıştır. Şizofreni tanılı hastaların nöropsikolojik test sonuçlarının karşılaştırıldığı Kontrol grubunun (N=35) cinsiyet dağılımı Kadın N=15 (%43), Erkek N=20 (%57), yaş ortalaması \pm SS= 35.4 \pm 9.8, eğitim yılı ortancası 11 olarak bulunmuştur. Şizofreni tanısı olan hastalar ile kontrol grubu arasında cinsiyet ($\chi^2(1, N=81)= 0.114$, $p > 0.05$), yaş ($t(79)= 1.726$, $p > 0.05$) ve eğitim yılı ($U=765.00$, $p > 0.05$) açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Şizofreni tanısı olan hastalar ile kontrol grubu karşılaştırıldığında İşitsel Üçlü Sessiz Harf Testi, Sözel Akıcılığın Kategori Akıcılığı bölümü ve İz Sürme Testi B sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 4.12.'de

detaylandırılmıştır. Testlerin ölçtüğü bilişsel işlevlere bakılacak olursa şizofreni grubunda, bilişsel işlev boyutlarından işlem belleği (ACT), sözel akıcılık ve yürütücü işlevlerde (İz Sürme B testi) sağlıklı kontrollere göre bozulma saptanmıştır.

Tablo 4.12. Şizofreni grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim yılı eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubunun nöropsikolojik test sonuçları (N=81) #

	Şizofreni (N=46)	Kontrol (N=35)		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)	t (df)	p
İşitsel Üçlü Sessiz Harf Testi (ACT)	39.11 (13.68)	47.20 (6.36)	-3.509 (65.304)	0.001
Sözel Akıcılık Testleri				
- Kontrollü kelime çağrışım testi	25.35 (12.10)	29.46 (9.37)	-1.665 (79)	>0.05
- Kategori akıcılığı hayvan listesi	16.48 (6.04)	21.63 (4.30)	-4.480 (78.691)	<0.001
- Kategori akıcılığı isim listesi	18.26 (5.31)	25.17 (4.57)	-6.157 (79)	<0.001
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	U	p
- Alternasyon	14 (6)	11 (6)	614.500	>0.05
İz Sürme Testi B				
İz Sürme B (sn)	150 (136)	76 (44)	301.000	<0.001
İz Sürme B Hata	2.5 (4)	1 (2)	393.500	<0.001
WAIS Benzerlikler Testi	18 (7)	*		
Yap-Yapma Görevi Hata	1 (2)	*		

Bağımsız gruplar t-testi ve Mann Whitney U testi sonuçları
sn: Saniye, *Kontrol grubu veri setinde bu iki test verileri eksik olduğu için bu testlerle karşılaştırma yapılmamıştır.

4.10.2. Şizofreni Grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Toplam Puanı ve Faktör Puanları ile Nöropsikolojik Test Sonuçlarının İlişkisi

Yaş ve eğitim yılı kontrol edilerek yapılan analizlerde Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği toplam puanı ile Sözel Akıcılık Alternasyon puanı arasında negatif yönde ve İz Sürme Testi B sonucu arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r(46) = -0.419$, $p = 0.005$; $r(46) = 0.314$, $p = 0.043$). Ek olarak TALD'ın her dört faktörü (Objektif Pozitif, Subjektif Negatif, Objektif Negatif, Subjektif Pozitif) için istatistiksel olarak anlamlı nöropsikolojik test sonuçları Tablo 4.13'te sunulmuştur. Bu bulgulara göre Pozitif düşünce süreci bozuklukları ile İz Sürme Testi B hata sayısı arasında pozitif yönde ilişki görülmektedir. Düşünce bozukluklarının Objektif Negatif faktörü ile negatif yönde ilişki saptanan

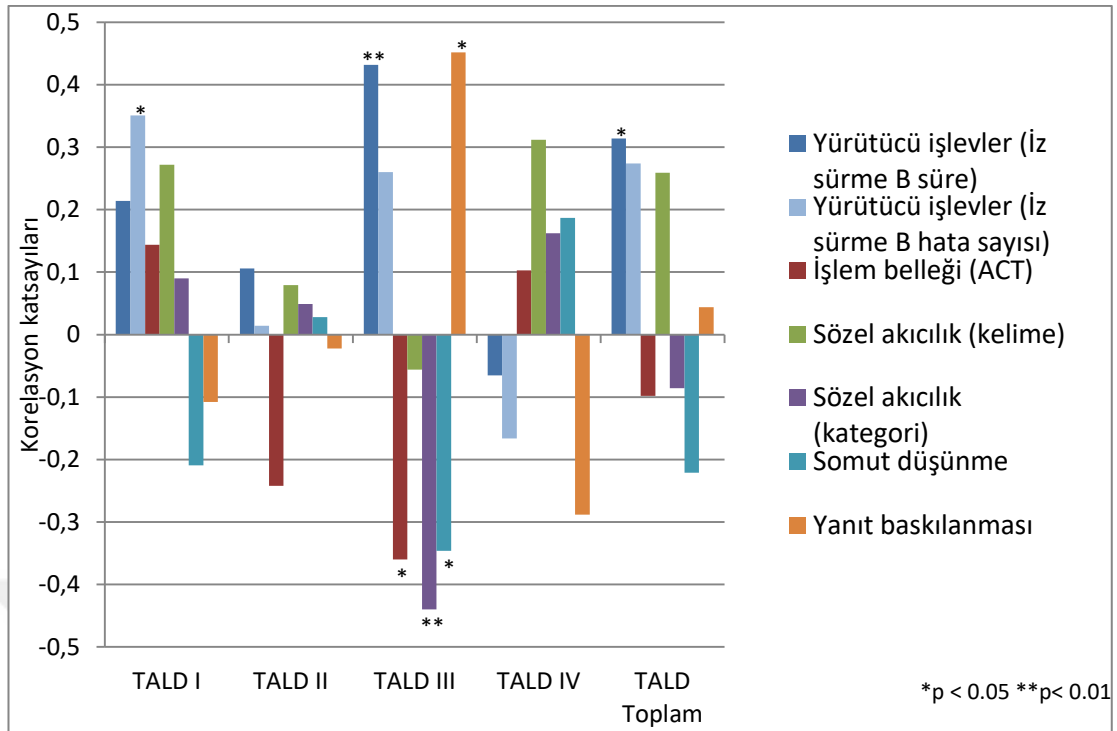
nöropsikolojik testlerin Sözel Akıcılık Testi Kategori Akıcılığı, İşitsel Üçlü Sessiz Harf Testi ve WAIS-Benzerlikler alt ölçeği olduğu bulunmuştur. İz Sürme B'nin süresi ve Yap-Yapma Görevi hata puanları ile TALD'nin Objektif Negatif faktörü arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.13. Şizofreni hastalarında Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD toplam) ve faktör puanları ile nöropsikolojik test puanlarının yaş ve eğitim yılı kontrollü ilişkisi (N=46)

	TALD I	TALD II	TALD III	TALD IV	TALD toplam
Nöropsikolojik Testler	Objektif Pozitif	Subjektif Negatif	Objektif Negatif	Subjektif Pozitif	
İşitsel Üçlü Sessiz Harf Testi	0.144	-.242	-.360*	.103	-.098
Sözel Akıcılık Testi					
-Kontrollü kelime çağrışım testi	0.272	0.079	-0.056	0.312*	0.259
- Kategori akıcılığı hayvan listesi	0.090	0.049	-0.440**	0.162	-0.086
- Kategori akıcılığı isim listesi	-0.035	-0.146	-0.244	0.110	-0.157
- Alternasyon	-0.196	-0.303*	-0.490**	0.062	-0.419**
İz Sürme Testi					
İz sürme B (sn)	0.214	0.106	0.432**	-0.065	0.314*
İz sürme B hata	0.351*	0.014	0.260	-0.166	0.274
WAIS-Benzerlikler	-0.209	0.028	-0.346*	0.187	-0.221
Yap- Yapma Görevi	-0.108	-0.022	0.452*	-0.288	0.044

sn: Saniye, *p< .05 ** p< .01

Şizofreni grubunda sağlıklı kontrollere göre bozulma saptanan işlem belleği, sözel akıcılık ve yürütücü işlevleri ölçen test sonuçlarının TALD toplam ve TALD faktörlerine göre hesaplanan TALD faktör puanları ile ilişkili korelasyon katsayıları Şekil 3.2.'de gösterilmiştir. Bu bulgulara göre yürütücü işlevler, Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin Objektif Pozitif ve Objektif Negatif faktörleri ile ilişkilidir. Sözel akıcılık, İşlem belleği (ACT), Somut düşünme ve Yanıt baskılanmasının Objektif Negatif faktörle ilişkisi olan diğer bilişsel işlevler olduğu görülmektedir. Subjektif faktörler ile değerlendirmeye alınan bilişsel işlevler arasında ilişki saptanmamıştır. Düşünce ve Dil Ölçeği Toplam puanı ise yalnızca yürütücü işlevlerle ilişkili bulunmuştur.



Şekil 3.2. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam ve faktör puanları ile bilişsel işlevlerin ilişkisi

4.11. Şizofreni Grubunda Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) ile İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

İşlevselliği değerlendirmek için uygulanan Kısa İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (FAST) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS) puanları ile TALD toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.14.). Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam puanı ile FAST toplam puanı arasında pozitif yönde, SFS toplam puanı arasında negatif yönde ilişki görülmektedir. Ek olarak SFS ile TALD'ın Objektif faktörleri ile negatif yönde ve FAST ile TALD'ın Objektif Negatif faktörü arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

İşlevsellikle ilişkili bulunan Objektif Negatif faktör ile FAST ve SFS alt ölçeklerindeki ilişkiye bakıldığında FAST'ın "boş zaman etkinlikleri" dışındaki tüm alt ölçek puanları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır (FAST-Özerklik $r(36)= 0.546$, $p= 0.001$, FAST-Mesleki işlevsellik $r(36)= 0.397$, $p= 0.016$, FAST-Bilişsel işlevsellik $r(36)= 0.470$, $p= 0.004$, FAST-Mali konular $r(36)= 0.380$, $p= 0.022$, FAST-Kişilerarası ilişkiler $r(36)= 0.426$, $p= 0.010$). Objektif Negatif faktör ile

SFS alt ölçeklerinden Bağımsızlık alt ölçeklerinde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Bağımsızlık-Yetkinlik için $r(35) = -0.512$, $p = 0.002$, Bağımsızlık-Performans için $r(36) = -0.412$, $p = 0.014$) Yaşam kalitesinin dört boyutundan hiçbirisi için TALD toplam ve alt ölçek puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.14. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam ve faktör puanlarının Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (FAST) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS) puanları ile ilişkisi

WHOQOL-BREF-TR (N=39)	TALD I	TALD II	TALD III	TALD IV	TALD toplam
	Objektif Pozitif	Subjektif Negatif	Objektif Negatif	Subjektif Pozitif	
Fiziksel	-0.200	0.021	-0.198	-0.041	-0.278
Psikolojik	0.248	-0.238	-0.114	-0.53	-0.080
Sosyal ilişkiler	0.250	-0.025	-0.124	0.144	-0.021
Çevre	-0.129	-0.112	0.066	-0.015	-0.207
FAST-toplam (N=36)	0.093	0.146	0.476**	0.018	0.396*
SFS-toplam (N=35)	-0.335*	-0.151	-0.370*	0.023	-0.460**

Spearman * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile düşünce süreci bozukluklarını yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme ile ayrıntılı değerlendirme imkânı veren Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) Türkçe formunun geçerlik güvenirlik analizleri yapılmıştır. Çalışmanın bulguları özetle, TALD Türkçe formunun orijinal çalışmadakine benzer biçimde geçerli ve güvenilir olduğunu ve ölçek maddelerin dörtlü faktör yapısı içinde toplandığını göstermektedir. Ek olarak, şizofrenide düşünce bozukluğunun TALD ile değerlendirildiği bir örnekleme, düşünce bozukluğu hastalık şiddeti, yürütücü işlevler başta olmak üzere farklı bilişsel işlevler ve işlevsellik ile pozitif yönde ilişkili bulunmuş, ancak subjektif olarak değerlendirilen yaşam kalitesi ile ilişki bulunmamıştır.

Bu bölümde sırasıyla örneklemin özellikleri, ölçeğin faktör yapısı, ölçekle belirlenen düşünce bozukluğu boyutlarının psikopatolojinin diğer boyutlarıyla ilişkisi, düşünce bozukluğu boyutlarının tanı gruplarında karşılaştırılması, şizofreni grubunda düşünce bozukluğu boyutlarının klinik özellikler, nöropsikolojik test sonuçları, işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisi tartışılacaktır.

Örneklemin sosyodemografik özelliklerinden cinsiyetin tanı gruplarına dağılımına bakıldığında şizofreni grubunda erkek, depresyon grubunda kadın katılımcıların daha çok olması alanyazındaki sıklık bilgileri ile uyumludur (Aleman ve ark., 2003; Karger, 2014). Şizofreni tanılı hastaların çoğunun bekâr olduğu görülmektedir. Yaş ve eğitim yılı açısından psikiyatrik tanı grupları arasında fark saptanmamıştır. Kircher ve arkadaşlarının (2014) TALD çalışmasındaki örneklemin özellikleriyle karşılaştırıldığında, her iki çalışmadaki grupların temel sosyodemografik özellikleri açısından benzer gruplar olduğu görülmektedir.

Örneklemin klinik özelliklerinde şizofreni grubunda PANSS ortanca puanının <70 ve CGI ölçeği ortancasının 4 olduğu gözetildiğinde, bu grubun görece orta düzeyde belirti şiddeti sergileyen, klinik durumu stabil hastalardan oluştuğu söylenebilir. Mani grubunun global hastalık şiddeti derecesi diğer gruplara göre ağır bulunmuştur (CGI ortancası (IQR):5 (1)). Bu durum mani dönemindeki hastaların akut/subakut dönemde değerlendirmeye alınması ile açıklanabilir. Depresyon

grubunda hastalığın başlangıç yaşının daha geç (ortanca (IQR)=35 (26)) olduğu görülmektedir. Bu bulgu alanyazındaki bilgilerle tutarlıdır (van Noorden ve ark., 2011).

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) maddelerinden en sık gözlenen ilk iki madde orijinal çalışmada olduğu gibi Ruminasyon ve Düşüncelerin birbirine karışmasıdır. Ölçeğin Türkçe formunda Sözcük tekrarı ve Yankılama %5'ten az gözlenmiştir. Orijinal çalışmada Sözcük tekrarı ve Yankılamaya ek olarak Uyaklı çağrışım maddesi de %5'ten az sıklıkta gözlenmiştir. Bu çalışmada Uyaklı çağrışımın sıklığı %8.1 bulunmuş ve orijinal çalışmadan (Kircher ve ark., 2014) farklı olarak faktör analizine dahil edilebilmiştir.

Ölçeğin Türkçe formu, orijinal çalışma olan Kircher ve arkadaşlarının (2014) çalışmasındaki gibi yüksek iç tutarlılık katsayılarına sahiptir (Türkçe form için bu katsayılar: 0.91, 0.78, 0.76 ve 0.53, Orijinal ölçek için: 0.92, 0.83, 0.58, 0.58). Ölçeğin iç tutarlılık analizleri sonucunda orijinal çalışmaya benzer şekilde düşünce süreci bozukluklarının çok boyutlu yapısını işaret eden dört farklı faktör ortaya konmuştur (Pozitif-Negatif ve Objektif-Subjektif belirti boyutları). Böylece TALD Türkçe formunun objektif ve subjektif düşünce süreci bozukluklarını ayırt edebildiği gösterilmiştir. Objektif ve subjektif boyutları değerlendirilmesiyle TALD, karmaşık belirti kümelerinden oluşan düşünce süreci bozukluklarına yeni ve kapsamlı bir bakış açısı getirmektedir.

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin (TALD) yapısındaki ilk faktör "Objektif Pozitif" olarak isimlendirilmiştir ve tek başına varyansın yaklaşık 1/4'ünü açıklamaktadır (%24.96). Bu faktörü en iyi temsil eden Raydan çıkma, Çok konuşma, Çevresellik, Teğetsellik maddeleri önceki düşünce süreci bozukluklarını ölçen araştırmalara koşut olarak düşünce sürecindeki dezorganizasyona işaret etmektedir (Andreasen ve Grove, 1986; Harvey ve ark., 1990; Peralta ve ark., 1992). Bu faktördeki diğer maddeler de önceki çalışmalarda düşünce süreci bozukluklarının pozitif veya dezorganizasyon bileşenleri ile uyumludur (Andreasen ve Grove, 1986; Peralta ve ark., 1992; Liddle ve ark., 2002). Ölçeğin Türkçe formunda birinci faktörde yer alan maddeler, 4 madde hariç, Kircher ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında

birinci faktörde yer alan maddelerle büyük benzerlik göstermektedir. Anlamsal (Semantik) parafazi ve Sesbirimsel (Fonemik) parafazi, Kircher ve arkadaşlarının çalışmasında Objektif Pozitif faktörde yer alırken, bu çalışmada Anlamsal parafazi herhangi bir faktöre yüklenmediğinden faktör dağılımına katılmamış, Sesbirimsel (Fonemik) parafazinin ise dördüncü faktöre yüklendiği görülmüştür. Türkçe formunda farklı faktörde bulunan diğer iki madde Konuşma içeriğinin fakirleşmesi ve Düşünce kopmasıdır. Bu iki madde Objektif Negatif faktörde tartışılmıştır.

İkinci faktör, Subjektif Negatif faktör, en iyi Düşünce fakirleşmesi, Konuşmayı ifade etmede bozukluk ve Blok maddeleri ile temsil edilmektedir. Düşünce süreci bozukluklarındaki subjektif boyut literatürde Jaspers (1919) tarafından ayrıntılı incelenmiştir (Stanghellini ve ark., 2013). Düşünce süreci bozukluklarını subjektif olarak ölçen çalışmalar bulunmasına rağmen (Barrera ve ark., 2008), subjektif belirtiler TALD Türkçe formunda da Kircher ve arkadaşlarınıninkine benzer şekilde ayrı bir boyutta ele alınabilmektedir. Subjektif Negatif faktörde yer alan maddeler her iki çalışmada da ortaktır.

Üçüncü faktör, Objektif Negatif faktör, TALD Türkçe formunda 5 maddeden oluşmaktadır. Kircher ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bu faktörde Konuşmanın fakirleşmesi, Düşünce yavaşlaması ve Somut düşünce maddeleri yer almaktadır. Bu çalışmada bu maddelere ek olarak Konuşma içeriğinin fakirleşmesi ve Düşünce kopması da faktör analizinde Objektif Negatif faktörde yer almıştır. Bu iki madde Kircher ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında Objektif Pozitif faktördedir. Fenomenolojik olarak pozitif ve negatif belirti tanımlarına bakıldığında, pozitif belirtiler normal işlevlerin abartılmış hali (olmaması gereken bir şeyin olması), negatif belirtiler de normal işlevlerin kaybı (olması gereken bir şeyin olmaması) olarak kavramsallaşmaktadır (Anıl Yağcıoğlu ve Ayhan, 2018; Black ve Andreasen, 2014; Crow, 1980). Konuşma içeriğinin fakirleşmesi, konuşma ve cevapların yeterli miktarda olmasına rağmen karşıya iletilen bilgi miktarının azalması şeklinde tanımlanabilir. Düşünce kopması, düşünce akışında ani bir kesilme gözlenmesi, düşünce akışındaki sürekliliğin kaybolmasını ifade eder. Bu tanımlara bakıldığında

Konuşma içeriğinin fakirleşmesi ve Düşünce kopmasının fenomenolojik olarak negatif belirtiler kapsamında ele alınması daha uygun olabilir.

Subjektif Pozitif faktör, Kircher ve arkadaşlarının (2014) çalışmasındakine benzer şekilde, TALD Türkçe formunda Düşüncelerin birbirine karışması ve Basıncılı/Hızlı konuşma maddelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunda Sesbirimsel (Fonemik) parafazi bu faktöre yüklenmesine rağmen, bu madde faktör dışı bırakıldığında iç tutarlılık parametrelerinde belirgin iyileşme saptanmıştır. Bu sebeple TALD Türkçe formunda Subjektif Pozitif faktör iki madde ile sınırlandırılmıştır.

Görüşmeciler arası güvenilirlik analizinde orijinal çalışmada 6 görüşmeci arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısı 0.80 bulunmuştur (Kircher ve ark., 2014). Bu çalışmada 2 araştırmacı arasında oldukça yüksek sınıf içi korelasyon katsayısı (0.95) saptanmıştır. Bu veriler ışığında TALD Türkçe formun düşünce süreci bozukluklarını değerlendirmede kullanılabilir güçlü psikometrik özelliklere sahip olan bir ölçek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın örnekleminde sağlıklı kontrollerin de yer alması, TALD Türkçe formun subjektif boyutları da içeren birçok düşünce süreci bozukluğunu kapsaması ölçeğin prodromal dönem hastalara ve hasta yakınlarına da uygulanmasına da olanak sağlayabilir.

Türkiye’de düşünce süreci bozukluklarını ölçmek için uyarlama ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmış diğer tek ölçek Ulaş ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe’ye çevrilen Düşünce ve Dil Ölçeğidir (Thought and Language Index, Liddle ve ark., 2002). Bu ölçek ile TALD karşılaştırıldığında, TALD’in bazı üstün yönleri olduğu söylenebilir. En başta, Düşünce ve Dil Ölçeği 8 maddeden oluşmaktadır. Tüm düşünce süreci bozukluklarını içermemektedir. Türkçe çevirisinde “çelinebilirlik” maddesinin geçerlik ve güvenilirliğinin düşük olduğu bildirilmektedir (Ulaş ve ark., 2007). Şizofreni tanılı hastalar dışında bir tanıda geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Ölçek tematik algı testi ile birlikte uygulanmaktadır. Uygulanan kişinin tematik algı testine verdiği yanıtlar kaydedilmektedir. Kayıtların tekrar dinlenmesi ile ölçeğin protokolüne göre düşünce süreci bozuklukları değerlendirilmektedir. Bunun için test materyalini bilen deneyimli uygulayıcıya ihtiyaç vardır. Düşünce ve Dil

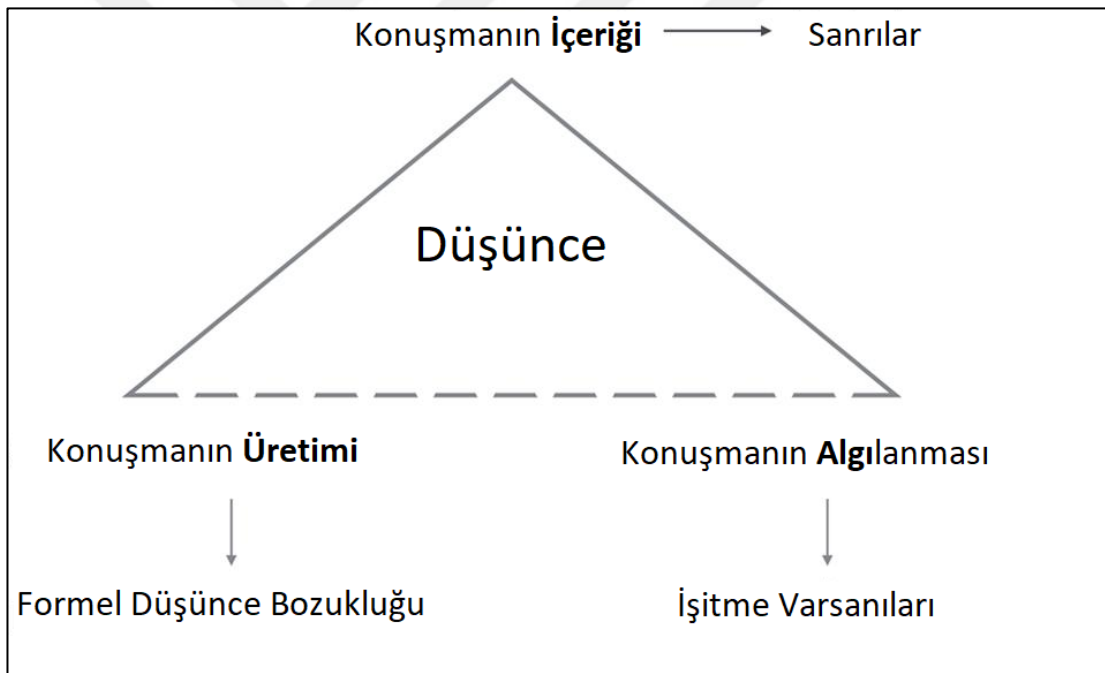
Ölçeğini çeviren araştırmacılara göre uygulama 15 dakika sürse de daha sonra kayıtların dinlenmesi ve puanlaması için ek süreye ihtiyaç vardır. Halbuki TALD görüşmesi bir yarı yapılandırılmış görüşmedir. Düşünce süreci bozuklukları semptomatolojisine aşına bir görüşmeci tarafından psikopatoloji değerlendirmesinin yapıldığı (PANSS uygulanması gibi) bir görüşmeye ek dokuz subjektif belirtinin varlığı sorgulanarak TALD puanlaması yapılabilir. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin (TALD) kılavuzundaki belirti örnekleri ve örnek sorular değerlendirme için yeterli yönlendirme gücüne sahiptir ve ek test materyaline gerek bulunmamaktadır.

Psikopatoloji şiddeti ile TALD toplam puanı arasında yapılan ilişki analizlerinde hem tüm örnekleme, hem de şizofreni grubunda TALD toplam puanı ile PANSS toplam puanı arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki saptanması, düşünce süreci bozuklarının şiddeti ile psikopatoloji şiddetinin birbiri ile uyumlu olduğunu göstermektedir (Roche ve ark 2015). Şizofreni grubundaki ilişki analizlerinde Objektif Pozitif faktör puanının PANSS pozitif belirtiler puanı ile, Objektif Negatif faktör puanının PANSS negatif belirtiler puanı ile pozitif yönde kuvvetli ilişki bulunması objektif değerlendirilen düşünce süreci bozukluklarının şizofrenide gözlenen diğer belirtilerin pozitif ve negatif belirti kümelerine ayrımı ile uyumlu bir bulgudur.

Düşünce süreci bozukluğu puanı ile PANSS maddelerinin puanları arasında en kuvvetli ilişki, Düşünce dağınıklığı (P2) maddesi ile saptanmıştır. Pozitif belirtiler alt ölçeğinde yer alan bu madde düşünce süreci bozukluklarının değerlendirildiği maddedir. Bu araştırmada TALD toplam puanı ile Düşünce dağınıklığı puanı arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki saptanması, TALD Türkçe uyarlamasının düşünce süreci bozukluklarını ölçmede geçerli bir araç olduğunu destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

İlişki katsayısının büyüklüğüne göre Düşünce dağınıklığı maddesini takip eden Stereotipik düşünme (N7), Şüphencilik (P6), Sanrılar (P1), Olağandışı düşünce içeriği (G9), Aktif biçimde sosyal kaçınma (G16), Büyüklük duyguları (P5) maddeleri ve Zihinsel Aşırı Uğraşı (G15) maddesinin düşünce içeriği ile yakından ilişkili maddeler olması dikkat çekicidir. Düşünce süreci bozuklukları ile dil işlevleri arasında belirgin

bir ilişki vardır. Düşünce sürecindeki bozulmanın saptanması bireyin konuşması değerlendirilerek yapılır ve DSM 5'e göre şizofreni tanı ölçütlerinde yer alan dağınık konuşma (raydan çıkma, sözcük salatası gibi) dezorganize düşünmeyi ifade etmektedir. Dil, düşünme, konuşma, algı, bellek, dikkat gibi bir dizi işlevin birbiri ile uyumlu olarak çalışması ile oluşturulur (Hinzen ve Rossello, 2015). Bu uyumun kaybı dil ve düşünce bozukluklarına yol açmaktadır. Başka bir deyişle düşüncenin dilsel yapısı konuşmanın üretimi, konuşmanın içeriği ve algıdan oluşmaktadır. Bu yapıyı oluşturan bileşenler birbirinden tamamen bağımsız değildir (Menenti ve ark., 2011)(Bkz. Şekil 4.1.). Bu bağlamda, TALD toplam puanı ile PANSS'ın düşünce içeriği ile ilgili olan maddeleri arasında ilişki bulunması, düşüncenin yapısı ve içeriği arasındaki yakın ilişkili ile açıklanabilir.



Şekil 4.1. Düşüncenin dilsel yapısındaki bozulma ile ortaya çıkan pozitif belirtiler

(Hinzen ve Rossello 2015'ten uyarlanmıştır)

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (TALD) toplam puanı ile ilişkili bulunan PANSS maddelerinden Dikkat azalması (G11), İrade bozukluğu(G13) düşünce süreçleri ile yakından ilişkilidir (Higashima ve ark., 1998; Turetsky ve ark., 2009). Gerginlik (G4) ve Taşkınlık (P4) ile bulunan pozitif yönlü ilişki bazı düşünce süreci

bozukluklarının emosyonel stres durumlarında ortaya çıkması ile açıklanabilir (Docherty ve ark., 1994). Manyerizm (G5) sıklıkla dezorganizasyon belirtisi olarak değerlendirilir ve düşünce süreci bozuklukları ile ilişkisi alanyazınla uyumlu bir bulgudur (van der Gaag ve ark., 2006).

Tanı gruplarının karşılaştırılması ile farklı tanı gruplarında 4 TALD faktörünün belirti şiddetinin farklı dağılım gösterdiği görülmüştür. Objektif Pozitif faktör puanı en yüksek olan grubun, beklenenden farklı olarak şizofreni değil, mani grubu olması dikkat çekicidir. Mani dönemindeki hastalar akut/subakut dönemde değerlendirmeye alınmıştır. Şizofreni grubunda psikotik alevlenme döneminde olan hastalarla beraber, kronik stabil dönemde olan hastalar da bulunmaktadır. Objektif Pozitif belirtilerin mani grubunda daha şiddetli olmasının nedeni gruplardaki bu özellikler olabilir. Aynı zamanda kesitsel bir değerlendirmeden çok izlemde devam eden pozitif düşünce süreci bozukluklarının şizofreni ile bipolar bozukluk ayrımında önemli olduğu alanyazında gösterilmiştir (Yalincetin ve ark., 2016). Objektif Negatif belirtilerin en şiddetli bulunduğu grup şizofreni grubudur. Şizofreni grubu Subjektif Negatif faktörden de en yüksek puanı almıştır ancak şizofreni ve depresyon grubunun Subjektif Negatif faktörden aldıkları puanlar istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Bu sonuçlar orijinal çalışma ile benzerdir (Kircher ve ark., 2014). Aynı zamanda önceki çalışmalarda da negatif düşünce süreci bozukluklarının şizofrenide belirgin olduğu bildirilmiştir (Yalincetin ve ark., 2016). Dikkat edilmesi gereken bir husus, TALD aracılığıyla düşünce süreci bozukluklarının semptomatolojisine dayanarak tanı koyulmasının amaçlanmadığıdır. Önemli olan farklı tanı gruplarında farklı belirti kümelerinin ön plana çıkmasıdır. Aynı zamanda TALD, farklı tanı gruplarında düşünce süreci bozukluklarını ölçme fırsatı sunmaktadır. Bu sayede prognostik değeri olan, psikoza dönüşüm için yordayıcı özellik gösteren, izlem dönemindeki seyri ayırıcı tanıda yol gösterici olabilecek düşünce süreci bozuklukları geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendirilebilmektedir.

Bu araştırmanın alanyazındaki diğer düşünce bozukluklarıyla ilgili ölçek çalışmalarından farklı bir yanı da şizofreni tanısı alan 70 katılımcının düşünce süreci bozukluklarının klinik özellikler ve bilişsel işlevler ile ilişkisinin detaylı incelemesidir.

Bulgulara göre düşünce süreci bozukluğunun şiddeti, hastalık süresi ile pozitif yönde, hastalığın başlangıç yaşı ile negatif yönde ilişki göstermektedir. Aynı zamanda düşünce süreci bozukluklarının şiddeti ile toplam antipsikotik tedavisi süresi arasında Subjektif Negatif faktörde gözlenen zayıf negatif yönde ilişki dışında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular düşünce süreci bozukluklarının süregelen seyreden bir belirti grubu olması (Harvey ve ark., 1990; Metsanen ve ark., 2006; Wilcox ve ark., 2012), düşünce süreci bozukluklarına ilaç tedavisinin etkisinin sınırlı olması (Kircher ve ark., 2018; B. Remberk ve ark., 2012; Stirling ve ark., 2006), erken başlayan şizofreni spektrumu hastalarında daha şiddetli olması (Howard ve ark., 1993; Luoma ve ark., 2008; B. Remberk ve ark., 2012) ile uyumludur.

Psikotik alevlenme ile düşünce süreci bozukluğunun ilişkili olduğunu bildiren çalışmalara rağmen (Fenton ve McGlashan, 1994; Parnas ve ark., 1988) bu çalışmada psikotik alevlenme sayısı ile TALD toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Hastaların bir kısmında şizofreninin psikotik alevlenmelerle seyretmemesi, bu çalışmada düşünce süreci bozuklukları ile hastalık süresi arasında ilişki bulunmasına rağmen psikotik alevlenme ile ilişki saptanmamasını açıklayabilir. Ancak psikotik alevlenmelerin düşünce süreci bozuklukları üzerindeki etkisinin en yeterli şekilde değerlendirilebilmesi için psikotik alevlenmelerin öncesi ve sonrasını karşılaştıran izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

Şizofreni grubunda klozapin tedavisine göre TALD toplam ve faktör puanları incelendiğinde klozapin kullananlarda Objektif Negatif faktör puanının klozapin dışı antipsikotik kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmış, diğer faktör puanları ve toplam puanda fark saptanmamıştır. Örneklemden tüm klozapin kullanan hastalara klozapin başlama endikasyonu tedavi direncidir. Bu bilgi ışığında klozapinin tedaviye dirençli hastalarda düşünce süreci bozukluklarından Objektif Negatif belirtiler hariç diğer tüm düşünce süreci bozukluklarını, tedaviye direnç göstermeyen ve diğer antipsikotiklerle tedavisi sürdürülerek klinik tablosu stabilize edilebilen hastalar düzeyine çekebildiğini, düzeltildiğini düşündürmektedir. Bu durumda bir olasılık Objektif Negatif faktörün kapsamında

olan belirtilerin tedaviye dirençli şizofreni hastalarında klozapin tedavisinden yeterince fayda görmemesidir. Daha düşük bir diğer olasılık ise, klozapine özgü bazı önemli yan etkilerin (sedasyon, yüksek antikolinergik özellikle ilişkili yan etkiler gibi) bu faktörlerdeki belirtilerde artışa neden olmasıdır. Ek olarak tedaviye direnç nedeniyle klozapin tedavisine geçilen hastalarda, klozapin tedavisinden önce de Objektif Negatif belirtiler, diğer antipsikotik tedavileri kullanmaya devam eden ve tedaviye dirençli olarak nitelendirilmeyen hastalara göre daha şiddetli olabilir. Ancak, klozapinin düşünce süreci bozukluklarına etkisinin en yeterli biçimde tespiti için klozapin tedavisinden önceki ve sonraki dönemi karşılaştıran bir çalışma deseni daha uygundur. Bilgimiz dahilinde klozapinin çağrışım bozukluklarının farklı faktörleri üzerindeki etkisini kapsamlı ve ayrıştırıcı olarak inceleyen bir çalışma mevcut değildir.

Şizofreni grubundaki nöropsikolojik test uygulanan 46 hastanın sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasında incelenen üç bilişsel alanda da (işlem belleği, sözel akıcılık ve yürütücü işlevler) beklenene göre şizofreni grubunda bozulma saptanmıştır. Şizofreni grubunda nöropsikolojik testlerle yaş ve eğitim yılı kontrol edilerek yapılan ilişki analizlerinde Objektif Pozitif düşünce süreci bozuklukları yürütücü işlevlerdeki bozulma ile ilişkili bulunmuştur (iz sürme testi B - Hata sayısı). Bu bulgu Objektif Pozitif belirtilerin (raydan çıkma, düşünce çözülmesi, yandan cevap gibi) zihinsel esneklikteki bozulma ve farklı bilişsel süreçlerin kontrolü ve yönetimindeki bozulmadan kaynaklandığını gösterebilir (Xu ve ark., 2014, Kircher ve ark., 2014). Nagels ve arkadaşlarının (2016) TALD ile nöropsikolojik işlevlerin ilişkisini araştırdıkları çalışmada sağlıklı kontrol grubu ve depresyon, mani tanılı hastaların şizofreni tanılı hastalara dahil edildiği tüm örnekleme Objektif Pozitif belirtilerle yürütücü işlevler arasında ilişki saptanırken, tek başına şizofreni grubunda bu ilişki gösterilememiştir. Ancak Nagels ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında şizofreni grubunun nöropsikolojik test sonuçlarının sağlıklı kontrollere göre ne oranda farklı olduğunun araştırılmadığı dikkat çekmektedir. Sağlıklı kontrollere göre bozuk olduğu gösterilen bir bilişsel boyutta düşünce süreci bozuklukları ile ilişki saptanması bu çalışmanın Nagels ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına göre avantajıdır.

Bu çalışmada Subjektif faktörlerin her ikisinde de (Subjektif Negatif, Subjektif Pozitif) araştırılan bilişsel işlevlerle ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu alanyazında TALD kullanan önceki çalışma ile (Nagels ve ark., 2016) benzerdir. Bu durumun iki sebepten kaynaklandığı düşünülebilir. Uygulanan nöropsikolojik testler bu belirti boyutları ile ilişkili bilişsel işlevleri ölçmek için uygun testler olmayabilir. Bir diğer olası sebep subjektif belirtiler uykusuz kalmak, stres altında olmak, ilaç yan etkileri gibi faktörlerden kolay etkilendiğinden (Kircher ve ark., 2014) ve zaman içinde hızlı değişkenlik gösterdiğinden, bu faktörler sonuçları etkilemiş olabilir. Bu bağlamda subjektif düşünce süreci bozukluklarını araştırırken tüm bu olasılıkların göz önünde bulundurulması gerektiği, araştırma örneklemine subjektif belirtilerin görece daha belirgin olduğu mani ve depresyon hastalarının da eklenmesi gerektiği önerilebilir.

Objektif Negatif faktörle (Konuşmanın fakirleşmesi, düşünce yavaşlaması, konuşma içeriğinin fakirleşmesi gibi) ilişkili bulunan bilişsel işlevler yürütücü işlevler (iz sürme testi B-süre), sözel akıcılık (Kategori akıcılığı), işlem belleği, somut düşünme ve yanıt baskılamadır. Kategori akıcılığındaki ve işlem belleğindeki bozulma bir arada değerlendirildiğinde konuşmadaki fakirleşme ve yavaşlamada sözel işlem belleği süreçlerindeki sapmaların rolü olabileceği düşünülebilir. Alanyazında şizofrenide harf akıcılığının korunmasına rağmen (Tan ve ark., 2016), konuşmada fakirleşme gibi negatif düşünce süreci bozuklukları ile semantik ağ işlevlerinin, dil/konuşma ile ilgili beyin bölgelerinin ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Badcock ve ark., 2011; Kircher ve ark., 2018; Stegmayer ve ark., 2017; Stirling ve ark., 2006; Tan ve ark., 2016). Semantik akıcılıktaki bozulma TALD ile yapılan bir önceki çalışmada da (Nagels ve ark., 2016) Objektif Negatif faktörle ilişkili bulunmuştur. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'ndeki (TALD) Somut düşünme maddesi Objektif Negatif faktörde yer almaktadır. Bu yüzden Objektif Negatif faktör ile somut düşünmeyi ölçen test sonuçlarının ilişkili bulunması beklenen bir bulgu olabilir. Somut düşünme süreçlerinde, özellikle metaforların yorumlanmasında, düz anlamlı bilginin ("*literal information*") inhibisyonunun önemli yer tuttuğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (George ve Wiley, 2016; Kircher ve ark., 2007). George ve Wiley'in çalışmasında (2016) soyut anlamın ifadesi için

eşzamanlı aktive olan düz anlamlı bilginin inhibe edildiği, bu süreçteki bozulmanın somut düşünme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yanıt baskılanmasının Somut düşünme ile birlikte aynı faktörle ilişkili bulunmasında bu mekanizmanın rolü olabilir.

Yürütücü işlevlerin hem pozitif düşünce süreci bozukluklarıyla, hem de negatif düşünce süreci bozukluklarıyla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Barrera ve ark., 2005; Liu ve ark., 2011; B. Remberk ve ark., 2012; Stirling ve ark., 2006; Xu ve ark., 2014). Xu ve arkadaşlarının ilk atak psikoz hastalarını bir yıl izledikleri çalışmada yürütücü işlevlerdeki bozulmanın hem pozitif düşünce süreci bozuklukları, hem de negatif düşünce süreci bozuklukları için yordayıcı olduğu bulunmuştur. Sans-Sansa ve arkadaşları ise (2013) düşünce süreci bozukluğu olan hastalarda konuşma içeriğinin fakirleşmesinin bilateral orbitofontal ve mediyal prefrontal korteks hacmi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bu bölgeler yürütücü işlevlerle ilişkili beyin bölgeleridir. İz sürme testi B'nin farklı parametrelerinin farklı belirti kümeleri ile ilişkili bulunması (İz sürme B hata sayısı Objektif Pozitif faktör, İz sürme B süresi Objektif Negatif faktör ile ilişkili bulunmuştur) düşünce süreci bozuklukları ile yürütücü işlevlerin ilişkisinin incelenmesinde daha detaylı (yürütücü işlevlerin farklı bileşenlerini ölçen) testlerin kullanılması gerektiğini düşündürmektedir.

Şizofreni hastalarında sosyal ilişkiler ve mesleki işlevsellikte kayıp olduğu bilinmektedir (Robinson ve ark., 2004; Uçok ve ark., 2012). Düşünce süreçleri hem sosyal işlevsellikte, hem sözel ve sözel olmayan iletişimde, hem de gündelik yaşam aktivitelerinde önemli rol oynamaktadır. Pozitif düşünce süreci bozuklukları olan şizofreni hastalarının sosyal aktivitelerinde azalma olduğu, iletişim becerilerinde kayıp olduğu, o anki bağlama uygun bilgiyi kavramada zorlandıkları bildirilmiştir (Bowie ve Harvey, 2008; Hardy-Baylé ve ark., 2003; Yalincetin ve ark., 2016). Ancak düşüncenin fakirleşmesi, sözel üretkenliğin azalması, somut düşünme gibi negatif düşünce süreci bozuklukları da sosyal izolasyona, kişilerarası ilişkilerde arkadaşlık ilişkilerinin azalmasına, iletişim sorunlarına yol açmaktadır (Bowie ve Harvey, 2008; Racenstein ve ark., 1999; Yalincetin ve ark., 2016). Bu çalışmada, düşünce süreci

bozukluklarının hem toplam puan şiddeti, hem de Objektif Negatif faktör puanı şiddeti ile sosyal işlevsellik ve kişilerarası işlevsellikteki bozulmanın pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ek olarak bahsedilen alanyazınla uyumlu olarak Objektif Pozitif belirtilerin şiddeti ile sosyal işlevselliğin negatif yönde ilişkide olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada, şizofreni grubunda çalışan ve çalışmayan hastalar arasında düşünce süreci bozukluğunun şiddeti farklı bulunmamasına rağmen, mesleki işlevselliğin daha ayrıntılı değerlendirilmesinde, mesleki işlevsellikteki bozulma ile düşünce süreci bozukluğu şiddetinin pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Düşünce süreci bozuklukları sadece hastalığın alevli döneminde değil, remisyon döneminde de işlevsellikle yakından ilişkilidir (Yalincetin ve ark., 2016). Bu bilgiler düşünce süreci bozukluğunun şizofrenide ayrı bir tedavi hedefi olarak ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Alanyazında şizofreni tanılı hastalarda düşünce süreci bozuklukları ile yaşam kalitesinin ilişkisini araştıran saptayabildiğimiz üç çalışma bulunmaktadır. Ulaş ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında öznel olarak bildirilen yaşam kalitesi ile düşünce süreci bozuklukları arasında ilişki saptanmamıştır. Ulaş ve arkadaşlarının (2008) kullandığı ölçek bizim çalışmamızda da kullanılan, öznel yaşam kalitesini değerlendiren, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formudur (WHOQOL-BREF). Bowie ve Harvey'in (2008) çalışmasında arkadaşlık kurma, sosyal beceriler, sosyal nezaket gibi yaşam kalitesi ile ilgili objektif ölçütler kullanılmış ve negatif düşünce süreci bozukluğunun sosyal izolasyona yol açtığı, arkadaş ilişkilerini azalttığı gösterilmiştir. Tan ve arkadaşları (2014) yaşam kalitesini hem objektif, hem subjektif olarak değerlendirmiş ve sözel üretkenlikte azalmanın yalnızca objektif yaşam kalitesi ölçütleri için yordayıcı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda düşünce süreci bozukluklarının şiddeti ile subjektif olarak bildirilen yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak çalışmamızın örneklemindeki hastaların görece stabil dönemde olduğu (PANSS ortalaması <70), düşünce süreci bozukluklarının azalmış iç görü ile ilişkili olması (Rossell ve ark., 2003), düşünce süreci bozukluğunun öznel değerlendirme süreçlerini de bozabileceği göz önünde tutulmalıdır. Yaşam kalitesi

alanında düşünce süreci bozukluğu olan ve olmayan şizofreni tanılı hastaların karşılaştırıldığı çalışmaların yapılması yol gösterici olabilir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örnekleme mani ve depresyon hastalarının sayısı diğer gruplara göre daha azdır. Düşünce süreci bozukluklarından iki maddenin (Sözcük tekrarı ve Yankılama) sıklığı %5'in altında olduğu için bu maddeler faktör analizine dahil edilmemiştir. Bu maddeler şiddetli akut hastalık döneminde daha sık görülmektedir. Ancak bu çalışmada şiddetli akut hastalık döneminde olan katılımcıların sayısı daha azdır. Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmış, düşünce süreci bozukluklarını değerlendiren farklı bir ölçekle (Ulaş ve ark., 2007) karşılaştırma yapılmaması, araştırma desenin kesitsel olması, ilaç yan etkilerinin değerlendirilmemiş olması diğer kısıtlılıklar arasında sayılabilir. Araştırmanın güçlü yönleri ise, TALD'ın Türkçe uyarlamasının güçlü psikometrik özelliklere sahip geçerli ve güvenilir bir araç olduğunun geniş bir örnekleme gösterilmesidir. Bu ölçeğin, orijinal dili dışında olan bir uyarlamasında tüm düşünce süreci bozukluklarını yakalayabilecek kapsama sahip olduğu, yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme ile değerlendirmenin yapılabildiği, ek bir ölçüm aracına ihtiyacının olmadığı, farklı tanı gruplarında düşünce süreci bozukluklarını ölçebildiği gösterilmiştir. Bu çalışmada, ölçeğin uygulanmasının psikotik bozukluklarda belirti şiddetini ölçen ve Türkçe uyarlanması yapılmış olan PANSS (Kostakoğlu ve ark., 1999) görüşmesine kısa 10 dakikalık bir görüşme eklenmesi ile tamamlanabileceği gözlenmiştir. Bu pratik uygulamanın ülkemizde şizofreni hastalarının belirti ve bulgularının çok boyutlu değerlendirilmesi için önemli bir kazanım olduğu düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin (TALD) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizleri şizofreni, mani, depresyon tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrollerden oluşan 149 kişilik bir örnekleme yapılmış ve ölçeğin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun düşünce süreci bozukluklarını negatif ve pozitif belirti boyutlarının yanında objektif ve subjektif boyutları ile birlikte değerlendirebildiği görülmüştür. Ölçeğin duyarlı ve kapsamlı bir değerlendirme imkanı sunması prodrom dönemindeki hastalar ve hasta yakınları ile yapılacak araştırmalarda kullanılabileceğine işaret etmektedir. Çalışmada farklı tanı gruplarındaki karşılaştırmada düşünce süreci bozukluklarının tanılara özgü bir desen ortaya çıkardığı görülmüş, şizofreni dışında başka tanılarda da ölçeğin uygulanabilir olduğu bulunmuştur. Araştırmanın bulgularına göre, TALD toplam puanının ilişkili olduğu PANSS maddelerinin (korelasyon katsayısı büyükten küçüğe doğru) Düşünce dağınıklığı (P2), Stereotipik düşünme (N7), Şüphecilik (P6), Sanrılar (P1), Olağandışı düşünce içeriği (G9), Aktif biçimde sosyal kaçınma (G16), Büyüklük duyguları (P5), Gerginlik (G4), Dikkat azalması (G11), Taşkınlık (P4), İrade bozukluğu (G13), Zihinsel aşırı uğraşı (G15), Manyerizm (G5) olduğu saptanmıştır.

Şizofreni grubunda yapılan analizlerde, düşünce süreci bozukluğunun hastalığın başlangıç yaşı gençleştikçe ve hastalık süresi arttıkça şiddetlendiği bulunmuş, ancak psikotik alevlenme ile ilişki gösterilememiştir. Bu bulgulara göre hastalığın erken döneminden itibaren düşünce süreci bozukluklarının tedavisine yönelik stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir. Klozapin kullanan hastalarda düşünce süreci bozukluğu şiddetinin Objektif Negatif belirtiler hariç klozapin kullanmayan hastalarla benzer olduğu saptanmıştır. Objektif Negatif düşünce süreci bozukluklarının tedaviye dirençli hastalarda geliştirilen tedavi stratejilerinde hedef belirti gruplarından biri olarak seçilmesi önerilebilir.

Şizofrenide düşünce süreci bozukluklarından Objektif Pozitif belirtiler yürütücü işlevlerdeki bozulma, Objektif Negatif belirtiler sözel akıcılık, işlem belleği, yürütücü işlevler, somut düşünme ve yanıt baskılanmasındaki bozulma ile ilişkili bulunmuş, subjektif belirtilerle ilişkili bir bilişsel boyut saptanmamıştır.

Nöropsikolojik işlevlerle düşünce süreci bozukluklarının ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda belirti yakalamak için güçlü psikometrik özellikleri olan, güvenilir bir ölçek olarak TALD'ın kullanılması önerilebilir. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin (TALD) faktörleri farklı belirti kümelerine işaret ettiği için araştırmalarda daha özgül nöropsikolojik testler seçilmeli ve bulgular görüntüleme yöntemleri ve elektrofizyolojik çalışmalar ile desteklenmelidir. Düşünce süreci bozukluklarının boyutları için ileri araştırmalar planlanmalıdır.

Araştırmanın bulgularına göre sosyal işlevsellikteki bozulma Objektif Pozitif ve Objektif Negatif düşünce süreci bozuklukları ile ilişkilidir. Aynı zamanda Objektif Negatif belirtilerin şiddeti, kişilerarası ilişkilerde ve mesleki işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunmuştur. Şizofreni tanılı hastalarda remisyon hedeflerinden biri de işlevselliğin geri kazanılmasıdır. Remisyon hedeflerine ulaşmada pozitif ve negatif belirtilere ek olarak düşünce süreci bozuklukları da ayrıntılı ele alınmalıdır. Şu anki ilaç tedavilerinin etkisinin sınırlı olduğu düşünce süreci bozuklukları için özgün psikoterapi ve/veya rehabilitasyon programlarının oluşturulması faydalı olabilir. Bu çalışmada düşünce süreci bozuklukları ile öznel olarak bildirilen yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Alanyazında çelişkili bulgular mevcuttur ve halen şizofreni tanılı hastalarda bu belirtilerin yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, şizofrenide çekirdek özellik olarak kabul edilen düşünce süreci bozuklukları, temel tedavi hedefi boyutlarından biri olarak ele alınmalı, patogenezi anlamak için özgül nöropsikolojik testleri içeren, görüntüleme bulguları veya elektrofizyolojik çalışmalarla desteklenen araştırmalar planlanmalıdır. Prodrom dönemi hastalarda, hasta yakınlarında, ilk atak psikoz tanılı hastalarda düşünce süreci bozukluklarının boyutları daha detaylı incelenmelidir. Büyük örneklemlerle izlem çalışmalarında düşünce süreci bozukluklarının hangi boyutlarının hastalık seyri, işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunun araştırılması amaçlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- Akdemir, A., Türkçapar, M., Örsel, S., Demirergi, N., Dag, I., ve Özbay, M. (2001). Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 161-165.
- Aleman, A., Kahn, R. S., ve Selten, J.-P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 60(6), 565-571.
- Andreasen, N., ve Black, D. (2001). Schizophrenia *Introductory Textbook of Psychiatry*. (3 ed., pp. 211-250). NY, USA: Oxford University Press.
- Andreasen, N. C. (1979). Thought, Language, and. *Arch Gen Psychiatry*, 36, 1315-1321.
- Andreasen, N. C., ve Grove, W. M. (1986). Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 348.
- Anil, A. E., Kivircik, B. B., Batur, S., Kabakçı, E., Kitis, A., Güven, E., . . . Arkar, H. (2003). The Turkish version of the Auditory Consonant Trigram Test as a measure of working memory: a normative study. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(2), 159-169.
- Anıl Yağcıoğlu, A., ve Ayhan, Y. (2018). *Şizofreni: Kavramın Tarihçesi, Epidemiyoloji, Klinik Özellikler ve Seyir*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; 23: 193-200
- Badcock, J. C., Dragović, M., Garrett, C., ve Jablensky, A. (2011). Action (verb) fluency in schizophrenia: Getting a grip on odd speech. *Schizophrenia Research*, 126(1), 138-143.
- Barrera, A., McKenna, P., ve Berrios, G. (2005). Formal thought disorder in schizophrenia: an executive or a semantic deficit? *Psychological Medicine*, 35(1), 121-132.
- Barrera, A., McKenna, P. J., ve Berrios, G. E. (2008). Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 157(1-3), 225-234. doi:10.1016/j.psychres.2006.09.017
- Bazin, N., Sarfati, Y., Lefrère, F., Passerieux, C., Hardy-Baylé, M., 2005. Scale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: a validation study. *Schizophr. Res.* 77 (1), 75–84.

- Bearden, C. E., Wu, K. N., Caplan, R., ve Cannon, T. D. (2011). Thought disorder risk for psychosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(7), 669-680. doi:10.1016/j.jaac.2011.03.021
- Benton, A. L. (1968). Differential behavioral effects in frontal lobe disease. *Neuropsychologia*, 6, 53-60.
- Birchwood M, Smith J, Cochrane R ve ark. (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.
- Black, D. W., ve Andreasen, N. C. (2014). *Introductory textbook of psychiatry*: American Psychiatric Pub.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (J. Zinkin, Trans.). NY, USA: International University Press.
- Bowie, C. R., ve Harvey, P. D. (2008). Communication abnormalities predict functional outcomes in chronic schizophrenia: differential associations with social and adaptive functions. *Schizophr Res*, 103(1-3), 240-247. doi:10.1016/j.schres.2008.05.006
- Brown, J. (1958). Some tests of the decay theory of immediate memory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 10(1), 12-21.
- Chen, E.Y.H., Lam, L.C.W., Kan, C.S., Chan, C.K.Y., Kwok, C.L., Nguyen, D.G.H., Chen, R.Y.L., 1996. Language disorganisation in schizophrenia: validation and assessment with a new clinical rating instrument. *Hong Kong J. Psychiatry* 6, 4-13.
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *British medical journal*, 280(6207), 66.
- Cuesta, M. J., ve Peralta, V. (2011). Testing the hypothesis that formal thought disorders are severe mood disorders. *Schizophr Bull*, 37(6), 1136-1146. doi:10.1093/schbul/sbr092
- Cuesta, M. J., Peralta, V., ve De Leon, J. (1994). Schizophrenic syndromes associated with treatment response. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 18(1), 87-99.
- Demjaha, A., Weinstein, S., Stahl, D., Day, F., Valmaggia, L., Rutigliano, G., . . . McGuire, P. (2017). Formal thought disorder in people at ultra-high risk of psychosis. *BJPsych Open*, 3(4), 165-170. doi:10.1192/bjpo.bp.116.004408
- Docherty, A. R., Berenbaum, H., ve Kerns, J. G. (2011). Alogia and formal thought disorder: differential patterns of verbal fluency task performance. *Journal of psychiatric research*, 45(10), 1352-1357.
- Docherty, N., Evans, I., Sledge, W., Seibyl, J., ve Krystal, J. (1994). Affective Reactivity of Language in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

- Docherty, N. M., McCleery, A., Divilbiss, M., Schumann, E. B., Moe, A., ve Shakeel, M. K. (2013). Effects of social cognitive impairment on speech disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 39(3), 608-616. doi:10.1093/schbul/sbs039
- Docherty, N. M. (1996). Communication Disturbances. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 358-364
- Epir S, İskit Ü (1972) Wechsler Yetişkinler Zekâ Ölçeği Türkçe Çevirisinin Ön Analizi ve Üniversite Danışmanlık Merkezlerindeki Uygulama Potansiyeli. *Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(2):198-205
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Suppl 2), 23-40.
- Fenton, W. S., ve McGlashan, T. H. (1994). Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 151(3), 351.
- Frith, R. C. (1996). Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry*, 1(4), 305-318. doi:10.1080/135468096396460
- George, T., ve Wiley, J. (2016). Forgetting the literal: The role of inhibition in metaphor comprehension. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*, 42(8), 1324-1330. doi:10.1037/xlm0000237
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., Linz, M., 1987. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen — BSABS, 1st ed. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Guy W. 1976. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Publication (ADM) p:218–222.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- Hardy-Baylé, M.-C., Sarfati, Y., ve Passerieux, C. (2003). The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: toward a pathogenetic approach to disorganization. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 459.
- Harrow, M., ve Miller, J. G. (1980). Schizophrenic thought disorders and impaired perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(6), 717.
- Harvey, P. D., Docherty, N. M., Serper, M. R., ve Rasmussen, M. (1990). Cognitive deficits and thought disorder: II. An 8-month followup study. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 147.
- Herrman, H., Hawthorne, G., ve Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(11), 510-518. doi:10.1007/s00127-002-0587-y
- and communication deviance as predictors of outcome in youth at clinical high

- Higashima, M., Urata, K., Kawasaki, Y., Maeda, Y., Sakai, N., Mizukoshi, C., . . . Koshino, Y. (1998). P300 and the thought disorder factor extracted by factor-analytic procedures in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *44*(2), 115-120.
- Hinzen, W., ve Rosselo, J. (2015). The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms. *Frontiers in Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2015.00971
- Holshausen, K., Harvey, P. D., Elvevåg, B., Foltz, P. W., ve Bowie, C. R. (2014). Latent semantic variables are associated with formal thought disorder and adaptive behavior in older inpatients with schizophrenia. *Cortex*, *55*, 88-96.
- Howard, R., Castle, D., Wessely, S., ve Murray, R. (1993). A comparative study of 470 cases of early-onset and late-onset schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *163*(3), 352-357.
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience*, *12*(3), 271.
- Johnston, ve Holzman, P. S. (1979). 1979 Assessing Schizophrenic Thinking: A Clinical and Research Instrument for Measuring Thought Disorder. *Jossey-Bass*, 301.
- Karadağ, F., Oral, T., Yalcin, F. A., ve Erten, E. (2002). Reliability and validity of Turkish translation of young mania rating scale. *Turk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry*, *13*(2), 107-114.
- Karger, A. (2014). [Gender differences in depression]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, *57*(9), 1092-1098. doi:10.1007/s00103-014-2019-z
- Katsura, M., Ohmuro, N., Obara, C., Kikuchi, T., Ito, F., Miyakoshi, T., . . . Matsumoto, K. (2014). A naturalistic longitudinal study of at-risk mental state with a 2.4 year follow-up at a specialized clinic setting in Japan. *Schizophr Res*, *158*(1-3), 32-38. doi:10.1016/j.schres.2014.06.013
- Kaya, Y., Aki, O. E., Can, U. A., Derle, E., Kibaroglu, S., ve Barak, A. (2014). Validation of Montreal Cognitive Assessment and discriminant power of Montreal Cognitive Assessment subtests in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer dementia in Turkish population. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, *27*(2), 103-109.
- Kircher, T., Bröhl, H., Meier, F., ve Engelen, J. (2018). Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *The Lancet Psychiatry*. doi:10.1016/s2215-0366(18)30059-2
- Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., . . . Nagels, A. (2014). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophr Res*, *160*(1-3), 216-221. doi:10.1016/j.schres.2014.10.024

- Kircher, T. T., Leube, D. T., Erb, M., Grodd, W., ve Rapp, A. M. (2007). Neural correlates of metaphor processing in schizophrenia. *Neuroimage*, 34(1), 281-289. doi:10.1016/j.neuroimage.2006.08.044
- Kostakoğlu, E., Batur, S., Tiryaki, A., ve Göğüs, A. (1999). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14, 23-32.
- Kraepelin, E. (1921). *Dementia praecox and paraphrenia*: LWW.
- Lee, K.-H., Williams, L. M., Loughland, C. M., Davidson, D. J., ve Gordon, E. (2001). Syndromes of schizophrenia and smooth-pursuit eye movement dysfunction. *Psychiatry Research*, 101(1), 11-21.
- Lezak, M.D. (1983) *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Liddle, P. F., Ngan, E. T., Caissie, S. L., Anderson, C. M., Bates, A. T., Quedsted, D. J., . . . Weg, R. (2002). Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 181(4), 326-330.
- Liu, K. C., Chan, R. C., Chan, K. K., Tang, J. Y., Chiu, C. P., Lam, M. M., . . . Chen, E. Y. (2011). Executive function in first-episode schizophrenia: a three-year longitudinal study of an ecologically valid test. *Schizophr Res*, 126(1-3), 87-92. doi:10.1016/j.schres.2010.11.023
- Luoma, S., Hakko, H., Ollinen, T., Järvelin, M.-R., ve Lindeman, S. (2008). Association between age at onset and clinical features of schizophrenia: the Northern Finland 1966 birth cohort study. *European Psychiatry*, 23(5), 331-335.
- Maeda, K., Kasai, K., Uetsuki, M., Hata, A., Araki, T., Rogers, M. A., . . . Iwanami, A. (2007). Increased positive thought disorder with illness duration in patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61(6), 687-690. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01730.x
- Menenti, L., Gierhan, S. M., Segaert, K., ve Hagoort, P. (2011). Shared language: overlap and segregation of the neuronal infrastructure for speaking and listening revealed by functional MRI. *Psychol Sci*, 22(9), 1173-1182. doi:10.1177/0956797611418347
- Metsanen, M., Wahlberg, K. E., Hakko, H., Saarento, O., ve Tienari, P. (2006). Thought Disorder Index: a longitudinal study of severity levels and schizophrenia factors. *J Psychiatr Res*, 40(3), 258-266. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.03.004
- Morgan, C. J., Coleman, M. J., Ulgen, A., Boling, L., Cole, J. O., Johnson, F. V., . . . Levy, D. L. (2017). Thought Disorder in Schizophrenia and Bipolar Disorder Probands, Their Relatives, and Nonpsychiatric Controls. *Schizophr Bull*, 43(3), 523-535. doi:10.1093/schbul/sbx016

- Nagels, A., Fahrman, P., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., . . . Kircher, T. (2016). Distinct Neuropsychological Correlates in Positive and Negative Formal Thought Disorder Syndromes: The Thought and Language Disorder Scale in Endogenous Psychoses. *Neuropsychobiology*, *73*(3), 139-147. doi:10.1159/000441657
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(4), 695-699.
- Nelson, E. B., Sax, K. W., ve Strakowski, S. M. (1998). Attentional performance in patients with psychotic and nonpsychotic major depression and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *155*(1), 137-139.
- Norman, R. M., Malla, A. K., Cortese, L., Cheng, S., Diaz, K., McIntosh, E., . . . Voruganti, L. (1999). Symptoms and cognition as predictors of community functioning: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, *156*(3), 400-405.
- Parnas, J., Jørgensen, Å., Teasdale, T., Schulsinger, F., ve Mednick, S. (1988). Temporal course of symptoms and social functioning in relapsing schizophrenics: a 6-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, *29*(4), 361-371.
- Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., Zahavi, D., 2005. EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* *38* (5), 236–258
- Peralta, V., Cuesta, M. J., ve de Leon, J. (1992). Formal thought disorder in schizophrenia: a factor analytic study. *Comprehensive Psychiatry*, *33*(2), 105-110.
- Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., ve Välimäki, M. (2009). Individual quality of life of people with severe mental disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *16*(1), 3-9.
- Racenstein, J. M., Penn, D., Harrow, M., ve Schleser, R. (1999). Thought disorder and psychosocial functioning in schizophrenia: the concurrent and predictive relationships. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*(5), 281-289.
- Remberk, B., Namysłowska, I., ve Rybakowski, F. (2012). Clinical and cognitive correlates of formal thought disorder in early onset schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett*, *33*(3), 347-355.
- Remberk, B., Namysłowska, I., ve Rybakowski, F. (2012). Cognition and communication dysfunctions in early-onset schizophrenia: effect of risperidone. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *39*(2), 348-354.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A., ve Bilder, R. M. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of

- schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 473-479.
- Roche, E., Creed, L., MacMahon, D., Brennan, D., ve Clarke, M. (2014). The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: a systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 951-962.
- Roche, E., Lyne, J. P., O'Donoghue, B., Segurado, R., Kinsella, A., Hannigan, A., . . . Clarke, M. (2015). The factor structure and clinical utility of formal thought disorder in first episode psychosis. *Schizophr Res*, 168(1-2), 92-98. doi:10.1016/j.schres.2015.07.049
- Roche, E., Segurado, R., Renwick, L., McClenaghan, A., Sexton, S., Frawley, T., . . . Clarke, M. (2016). Language disturbance and functioning in first episode psychosis. *Psychiatry Res*, 235, 29-37. doi:10.1016/j.psychres.2015.12.008
- Rosa AR ve ark. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Prac Epidemiol Ment Health* 2007; 3: 5. 9.
- Rossell, S., Coakes, J., Shapleske, J., Woodruff, P., ve David, A. (2003). Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33(1), 111-119.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R. K., Heinimaa, M., Linszen, D., Dingemans, P., . . . Heinz, A. (2010). Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 241-251.
- Sans-Sansa, B., McKenna, P. J., Canales-Rodriguez, E. J., Ortiz-Gil, J., Lopez-Araquistain, L., Sarro, S., . . . Pomarol-Clotet, E. (2013). Association of formal thought disorder in schizophrenia with structural brain abnormalities in language-related cortical regions. *Schizophr Res*, 146(1-3), 308-313. doi:10.1016/j.schres.2013.02.032
- Schultz, S. K., Miller, D. D., Oliver, S. E., Arndt, S., Flaum, M., ve Andreasen, N. C. (1997). The life course of schizophrenia: age and symptom dimensions. *Schizophrenia Research*, 23(1), 15-23.
- Seese, R. R., O'Neill, J., Hudkins, M., Siddarth, P., Levitt, J., Tseng, B., . . . Caplan, R. (2011). Proton magnetic resonance spectroscopy and thought disorder in childhood schizophrenia. *Schizophr Res*, 133(1-3), 82-90. doi:10.1016/j.schres.2011.07.011
- Siddi, S., Petretto, D. R., ve Preti, A. (2017). Neuropsychological correlates of schizotypy: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *Cogn Neuropsychiatry*, 22(3), 186-212. doi:10.1080/13546805.2017.1299702
- Spreen, O., ve Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*: Oxford University Press.
- Stanghellini, Giovanni Fuchs, ve Thomas. (2013). One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology *Oxford University Press*.

- Stegmayer, K., Stettler, M., Strik, W., Federspiel, A., Wiest, R., Bohlhalter, S., ve Walther, S. (2017). Resting state perfusion in the language network is linked to formal thought disorder and poor functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 136(5), 506-516. doi:10.1111/acps.12790
- Stirling, J., Hellewell, J., Blakey, A., ve Deakin, W. (2006). Thought disorder in schizophrenia is associated with both executive dysfunction and circumscribed impairments in semantic function. *Psychol Med*, 36(4), 475-484. doi:10.1017/S0033291705006884
- Tan, E. J., Thomas, N., ve Rossell, S. L. (2014). Speech disturbances and quality of life in schizophrenia: differential impacts on functioning and life satisfaction. *Compr Psychiatry*, 55(3), 693-698. doi:10.1016/j.comppsy.2013.10.016
- Tan, E. J., Yelland, G. W., ve Rossell, S. L. (2016). Characterising receptive language processing in schizophrenia using word and sentence tasks. *Cogn Neuropsychiatry*, 21(1), 14-31. doi:10.1080/13546805.2015.1121866
- Taylor, M. A., Reed, R., ve Berenbaum, S. (1994). Patterns of Speech Disorders in Schizophrenia and Mania. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182.
- Tirupati, N. S., Rangaswamy, T., ve Raman, P. (2004). Duration of untreated psychosis and treatment outcome in schizophrenia patients untreated for many years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(339-343).
- Turetsky, B. I., Bilker, W. B., Siegel, S. J., Kohler, C. G., ve Gur, R. E. (2009). Profile of auditory information-processing deficits in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 165(1-2), 27-37. doi:10.1016/j.psychres.2008.04.013
- Ucok, A., Gorwood, P., Karadayi, G., ve Egofors. (2012). Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORS Study. *Eur Psychiatry*, 27(6), 422-425. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.014
- Ulaş, H., Akdede, B. B., Ozbay, D., ve Alptekin, K. (2008). Effect of thought disorders on quality of life in patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 32(2), 332-335. doi:10.1016/j.pnpbp.2007.08.033
- Ulaş, H., Alptekin, K., Özbay, D., Akdede, B. B., Çakir, E., Tümüklü, M., . . . Akvardar, Y. (2007). Düşünce ve dil ölçeği formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 77-85.
- Ulaş, H., Yalincetin B., Binbay T., Akdede B., Ozdemir S., Gediz D., . . . K., A. (2015). Relationship between thought and language disorder with Positive and Negative Syndrome Scale and sociodemographic characteristics in patients with schizophrenia. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(5), 307. doi:10.5455/apd.1414070778
- Umaç A (1997) Normal deneklerde frontal hasarlara duyarlı bazı testlerde performansa yaş ve eğitimin etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- van der Gaag, M., Hoffman, T., Remijnsen, M., Hijman, R., de Haan, L., van Meijel, B., . . . Wiersma, D. (2006). The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: a ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophr Res*, 85(1-3), 280-287. doi:10.1016/j.schres.2006.03.021
- van Noorden, M. S., Minkenberg, S. E., Giltay, E. J., den Hollander-Gijsman, M. E., van Rood, Y. R., van der Wee, N. J., ve Zitman, F. G. (2011). Pre-adult versus adult onset major depressive disorder in a naturalistic patient sample: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Psychol Med*, 41(7), 1407-1417. doi:10.1017/S0033291710002199
- Wechsler D (1987) Wechsler Memory Scale-Revised. San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- WHO. (1993). The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research (DCR–10). *Geneva: WHO*.
- WHOQOL Group (1998) Development of the World Health Organization HOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychol Med*, 28:551-9.
- Wilcox, J., Briones, D., Quadri, S., ve Tsuang, M. (2014). Prognostic implications of paranoia and thought disorder in new onset psychosis. *Compr Psychiatry*, 55(4), 813-817. doi:10.1016/j.comppsy.2013.12.010
- Wilcox, J., Winokur, G., ve Tsuang, M. (2012). Predictive value of thought disorder in new-onset psychosis. *Compr Psychiatry*, 53(6), 674-678. doi:10.1016/j.comppsy.2011.12.002
- Wilcox, J. A. (1990). Thought disorder and relapse in schizophrenia. *Psychopathology*, 23(3), 153-156.
- Xu, J. Q., Hui, C. L., Longenecker, J., Lee, E. H., Chang, W. C., Chan, S. K., ve Chen, E. Y. (2014). Executive function as predictors of persistent thought disorder in first-episode schizophrenia: a one-year follow-up study. *Schizophr Res*, 159(2-3), 465-470. doi:10.1016/j.schres.2014.08.022
- Yalincetin, B., Bora, E., Binbay, T., Ulas, H., Akdede, B. B., ve Alptekin, K. (2017). Formal thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*, 185, 2-8. doi:10.1016/j.schres.2016.12.015
- Yalincetin, B., Ulas, H., Var, L., Binbay, T., Akdede, B. B., ve Alptekin, K. (2016). Relation of formal thought disorder to symptomatic remission and social functioning in schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 70, 98-104. doi:10.1016/j.comppsy.2016.07.001
- Yaprak Erakay S, Gülseren Ş (2002) Şizofreni tanılı hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Bahar Sempozyumları VI, Kongre Özet Kitabı, s.134-135.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133:429-435

8. EKLER

Ek-1. ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Şizofreni grubu

(Hekimin Açıklaması)

Psikiyatrik hastalıklarda görülen düşünce bozuklukları ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi ‘Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi’dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmada şizofreni tanısı alan hastalarda düşünce bozukluğunun hastalık belirtileri ve şiddeti, dikkat ve bellek gibi zihinsel işlevler, genel işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Majör depresyon, mani tanısı alan hastalarda düşünce bozukluğunun hastalık belirtileri, şiddeti ile ilişkisinin şizofreni tanılı hastalar ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan katılımcılar ile karşılaştırılması araştırmanın ikinci bir hedefidir. Bunun için şizofreni tanısı alan gönüllülere Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği isimli bir düşünce bozukluğu ölçeği, hastalık belirtilerini, hastalık şiddetini, işlevselliğinizi değerlendiren ölçekler, bellek ve dikkat gibi zihinsel işlevleri değerlendiren kalem-kağıt testleri uygulanacaktır. Bu değerlendirmeleri tek seferde tamamlamak yaklaşık 3 saat sürdüğü için eğer değerlendirme bir günde tamamlanamazsa, iki bölüme ayrılarak ilk gün düşünce bozukluğu ve hastalık şiddeti ile ilgili ölçekler uygulanacak, işlevsellik, yaşam kalitesi ve zihinsel işlevlerle ilgili değerlendirme ikinci gün yapılacaktır. Eğer ikinci gün değerlendirmenin devamı için çağılırsanız, yol masrafınızı belgelemeniz halinde en çok 50TL olacak şekilde yol masrafınız karşılanacaktır. Bu araştırmada sizden herhangi bir laboratuvar testi istenmeyecek, kan alınmayacaktır.

Doktorunuz değerlendirme sırasında Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeğinin uygulandığı bölümünün (yaklaşık 45-50dk) video kaydına alınmasına izninizin olup olmadığını sorabilir. Araştırma kapsamında rastgele belirlenmiş 20 hastanın görüşmesinin videoya alınıp diğer iki araştırmacı tarafından (Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu / Dr. Sertaç Ak) Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeğine göre değerlendirilmesi bu ölçek ile elde edilen verilerin güvenilirliği için gereklidir. Ancak belirtmek isteriz ki video kaydı sadece sizden video kaydı için onam alındığı takdirde alınacaktır. Video kaydına izin verip vermemekte serbestsiniz. Video kaydına izin vermemeniz araştırmaya katılamayacağınız anlamına da gelmemektedir.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda, Prof. Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu’nun denetiminde yürütülecektir. Bu çalışma sonucu elde edilecek bilgiler hastalığınızın daha iyi anlaşılmasına ışık tutacak ve düşünce bozuklukları ile ilgili tedavi seçeneklerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Bu araştırma sırasında elde edilen bilgiler gizli kalacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler ya da etik kurullarca gereği halinde incelenebilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz ihtimamla korunacaktır.

Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer araştırmaya katılırsanız istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Araştırma süresince herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda veya araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda Dr. Emre Mutlu'ya 24 saat boyunca (0312) 3051440 veya (0536) 3429598 telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Depresyon ve Mani grubu

(Hekimin Açıklaması)

Psikiyatrik hastalıklarda görülen düşünce bozuklukları ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi ‘Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi’dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmada şizofreni tanısı alan hastalarda düşünce bozukluğunun hastalık belirtileri ve şiddeti, dikkat ve bellek gibi zihinsel işlevler, genel işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Majör depresyon, mani tanısı alan hastalarda düşünce bozukluğunun hastalık belirtileri, şiddeti ile ilişkisinin şizofreni tanılı hastalar ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan katılımcılar ile karşılaştırılması araştırmanın ikinci bir hedefidir. Bunun için majör depresyon/mani tanısı alan gönüllülere Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği isimli bir düşünce bozukluğu ölçeği, hastalık belirtilerini, hastalık şiddetini değerlendiren kalem-kağıt ölçekleri uygulanacaktır. Bu değerlendirme yaklaşık bir buçuk saat sürecektir. Bu araştırmada sizden herhangi bir laboratuvar testi istenmeyecek, kan alınmayacaktır.

Doktorunuz değerlendirme sırasında Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeğinin uygulandığı bölümünün (yaklaşık 45-50dk) video kaydına alınmasına izninizin olup olmadığını sorabilir. Araştırma kapsamında rastgele belirlenmiş 20 hastanın görüşmesinin videoya alınıp diğer iki araştırmacı tarafından (Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu / Dr. Sertaç Ak) Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeğine göre değerlendirilmesi bu ölçek ile elde edilen verilerin güvenilirliği için gereklidir. Ancak belirtmek isteriz ki video kaydı sadece sizden video kaydı için onam alındığı takdirde alınacaktır. Video kaydına izin verip vermemekte serbestsiniz. Video kaydına izin vermemeniz araştırmaya katılamayacağınız anlamına da gelmemektedir.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda, Prof. Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu’nun denetiminde yürütülecektir. Bu çalışma sonucu elde edilecek bilgiler hastalığınızın daha iyi anlaşılmasına ışık tutacak ve düşünce bozuklukları ile ilgili tedavi seçeneklerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Bu araştırma sırasında elde edilen bilgiler gizli kalacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler ya da etik kurullarca gereği halinde incelenebilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz ihtimamla korunacaktır.

Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer araştırmaya katılırsanız istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Araştırma süresince herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda veya araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda Dr. Emre Mutlu'ya 24 saat boyunca (0312) 3051440 veya (0536) 3429598 telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Psikiyatrik Hastalığı bulunmayan grup

(Hekimin Açıklaması)

Psikiyatrik hastalıklarda görülen düşünce bozuklukları ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi ‘Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi’dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmada şizofreni tanısı alan hastalarda düşünce bozukluğunun hastalık belirtileri ve şiddeti, dikkat ve bellek gibi zihinsel işlevler, genel işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Majör depresyon, mani tanısı alan hastalarda düşünce bozukluğunun hastalık belirtileri, şiddeti ile ilişkisinin şizofreni tanılı hastalar ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan katılımcılar ile karşılaştırılması araştırmanın ikinci bir hedefidir. Bunun için psikiyatrik hastalığı bulunmayan gönüllülere Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği isimli bir düşünce bozukluğu ölçeği ve zihin işlevlerini değerlendiren kalem-kağıt ölçekleri uygulanacaktır. Bu değerlendirme yaklaşık bir buçuk saat sürecektir. Bu araştırmada sizden herhangi bir laboratuvar testi istenmeyecek, kan alınmayacaktır.

Doktorunuz değerlendirme sırasında Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeğinin uygulandığı bölümünün (yaklaşık 45-50dk) video kaydına alınmasına izninizin olup olmadığını sorabilir. Araştırma kapsamında rastgele belirlenmiş 20 hastanın görüşmesinin videoya alınıp diğer iki araştırmacı tarafından (Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu / Dr. Sertaç Ak) Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeğine göre değerlendirilmesi bu ölçek ile elde edilen verilerin güvenilirliği için gereklidir. Ancak belirtmek isteriz ki video kaydı sadece sizden video kaydı için onam alındığı takdirde alınacaktır. Video kaydına izin verip vermemekte serbestsiniz. Video kaydına izin vermemeniz araştırmaya katılamayacağınız anlamına da gelmemektedir.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda, Prof. Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu’nun denetiminde yürütülecektir. Bu çalışma sonucu elde edilecek bilgiler düşünce bozukluklarının daha iyi anlaşılmasına ışık tutacak ve düşünce bozuklukları ile ilgili tedavi seçeneklerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Bu araştırma sırasında elde edilen bilgiler gizli kalacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler ya da etik kurullarca gereği halinde incelenebilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz ihtimamla korunacaktır.

Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer araştırmaya katılırsanız istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Araştırma süresince herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda veya araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda Dr. Emre Mutlu'ya 24 saat boyunca (0312) 3051440 veya (0536) 3429598 telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Vasi ya da Veli Formu)

(Hekimin Açıklaması)

“Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi” başlıklı bir araştırma yapmaktayız.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Prof. Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu sorumluluğunda yürütülecektir.

Bu araştırmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılıp katılmaması kararını vermekte serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını kabul ederseniz; ilgili kişi Dr. Emre Mutlu tarafından muayene edilerek, muayene sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya vasi ya da velisi bulunduğunuz kişi alınacaktır. Çalışma sırasında Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği isimli bir düşünce bozukluğu ölçeği, hastalık belirtilerini, hastalık şiddetini, işlevselliğinizi değerlendiren ölçekler, bellek ve dikkat gibi zihinsel işlevleri değerlendiren kalem-kağıt testleri uygulanacaktır. Bu değerlendirmeleri tek seferde tamamlamak yaklaşık 3 saat sürdüğü için değerlendirme iki bölüme ayrılmış olup ilk gün düşünce bozukluğu ve hastalık şiddeti ile ilgili ölçekler uygulanacak, işlevsellik, yaşam kalitesi ve zihinsel işlevlerle ilgili değerlendirme ikinci gün yapılacaktır. Eğer ikinci gün için yol masrafınızı belgelemeniz halinde en çok 50TL olacak şekilde yol masrafınız karşılanacaktır. Bu araştırmada vasi ya da velisi bulunduğunuz kişiden herhangi bir laboratuvar testi istenmeyecek, kan alınmayacaktır.

Doktorunuz değerlendirme sırasında Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeğinin uygulandığı bölümünün (yaklaşık 45-50dk) video kaydına alınmasına izninizin olup olmadığını sorabilir. Araştırma kapsamında rastgele belirlenmiş 20 hastanın görüşmesinin videoya alınıp diğer iki araştırmacı tarafından (Dr. A. Elif Anıl Yağcıoğlu / Dr. Sertaç Ak) Düşünce ve Dil Bozukluğu ölçeğine göre değerlendirilmesi bu ölçek ile elde edilen verilerin güvenilirliği için gereklidir. Ancak belirtmek isteriz ki video kaydı sadece sizden video kaydı için onam alındığı takdirde alınacaktır. Video kaydına izin verip vermemekte serbestsiniz. Video kaydına izin vermemeniz vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin araştırmaya katılamayacağı anlamına da gelmemektedir.

Bu çalışmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılması için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

Bu tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler ya da etik kurullarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde vasi ya da velisi bulunduğunuz kişiye uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Veli ya da Vasinin Beyanı)

Sayın Dr. Emre Mutlu tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını sırasında vasi ya da velisi bulunduğum kişinin kişisel bilgilerinin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Uygulama sırasında herhangi bir sebep göstermeden vasi ya da velisi bulunduğum kişi için verdiğim bu oluru geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle vasi ya da velisi bulunduğum kişide meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Emre Mutlu'yu 03123051873-1874 nolu iş telefonundan ve HÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını onaylamak zorunda değilim. Araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını onaylamam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde, vasi ya da velisi bulunduğum kişinin "katılımcı" olarak yer alabilmesi kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Hastanın yasal temsilcisi (veli ya da vasi);

Katılımcı ile

görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı

Adres:

Tel:

İmza:



Ek-2

REHBER

DÜŞÜNCE VE DİL BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (TALD)

Çevirenler: Emre Mutlu, M. Kâzım Yazıcı, Elif Barışkın, Aygün Ertuğrul, Ş.
Can Gürel, A. Elif Anıl Yağcıoğlu

Giriş

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (DDBÖ), düşünce ve dildeki hem nesnel olarak gözlenen, hem de öznel olarak tarif edilen bozuklukları ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek her hangi bir ruhsal bozuklukta uygulanabilir.

Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği'nin kapsadığı ruhsal olaylar 50 dakikalık bir görüşme ile değerlendirilir. Derecelendirme görüşmenin hemen ardından yapılır. Bazı ruhsal olaylar yalnızca duruma özgü stresle (sanrılar, varsanılar, duygusal yaşam olayları gibi) ortaya çıktığından, duygu yüklü konular öne çıkarılmalıdır. Görüşmede hastaya serbestçe konuşabileceği birkaç dakikalık süre tanınmalıdır. Eğer hasta öznel ruhsal olayları kendiliğinden bildirmezse, görüşmeci bu ruhsal olayları doğrudan sormalıdır.

Değerlendirme sayfasının doldurulabilmesi için rehberin tamamına hakim olmak gerekmektedir. Görüşmeci, rehberdeki ruhsal olaylar hakkında bilgilendirilmelidir. Rehberde ruhsal olaylar hastaların tipik ifadeleri ile örneklendirilmiş, ek olarak olayın var olup olmadığına karar vermek için örnek sorular da verilmiştir. Ölçeğin bilimsel veya gündelik uygulama pratik kullanımından önce deneyimsiz görüşmeciler DDBÖ'de deneyimli bir görüşmeci gözetiminde yaklaşık beş seanslık bir eğitim almalıdır.

Görüşmenin başlangıç bölümü serbest, sonrası yarı yapılandırılmış sorularla devam etmektedir. Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği görüşmesi, sorulması zorunlu ve önceden belirlenerek sıralanmış sorulardan oluşan standartlaştırılmış bir görüşme değildir. Hastaya ve duruma özgü ifadeler kullanılabilir. İyi bir incelemenin temeli hasta ile kurulan iletişim olduğundan bu tür uyarlamalar gereklidir.

Bir öznel ruhsal olay, hastanın basitçe o olayın var olduğunu söylemesi ile var kabul edilmemelidir. Her bir olay için görüşmeci şikayetin veya

bozukluğun açık bir tarifini istemelidir. Eğer gerekli görülürse, rehberdeki sorulara ek başka sorular da sorulmalıdır.

Nesnel ruhsal olayların değerlendirilme süresi yalnızca görüşme süresi ile kısıtlanmıştır. Öznel ruhsal olayların değerlendirme süresiye, bu olaylar sıklıkla özel durumlarda ortaya çıktığı ve dalgalanma gösterdiği için, son 24 saatle sınırlandırılmıştır.

Her bir ruhsal olayın derecelendirilmesi o olayın tanımında açıklanmıştır. Genel olarak, aşağıdaki derecelendirme geçerlidir :

0 = Yok

1 = Şüpheli (patolojik olduğu kesin değil, sağlıklı bireylerde de görülebilir)

2 = Hafif

3 = Orta

4 = Şiddetli

1. Çevresellik (Nesnel)

Düşünme dolambaçlı, ayrıntıcıdır, önemsiz meseleler esas meselelerden ayrılamaz. Ana fikir ayrıntıların anlatılması sırasında kaybolur, ancak esas hedeften tamamen sapılmaz, laf uzatılır / uzun süre sonra da olsa amaca uygun yanıt alınır. Hastanın gereksiz olduğunu bilse bile ufak detayları atlayamaması veya soyut bilgileri işlemekteki yetersizliği çevreselliğin sebeplerinden olabilir.

Örnek:

“Buraya kolayca gelebildiniz mi?”

“İlk önce bir süre trenle gittik. Sonra kondüktör geldi. Biz aslında tek gidişlik bir bilet almak istedik ama kondüktör gidiş-dönüş bileti alırsak iki kişi için daha iyi olacağını söyledi. Eğer demiryolu kartınız varsa, daha ucuzmuş ama malesef bizim yoktu. Ana istasyonda trenden indik ve taksiye bindik.”

“Öyleyse uzun bir yolculuk olmuş, öyle mi?”

“Mesele sık tren değiştirilmesinin gerekmesi. Bizim trenimiz geciktiği için aktarma trenini kaçırdık. Son zamanlarda, bir tren geciktiğinde insanların parasını geri ödemeye başladılar. Birçok kişinin bunu yaptığını sanmıyorum. Çoğu zaman, yolunuza devam etmek için hızlıca yeni bir aktarma bulmaya çalışıyorsunuz. Ondan sonra 15 veya 20 dakika kadar bekledik, şimdi düşünüyorum da, aslında başka bir trene binmeden önce 15 dakika bekledik.”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünce çözülmesi (nesnel)

Raydan çıkma (nesnel)

Teğetsellik (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Çevresellik görüşmeci tarafından fark edilir fakat, görüşme ciddi anlamda etkilenmemiştir.

3 = orta: Çevresellik görüşmeci tarafından fark edilir ve görüşme etkilenmiştir.

4 = şiddetli: Görüşme ciddi olarak etkilenmiştir.

2. Raydan Çıkma (Nesnel)

Düşüncelerin konuşulan asıl konudan ayrılarak, açık fakat yandan ilişkili olduğu konulara kaydığı kendiliğinden konuşma biçimidir. Söylenenler, aralarında anlamlı bir ilişki olmaksızın sıralanabilir veya hasta bir konudan diğerine kendiliğinden atlayabilir. Zaman zaman düşüncelerin arasında müphem bağlantılar olabilir. Raydan çıkmanın objektif derecelendirilmesi görüşmeci hastayla ilk defa konuşuyormuş gibi yapılmalıdır (düşünceler arasındaki olası çağrışım bağlarından habersiz olarak). Bu bozukluk, tek ve özellikle ağır bir raydan çıkma olmadan, yavaş, istikrarlı bir kayma şeklinde de görülebilir. Konuşan kişi giderek daha fazla ana konudan uzaklaşır ve cevabının sorulan soru ile hiç bir ilişkisinin kalmadığını fark etmez.

Örnek:

Görüşmeci: “Bunu yapmak hoşunuza gitti mi?”

Hasta: “Bunu yaptığım bazı ortamlarda gerçekten eğlendim ve ertesi gün dışarı çıktığımda, bilirsiniz, kontrolü elime aldım ve İzmir’de saçlarımın rengini açtırdım. Oda arkadaşım Samsun’luydu. Üniversite’ye gidiyordu ve biz yurttan kalıyorduk, orada benim saçıma oksijenli su sürmek istedi ve yaptı da. Kalkıp aynaya baktığımda, göz yaşlarıma engel olamadım. Şimdi anladınız mı? Neler olup bittiğinin farkındaydım, ama neden engel olamadım? Neden göz yaşı?... Anlam veremiyorum, ya siz beni anlıyor musunuz?”

Görüşmeci: Hayır

Hasta: “Sizin hiç başınıza böyle birşey geldi mi?”

Görüşmeci: “Duygusal bir insan olmalısınız, sanırım anlatmaya çalıştığınız bu.”

Hasta: “Aslında pek de değil sanırım, ya bu yüzden ölseydim? Zaten bir ayağım çukurda. Şey.. şu sıralar ayak tırnaklarımdan ameliyat oldum. Tırnaklarım enfeksiyon kaptı ve ben düşündüğümü yapamadım, aletlerimi yanıma almama izin vermediler. İşte...”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünce çözülmesi (nesnel)

Teğetsellik (nesnel)

Çevresellik (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli: Cümleler arası bağlantılar hala belirgindir. Genel olarak, düşüncelerin önceden söylenenlerle bağlantısı vardır.

2 = hafif: Bağlantılar hala belirgindir, ancak bazen önceden söylenenlerle doğrudan ilişkili değildir.

3 = orta: Hasta aralarında anlamlı bir ilişki olmayan bir düşünceden diğerine yavaşça kayar. Uzaktan ilişkili bir çağrışım veya cümlenin esas içeriğiyle ilgisiz bir konu üzerinde durur, düşünce akışını tamamlayamaz.

4 = şiddetli: Görüşme anlaşılmazdır.

3. Teğetsellik (Nesnel)

Düşünceler düz bir akış izlemez. Uzun bir konuşma sürecinde içerik yavaşça asıl başladığı yerden sapar. Hasta ilk konuya geri dönmez.

Örnek:

Görüşmeci: “Hangi şehirdensiniz?”

Hasta: “Cevap vermesi zor bir soru. Ankara’da doğdum ama anne babam İzmir’de tanışmış. Zor zamanlarmış, bir sürü maddi sorunlar yaşamışlar. Bunalım yıllarıymış ve şehiri terk etmek zorunda kalmışız...”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünce çözülmesi (nesnel)

Raydan çıkma (nesnel)

Çevresellik (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1= şüpheli

2 = hafif: Hasta ilk konudan yavaşça sapar ve nadiren geri dönemez.

3 = orta: Hasta ilk konudan hızla sapar ve birkaç kez geri dönemez

4 = şiddetli: Hasta ilk konudan hemen sapar ve hiçbir zaman geri dönemez.

4. Düşünce Çözülmesi (Enkoherans/Dikişsiz konuşma) (Nesnel)

İfade, cümle veya düşüncenin içeriği biraz önce söylenenle ilgili değildir. Raydan çıkma ile ayrıştığı nokta raydan çıkmada çağrışımlar arasındaki bağlantıların hala farkedilebilmesidir. Düşünce çözülmesi ise kelimelerin, cümlelerin, düşüncelerin birbiri ile hiçbir ilişkisinin kalmadığı bir durumu ifade eder. Hafif biçimlerinde tek bir cümle halen bir anlam ifade edebilir, ancak cümleler arası tutarlık kaybolmuştur. En şiddetli halinde ise tek bir cümle içindeki veya kelimeler arasındaki tutarlık dahi kaybolmuştur (darmadağınık konuşma).

Örnek:

“Muhtemelen beyni soyduklarını duymuşsunuzdur... Biri beni, kıyameti durdurmaya çalışacak..... Gökrüzgarı ve hava ve insanlar ruh hallerini değiştirecekler. Ben buna parçalara ayırma diyorum. Aynı zamanda evrüzgarı, enerji parçalanması... Cinayeti söyledim, hipnoz yapmalıydım.

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Çevresellik (nesnel)

Raydan çıkma (nesnel)

Teğetsellik (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Tek tek cümleler anlamlıdır, ancak cümlelerin arasındaki ilişki kaybolmuştur.

3 = orta: Tek bir cümlede, sadece cümle parçacıkları birbiri ile ilişkilidir.

4 = şiddetli: Söz dizimi bozulmuştur; konuşma anlaşılmaz, anlamsız sözcük ve hecelerin karışımına döner (kelime salatası).

5. Yandan cevap (Nesnel)

Hasta soruyu anlamış olmasına rağmen, yanıtı ana konudan sapmaktadır. Bu maddenin değerlendirmesi cevabın yanlış veya doğru olmasına değil, hastanın soruyla ilgisiz yanıt veriyor olmasına bağlıdır. Eğer görüşmeci yandan cevapların olup olmadığına dair herhangi bir şüpheli duyarsa, hastanın soruyu doğru anladığından emin olmalıdır. Bunun için, hastadan soruyu tekrar etmesi istenir. Soruyu kasıtlı olarak dikkate almamak (lafı dolandırmak) değerlendirmeye alınmamalıdır.

Örnek:

“Neden psikiyatri servisine geldiniz?”

“Ağabeyim apandisit ameliyatı oldu”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünce çözülmesi (nesnel)

Düşünme kısıtlanması (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1= şüpheli

2 = hafif: Görüşme boyunca nadiren yandan cevap gözlenir.

3 = orta: Yandan cevaplar görüşmeyi engelleyecek kadar sık ortaya çıkmaktadır.

4 = şiddetli: Birçok soruda yandan cevaplar gözlenir. Sonuç olarak görüşme belirgin engellenir.

6. Konuya Takılarak Tekrarlama (Perseverasyon) (Nesnel)

O anki bağlama uymamasına rağmen daha önce bahsedilen düşüncelere ve konulara saplanıp kalma, tekrar tekrar geri dönme.

Örnek:

Hastanın adını söylemesi veya gösterilen bir nesneyi tanımlaması istendiği halde, hasta başka cümleleri veya ifadeleri tekrarlamaktadır.

Karışabileceği ruhsal olay:

Verbijerasyon (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1= şüpheli

2 = hafif: Görüşme boyunca perseverasyon nadiren ortaya çıkar.

3 = orta: Perseverasyonlar birkaç kez ortaya çıkar ve görüşmeyi etkiler.

4 = şiddetli: Perseverasyonlar görüşmeyi engelleyecek kadar siktir.

7. Sözcük Tekrarı (Verbijerasyon) (Nesnel):

Tek bir kelimenin gereksiz yere tekrar edilmesidir.

Örnek:

“Ben bir filozofum, filozofum, filozofum, muhteşem bir edebiyat yarattım. Bu iş için davet edildim, davet, davet. Bana inanmayın, inanmayın. Umurumda değil, umurumda değil, umurumda değil...”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Konuya takılarak tekrarlama (Perseverasyon) (nesnel)

Yankılama (Ekolali) (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1= şüpheli

2 = hafif: Görüşme boyunca verbijerasyon nadiren ortaya çıkar

3 = orta: Verbijerasyon birkaç kez ortaya çıkar ve görüşmeyi zorlaştırır.

4 = şiddetli: Basmakalıp kelime ve hecelerin sürekli tekrarı sonucunda görüşme belirgin düzeyde engellenir.

8. Düşünce Kopması (Nesnel)

Düşünce akışında ani bir kesilme gözlenmesidir. Düşünce kopması herhangi bir neden olmaksızın ve cümle ortasında ortaya çıkabilir.

Örnek:

Hasta: “İyiyim. Kendimi daha iyi hissediyorum çünkü benim (duraksama)”

Sorular:

“Konuşurken aniden sustunuz. Bunun nedeni neydi?”

Hasta düşünce akışının aniden kaybolduğunu açıklar.

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Blok (Düşünce durması) (öznel)

Düşüncelerin birbirine karışması (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1= şüpheli

2 = hafif: İletişim çok az etkilenmiştir.

3 = orta: İletişim orta düzeyde etkilenmiştir.

4 = şiddetli: İletişim ciddi olarak etkilenmiştir.

9. Basıncı Konuşma (Nesnel)

Konuşma üretimi hızlanmıştır.

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Basıncı/Hızlı düşünme (öznel)

Çok konuşma (Logore) (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Konuşma hızı bir miktar artmıştır.

3 = orta: Konuşma hızı belirgin artmıştır.

4 = şiddetli: Konuşma hızı çok artmıştır.

10. Çok Konuşma (Logore) (Nesnel)

Sürekli, durmadan, şiddetli konuşma isteği mevcuttur. Logoreik konuşma tutarlı ve mantıklı olabilir. Konuşma üretiminin hızlanmış olması gerekli değildir. Hasta ile iletişim kısıtlanmıştır. Hastanın sözü kesilmek istendiğinde hasta ya bunu fark edemez ya da göz ardı eder.

Örnek:

“Ne iş yapıyorsunuz?”

“Elektrik teknisyeniyim ama son birkaç yıldır İŞKUR’a bağlı geçici işlerde çalıştım. Fabrika işçiliği, inşaat işçiliği, vesaire. Artık elektrikçi olarak çalışmak istiyorum, çünkü daha çok para kazanabilirim ve sık sık evden uzak kalmam gerekmez. Bu benim için önemli..”

“Peki, ne için ...”

“Bir dakika..., çünkü akşamları ailemle birlikte olabilirim. İnşaat işindeyken bu mümkün değil. O işte aile hayatı ciddi sıkıntıya...”

“A.. Bey, şimdi sormak istediğim...”

“Aile hayatı çok etkileniyor bundan. Üstelik, inşaat işi de sadece birkaç hafta sürüyor ve sonra sizi başka yere gönderiyorlar.”

Karışabileceği ruhsal olay:

Basınçlı konuşma (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Konuşmayı kesmek mümkün olabilir, bazı istisnalar dışında hasta görüşmeciye odaklanabilir.

3 = orta: Konuşmayı kesmek zordur. Hasta görüşmeciye odaklanamaz.

4 = şiddetli: Hasta ile iletişim belirgin düzeyde kısıtlanmıştır. Araya girme girişimleri hasta tarafından fark edilmez ya da göz ardı edilir.

11.Yapmacık (Manyeristik) Konuşma (Nesnel)

Görüşmeciye göre, konuşma (kelime seçimi, cümle yapısı, telaffuz veya prozodi) yapmacık ve abartılı, alışılmamış, doğal olmayan, garip, şişinmeli, süslü, şairane bir konuşmadır.

Örnek:

“Hafta sonu ne yaptığınızı anlatır mısınız?”

“Tabi ki efendim. Öncelikle, taam temini gerekli görüldüğünden kendimi bakkal dükkanına götürdüm. Bu gayret, ne yazık ki, benim noktai nazarımdan nafileydi, çünkü dükkanın açılış saati benim yapmayı planladığım ödemeyi gerçekleştirmeme müsait olmayan bir saat olarak belirlenmişti.”

Karışabileceği ruhsal olay:

Sözcük uydurma (Neolojizm) - (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1= şüpheli

2 = hafif: Konuşma nadiren yapmacık olabilir.

3 = orta: Konuşma birkaç kez yapmacıktır.

4 = şiddetli: Yapmacık konuşma yoğunluğu yüzünden hastayı anlamak zordur.

12. Anlamsal (Semantik) Parafazi (Nesnel)

Bir kelimenin yerine anlamsal olarak esas kelime ile ilişkili uygun olmayan başka bir kelime kullanılır. Hasta hatasını fark edemeyebilir veya fark edip düzeltmeye çalışabilir.

Örnek: (Derecelendirmeye bakınız)

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Sesbirimsel (Fonemik) parafazi (nesnel)

Sözcük uydurma (Neolojizm) (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli: Nadiren, hasta uygun olmayan bir kelime kullanabilir, ancak bu kelimeler bağlam içinde anlaşılabilir (“mont” yerine “ceket”).

2 = hafif: Hasta birkaç kez uygun olmayan kelimeler kullanabilir. Kullanılan kelimenin esas kelimeye anlamsal yakınlığı daha azdır (“peynir” yerine “sosis”, “yaşlı bir adam” yerine “büyük baba”).

3 = orta: Hasta sıkça uygun olmayan kelimeler kullanır. Bazı durumlarda kullanılan kelimenin esas kelimedenden anlamsal uzaklığı o kadar fazladır ki esas kelime ile olan bağlantı açık değildir (“eğitim” yerine “idman”), anlatılmak istenen net değildir.

4 = şiddetli: Hasta çok miktarda uygun olmayan kelimeleri kullanır. Sonuç olarak görüşme ciddi derecede etkilenmiştir (“akvaryum” yerine “çiçek”, “aslan” yerine “krema”).

13. Sesbirimsel (Fonemik) Parafazi (Nesnel)

Bir kelimenin (sesbilgisi bakımından) yanlış telaffuz edilmesidir. Hafif biçimleri gündelik hayattaki dil sürçmeleri gibi kendini gösterebilir. Hasta genellikle hatasını fark eder ve düzeltmeye çalışabilir.

Örnek: (Derecelendirmeye bakınız)

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Anlamsal (Semantik) parafazi (nesnel)

Sözcük uydurma (Neolojizm) (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli: Görüşmede nadiren sesbirimsel parafaziler görülebilir.

2 = hafif: Görüşmede sesbirimsel parafaziler birkaç kez görülebilir (“muz” yerine “kuz”)

3 = orta: Sesbirimsel parafaziler sıkça görülür.

4 = şiddetli: Hasta çok miktarda sesbirimsel parafazileri kullanır, görüşme ciddi derecede kısıtlanmıştır.

14.Sözcük Uydurma (Neolojizm) (Nesnel)

Sözlüklerde yer almayan, yeni kelime oluşturma söz konusudur. Çoğu neolojizmler doğrudan anlaşılabilir değildir. Aşırı durumlarda hasta tarafından yeni yapay bir dil oluşturulabilir veya kullanılabilir.

Belli bir grubun örneğin kültürel bir grubun kullandığı deyimler veya argo kelimeler (gençlerin kullandığı kelimeler; kötüye kullanılan madde isimleri gibi) neolojizm olarak değerlendirilmez. Dil becerilerindeki yetersizlik de (ana-dili başka bir dil olan hastalardaki gibi) dışlanmalıdır.

Örnek: (Derecelendirmeye bakınız)

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Anlamsal (Semantik) parafazi (nesnel)

Sesbirimsel (Fonemik) parafazi (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Görüşmede bir kez kesin olarak neolojizm görülür.

3 = orta: Görüşmede birkaç kez neolojizm görülür.

4 = şiddetli: Hasta ile iletişim belirgin kısıtlanmıştır. Aşırı durumlarda şifreli (kriptolali) veya yepyeni bir dil (glossolalia, kendine özgü simgesel dil) kullanımı görülebilir. Ör: "Kiri, kir, ka, tişa, ma, yasami, kasi, sasami"

15.Uyaklı Çağrışım (“Klang” Çağrışım) (Nesnel)

Sözcük seçiminin anlam ilişkisinden çok ses benzerliğine göre yapıldığı izlenimi veren bir konuşma biçimidir. Bu yüzden konuşmanın anlaşılabilirliği azalmış ve konuşmaya gereksiz sözcükler eklenmiştir. Uyaklarla kurulan bağlantılara ek olarak, bu konuşma biçiminde kelime oyunları (cinas) da görülebilir. Ses bakımından benzer bir kelime (çokanlamlılık/eşseslilik) yeni bir düşünce de akla getirir.

Örnek:

"Bugün size dün anlattıklarımı anlatmayacağım, dün başımdan geçenleri atlatacağım. İyi olduğunu düşündüğüm şeyler de zihnime her zaman kolay gelmiyor. Gelmeyince gelmiyor, olmayınca olmuyor, durmayınca durmuyor. Dün ablam da gelmedi, ablam zaten hep bir vardır, bir yoktur. Ben de hep bir varmış, bir yokmuş derim, zaten masalları severim..."

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Raydan çıkma (nesnel)

Düşünce çözülmesi (nesnel)

Yapmacık (Manyeristik) konuşma (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Görüşme boyunca uyaklı çağrışım nadiren görülür.

3 = orta: Görüşme boyunca uyaklı çağrışım birkaç kez görülür. Görüşme belirgin olarak kısıtlanmamıştır.

4 = şiddetli: Uyaklı çağrışım sıktır ve görüşmenin büyük bölümüne hakimdir. Sonuç olarak görüşme belirgin etkilenmiştir.

16.Yankılama (Ekolali) (Nesnel)

Sözcüklerin ve cümlelerin anlambilimsel işlevleri gözetilmeden manasız şekilde tekrarlanmasıdır. Hasta görüşmecinin sözcüklerini veya cümlelerini tekrarlar.

Dışlama:

Bazı insanlar alışkanlık olarak soruyu açığa kavuşturmak ve cevaplarını biçimlendirmek için soruları tekrarlayabilirler. Bu durum genellikle soruyu başka kelimelerle tekrar sorma veya son birkaç kelimenin tekrarı şeklinde olur.

Örnek:

“Sizinle birkaç dakika görüşmek istiyorum.”

“İstiyorum, istiyorum, istiyorum... Görüşmek istiyorum...”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Konuya takılarak tekrarlama (Perseverasyon) - (nesnel)

Verbijerasyon (Yineleyici konuşma) - (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Nadiren, hasta tek tek kelimeleri veya sorunun bir kısmını tekrar eder, fakat sonra soruya cevap verir.

3 = orta: Birkaç kez, hasta tek tek kelimeleri veya sorunun bir kısmını tekrar eder, fakat sonra genellikle soruya cevap verir.

4 = şiddetli: Sıklıkla, hasta tek tek kelimeleri veya sorunun bir kısmını tekrar eder. Başka ek bilgi vermez.

17. Konuşma İçeriğinin Fakirleşmesi – (Nesnel)

Konuşma ve cevaplar yeterli miktarda olmasına rağmen, karşıya çok az bilgi iletilmektedir. Dil müphem olmaya meyillidir, sıklıkla aşırı derecede soyut veya aşırı derecede somut, tekrarlayıcı veya basmakalıptır. Görüşmeci bu bulguyu hastanın soruyu cevaplamak için epey uzun konuşmasına rağmen yeterli bilgi verememesine bakarak tanıyabilir. Ya da, hasta yeterli bilgi verebilir, ancak bunu yapabilmek için çok fazla sözcüğe ihtiyaç duyar; verdiği cevap çok uzundur ancak bütün konuşma bir veya iki cümle ile özetlenebilir.

Örnek:

Görüşmeci: "Pekala. Size göre insanlar neden Tanrı'ya inanır? "

Hasta: "Her şeyden önce, hepimizin bildiği gibi ve her zaman olduğu gibi, O manevi bir güç, özel bir güç, ilahi kudret, şimdi burada olan özel bir mesaj. O benimle konuşur, benimle yürür. Ve benim anlayışıma göre, çoğu insan Tanrı'nın kim olduğunu gerçekten bilmiyor. Çünkü, demek istediğim, gerçekten Tanrı'nın ne demek olduğunu bilmiyorlar. Onların çoğu Tanrı'nın onlarla birlikte yürüdüğünü ve konuştuğunu bilmiyor."

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Konuşmanın fakirleşmesi (nesnel)

Düşünce fakirleşmesi (öznel)

Düşünme kısıtlanması (nesnel)

Düşünce yavaşlaması (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Nadiren, cevaplar müphemdir veya kısa olabilir.

3 = orta: Birkaç kez, cevaplar müphemdir veya çok az bilgi verir.

4 = şiddetli: Görüşmenin çoğu müphemdir, içerik boş veya ciddi ölçüde kısadır.

18. Düşünme Kısıtlanması (Nesnel)

Düşünce içeriğinin konu çeşitliliği açısından kısıtlanması, bir veya birkaç konuya bağlı kalma veya belli başlı birkaç kilit fikre saplanma durumudur. Görüşme sırasında, hasta bir konudan diğerine geçmekte zorlanır veya sürekli olarak başlangıçtaki konuya geri döner. İyi bir değerlendirme için görüşmecinin hastaya çeşitli konular sunması gereklidir. Hastalık konusu psikiyatrik görüşmelerde daima önemli yer tuttuğundan bu tek başına Düşünce Kısıtlanmasının işareti sayılmamalıdır. Hastalıkla ilgili düşünce içeriği incelenirken, eğer hasta sadece hastalığının belli yönlerine saplanıp kalıyor ve başka konularda konuşması teklif edildiği halde o konudan ayrılamıyorsa düşünme kısıtlanmasının varlığı düşünülebilir. (ör: zihni sürekli hazımsızlık şikayeti ile meşgul olan bir depresif hasta).

Örnek:

Görüşmeci: “Şimdiki ruhsal durumunuzu nasıl tanımlarsınız?”

Hasta: “Şimdi daha iyiyim, ama sabah sırtım çok kötü ağrıyordu. Kocamdan boşandığım zaman başladı bu ağrı. Çok zor uyuyabiliyorum ve gün içinde fazla hareket edemiyorum.”

Görüşmeci: “Geçen ay hoşunuza giden işlere kendinizi vermekte zorlandınız mı?”

Hasta: “Eğer bütün gün sırtım ağrımasaydı, başka şeyleri daha çok düşünebilecek halde olurdu.”

Görüşmeci: “Hangi hobilerden ve faaliyetlerden hoşlanırsınız?”

Hasta: “Önceden ayrıldığım kocamla spor yapardık. Boşandığımızdan beri artık spor yapmayı sevmiyorum ve bu berbat sırt ağrısı yakamı bırakmıyor.”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Konuşmanın fakirleşmesi (nesnel)

Düşünce fakirleşmesi (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli: Hasta nadiren belli bir konuya dönüş yapar.

2 = hafif: Hasta dönüp dolaşıp belli konulara geri dönmektedir, başka konularda konuşmak epey zordur.

3 = orta: Hasta sadece birkaç konu hakkında konuşmaktadır. Başka konularla ilgili görüşme yapmak neredeyse imkansızdır. Konuyu değiştirmek için çok çaba sarf edilmesi gerekir.

4 = şiddetli: Hasta belli bir düşünceye saplanmıştır. Diğer konulara geçilmek istendiğinde de, hemen ve sürekli aynı düşünceye geri döner.

19. Düşünce Yavaşlaması (Nesnel)

Gözlemciye göre, hastanın düşünce süreci yavaşlamıştır (nesnel). Bu yavaşlamış düşünce sürecinin sonucu olarak görüşme cansız ve uyuşuktur.

Örnek:

Görüşmeci: “Hastaneye neden geldiğinizi anlatır mısınız?”

Hasta: “(duraksama) Zor bir dönemdeyim.... (duraksama) Bu yüzden kız kardeşim beni buraya getirdi.”

Görüşmeci: “Zor bir dönemde olduğunuzu söylediniz. Neyi kastettiniz?”

Hasta: “(duraksama) Çok yorgunum(duraksama) ve sabahları uyanmak çok zor geliyor.”

Görüşmeci: “Peki, ama galiba kardeşinizin size buraya getirmesinin asıl sebebi bu değil, ne dersiniz?”

Hasta: “Hayır (duraksama). Sürekli keyifsiz hissediyorum. (duraksama)”

Görüşmeci: “Kilo verdiniz mi?”

Hasta: “Hayır...(duraksama) Zannetmiyorum.”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünmenin engellenmesi (öznel)

Konuşmanın fakirleşmesi (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli: Muhtemelen düşünce süreci yavaşlamıştır, ancak görüşmenin akışı veya değerlendirme akışı etkilenmemiştir.

2 = hafif: Düşünce sürecindeki yavaşlama görüşmeci tarafından fark edilir, görüşmenin veya değerlendirmenin akışı hafif düzeyde etkilenmiştir.

3 = orta: Düşünce sürecindeki yavaşlama görüşmeci tarafından fark edilir, görüşmenin veya değerlendirmenin akışı belirgin düzeyde etkilenmiştir.

4 = şiddetli: Hastanın düşünce sürecindeki ağırlaşma ve görüşmedeki uzun duraksamalardan dolayı konuşmanın akışı değerlendirmeye imkan vermeyecek ölçüde kısıtlanmıştır veya görüşme çok büyük çaba ile devam etmektedir.

20. Konuşmanın Fakirleşmesi (Nesnel)

Kendiliğinden konuşmanın miktarındaki kısıtlanmadır. Sorulara verilen cevaplar kısa, somut ve ayrıntısız olma eğilimindedir. Üstelemeden, kendiliğinden ek bilgi alınabilmesi nadirdir. Cevaplar tek heceli olabilir ve bazı sorular tamamen cevapsız bırakılır. Bu konuşma biçimi ile karşı karşıya kalındığında, görüşmeci kendini ayrıntılı cevaplar alabilmek için hastayı konuşmaya teşvik ederken bulabilir. Bu bulguyu ortaya çıkarmak için görüşmeci, hastanın cevap vermesi ve cevabını ayrıntılandırabilmesi için yeterince zaman tanımalıdır.

Örnek:

Görüşmeci: "Sağlık sisteminin iyi işlediğini düşünüyor musunuz?"

Hasta: "Evet, öyle gözüküyor."

Görüşmeci: "Hastaneye yatmadan önce çalışıyor muydunuz? "

Hasta: "Evet."

Görüşmeci: "Önceden hangi işlerde çalıştınız?"

Hasta: "Hizmetlilik, boyacılık."

Görüşmeci: "Şimdi ne iş yapıyorsunuz?"

Hasta: "Hiç"

Görüşmeci: "Kaçınıcı sınıfa kadar okudunuz?"

Hasta: "Beşten terk"

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünmenin engellenmesi (öznel)

Düşünce yavaşlaması (nesnel)

Düşünce fakirleşmesi (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Birkaç cevap yeterince ayrıntılı bilgi içermez.

3 = orta: Cevaplar birkaç kelimededen oluşur. Bazen sorular cevapsız kalabilir. Cevaplar tek heceli veya çok kısadır ("Evet", "Hayır", "Belki", "Bilmiyorum", "Geçen hafta").

4 = şiddetli: Hasta genelde suskundur.

21. Somut Düşünme (Nesnel)

Somut düşünme, soyut (mecazlı) cümleleri veya deyimleri kavramada (ör: atasözleri, deyimleri, şakaları anlama/yorumlama) zorluk olmasını ifade eder. Hasta kelimelerin/ifadelerin somut anlamlarına bağlı kalır.

Örnek/Soru:

"'Ayağını yorganına göre uzat' atasözünün anlamını açıklar mısınız?"

“Yorganını üstüne iyice ört ki üşümeyesin.”

“Peki, ‘Küplere binmek’ ne demek?”

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Mecazi anlamı kavrayış kısıtlanmıştır

3 = orta: Sadece somut anlam ifade edilir.

4 = şiddetli: Somut anlamın ifadesi bile belli belirsizdir veya hiç olmayabilir.

22. Blok (Düşünce Durması) (Öznel)

Düşünce akışında algılanan ve bildirilen kopukluktur, bu “ne söyleyeceğimi unuttum” biçiminde de ifade edilir. Blok hasta tarafından öznel olarak fark edilir. Bir düşüncenin aniden kesilmesine karşıt olarak, yavaşça belirsizleşmesi/kaybolması anlamına gelen “sönme” olayını da içerir ki düşünce kopmasından (Madde 8) bu anlamda farklılaşır. Sönme dalgalı bir şekilde de ortaya çıkabilir. Düşünce başta zayıflar, sonra tekrar netleşir, sonra bir kez daha sönükleşir. Düşüncede sönmenin düşüncenin kaybolmasından farkı, sönmenin ancak hasta bu olayı bildiriyorsa değerlendirilebilmesidir. Blok ve Sönme “Düşüncelerin birbirine karışması” (Madde 29’a bakınız) ile birlikte veya “Düşüncelerin birbirine karışması”ndan ayrı olarak görülebilir.

Örnekler:

Saf Blok:

“Hiç düşüncem kalmamış, sanki bir şey onları yok etmiş gibi.”

“Bazı zamanlar düşüncelerim aniden duruyor.”

“Bazen bir şey söylemek istiyorum ve o şey aniden aklımdan gidiyor. Bazen ne olduğunu hatırlıyorum ama bazen hatırlayamıyorum”

Saf Sönme:

“Televizyon izlerken, düşüncelerim yavaş yavaş kayboluyormuş gibi geliyor, yerine başka bir düşünce gelmiyor”

Soru:

“Bazen düşünce akışınız engele takılmış gibi aniden duruyor veya düşünceleriniz yavaşça kayboluyor gibi hissettiğiniz oluyor mu?”

Karışabileceği ruhsal olay:

Düşüncenin kopması (nesnel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Hasta nadiren düşünce blokları bildirebilir, ancak bunu bir sorun olarak görmemelidir.

3 = orta: Hasta birkaç kez olan düşünce blokları bildirir. Bloklar nedeniyle sorun yaşayabilir ve/veya iletişiminin hafifçe bozulduğunu düşünür.

4 = şiddetli: Hasta sık olan düşünce blokları bildirir. Hasta bloklar nedeniyle sorun yaşamaktadır ve/veya hastaya göre iletişimi bozulmuştur.

23. Geviş Getirme (Ruminasyon) (Öznel)

Hastanın zihni sürekli olarak, çoğunlukla nahoş meselelerle meşguldür. Bu düşünceler bir sonuca ulaşmadan aynı konuların çevresinde döner. Hastaya göre bu olumsuz düşünce sürecini durdurmak zordur. Ruminasyon hoş gitmeyen, hatta bazen acı veren bir durum olarak deneyimlenir.

Örnek:

“Kıramı artık ödeyemiyorum. Faturaları da ödeyememekten endişe ediyorum. Nasıl olacak gerçekten bilmiyorum. Bunun dışında bir şeyi nasıl düşüneceğimi bilmiyorum.”

Sorular:

“Bazı konuları eskisine göre daha sık düşünmek zorundaymışsınız gibi hissediyor musunuz?”

“Bazen başka bir şey düşünmek istediğiniz halde veya uyumak istediğiniz halde, belirli bir konuyu düşünmek zorunda olduğunuzu hissediyor musunuz?”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünme kısıtlanması (nesnel)

Düşünce fakirleşmesi (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Ruminasyonlar vardır ve hasta hafifçe etkilenmiştir ancak gündelik sorumluluklarını yerine getirebilmektedir.

3 = orta: Hasta ruminasyonları nedeniyle sorun yaşamaktadır. Gündelik sorumlulukları ve iyilik hali etkilenmiştir.

4 = şiddetli: Ruminasyonları nedeniyle belirgin olarak acı çekmektedir. Gündelik sorumlulukları ve iyilik hali ciddi ölçüde etkilenmiştir.

24. Düşünce Fakirleşmesi (Öznel)

Hasta düşüncelerinin yaratıcı olmadığını ve sadece birkaç konu ile sınırlı olduğunu hissetmektedir. Bu duruma hoş gitmeyen duygular eşlik edebilir veya etmez.

Örnek:

“Artık düşünemiyorum. Aklıma yeni hiçbir şey gelmiyor.”

Sorular:

“Aklınıza yeni hiçbir şey gelmiyor gibi hissediyor musunuz?”

“Düşünmenizin geçmişe göre daha az yaratıcı olduğunu hissediyor musunuz?”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünme kısıtlanması (nesnel)

Geviş Getirme (Ruminasyon) (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Hasta bazen düşünce fakirleşmesi olduğunu bildirir, ancak bunu bir sorun olarak görmez.

3 = orta: Hasta düşünce fakirleşmesinin sık olduğunu bildirir. Bu yüzden sorun yaşayabilir ve/veya hastaya göre iletişimi hafif düzeyde bozulmuştur.

4 = şiddetli: Hasta neredeyse sürekli olan düşünce fakirleşmesi bildirir. Bu yüzden sorun yaşamaktadır ve/veya hastaya göre iletişimi belirgin bozulmuştur.

25. Düşünmenin Engellenmesi (Öznel)

Hasta tarafından düşünce süreci sanki içsel bir dirence karşı düşünüyormuş gibi, yavaşlamış, frenlenmiş veya engellenmiş olarak algılanır. Hasta düşüncelerinin engellendiği hissini üstesinden gelemez. Düşünmenin engellenmesi, hastanın artık hiç bir şey düşünemediği hissine kapıldığı bir noktaya kadar gidebilir.

Örnek:

“Bu düşünüş şeklimle artık hiçbir şey yapamıyorum. Düşüncelerim iyice yavaşladı, bazen sanki hiç düşüncem kalmamış gibi geliyor... Hafızam da öyle yok gibi, hiçbir şeye dikkatimi veremiyorum.”

Sorular:

“Geçmişle karşılaştırdığınızda, düşünmeniz engellenmiş veya yavaşlamış gibi geliyor mu?”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünme kısıtlanması (nesnel)

Geviş Getirme (Ruminasyon) (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Hasta düşünmesinin engellendiğini bildirir, ancak bunu bir sorun olarak görmez.

3 = orta: Hasta düşünmesinin engellendiğini sık olarak bildirir. Bu yüzden sorun yaşayabilir ve/veya hastaya göre iletişimi hafif düzeyde bozulmuştur.

4 = şiddetli: Hasta neredeyse sürekli olarak düşünmesinin engellendiğini bildirir. Hastanın bu yüzden sorun yaşaması kuraldır ve/veya hastaya göre iletişimi belirgin bozulmuştur.

26. Konuşmayı Kavrama Bozukluğu (Öznel)

Kelimelerin, söz dizilerinin veya cümlelerin anlamlarının (örneğin konuşmalarda, filmlerde ve radyo programlarında) çaba sarf edildiği halde eksik anlaşılması veya hiç anlaşılabilmesidir. Bazı durumlarda, olay sadece ruhsal zorlanma dönemlerinin ardından ortaya çıkabilir. Ancak, bazı durumlarda baştan itibaren sözcüklerin anlaşılması bozuktur. Konuşmanın kavranmasındaki bozukluğun sonucu olarak hasta kişilerarası iletişimde sorunlar yaşayabilir.

Örnekler:

“Bazen konuşmaları takip edemiyorum, çünkü bu hastalıktan muzdaribim.”

“Bazen duyduğum kelimeleri anlamadığımı hissediyorum. Biri bana bir şey söylüyor ve ben kelimeleri duyuyorum, ama tam olarak neyle ilgili olduğunu, sözlerin ne manaya geldiğini anlayamıyorum. Televizyon izlerken konuşmaları takip etmek benim için çok zor.”

Sorular:

“Diğer insanlarla olan konuşmaları geçmişte olduğu gibi anlayabiliyor musunuz?”

“Hastalıktan önceki gibi karşılıklı konuşmaları ve filimleri takip edebiliyor musunuz?”

“Bazen kelimelerin veya cümlelerin anlamlarını kavrayamadığınızı hissediyor musunuz?”

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Hasta hafif ve/veya nadiren ortaya çıkan Konuşmayı Kavrama Bozukluğu bildirir, ancak bunu bir sorun olarak görmez.

3 = orta: Hasta orta derecede ve/veya birkaç kez ortaya çıkan Konuşmayı Kavrama Bozukluğu bildirir. Konuşmayı Kavrama Bozukluğu yüzünden sorun yaşamaması ve/veya hastaya göre iletişimde hafif bir bozukluk olması muhtemeldir.

4 = şiddetli: Hasta belirgin Konuşmayı Kavrama Bozukluğu bildirir. Konuşmayı Kavrama Bozukluğu yüzünden sorun yaşar ve/veya hastaya göre iletişimi belirgin bozulmuştur.

27. Konuşmayı İfade Etme Bozukluğu (Öznel)

Hasta kendisi için doğru kelimeleri bulmanın zor olduğunu bildirir. Konuşurken kelime seçiminin, dil kullanma becerisinin ve sözel akıcılığının etkilendiğini fark eder. Uygun kelimeleri hızlıca bulamaz veya kelimelere hiç ulaşamaz. Bazı durumlarda, tam uymayan, belirsiz ifadeler aklına gelir. Bu

ruhsal olayın şiddetli olduğu klinik tablolarda, hastanın kendisinin de farkında olduğu bir yandan cevap görülebilir ve bunun sonucunda da inceliksiz veya uygunsuz ifadeler kullanılabilir. Bazı hastalar, bu bozukluğu telafi etmek için anlamsız ifadeler tekrredebilir, laf kalabalığı yapabilir veya sohbetten tamamen kaçınabilir.

Örnek:

“Konuşmam çok basit bir düzeyde. Kelimelerim ve cümlelerim yeterince açık ve uygun değil. Kelimeleri bulamıyorum ve kelimeleri doğru bir şekilde bir araya getirmek benim için zor.”

“Cevaplarım eskiden olduğu gibi açık değil. Doğru kelimeyi bulana kadar kem küm edip duruyorum.”

“Bu hastalığa yakalandığımdan beri kelime dağarcığım daraldı.”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Yandan cevap (nesnel)

Konuya takılarak tekrarlama (Perseverasyon) (nesnel)

Yapmacık (Manyeristik) konuşma (nesnel)

Sorular:

“Kendinizi eskiden olduğu gibi ustalıkla ve doğru olarak ifade edebiliyor musunuz?”

“Konuşmanızın eskisi kadar açık ve akıcı olmadığını hissettiğiniz, sanki doğru kelimeleri bulamıyormuş veya hep belli kelimeleri veya ifadeleri tekrar ediyormuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?”

“Bazen kendinizi istediğiniz gibi ifade edemiyormuş gibi hissediyor musunuz?”

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Hasta hafif ve/veya nadiren ortaya çıkan Konuşmayı İfade Etme Bozukluğu bildirir,

ancak bunu bir sorun olarak görmez.

3 = orta: Hasta orta şiddette ve/veya birkaç kez ortaya çıkan Konuşmayı İfade Etme Bozukluğu bildirir. Konuşmayı İfade Etme Bozukluğu yüzünden sorun yaşaması ve/veya hastaya göre iletişimde hafif bir bozukluk olması muhtemeldir.

4 = şiddetli: Hasta belirgin Konuşmayı İfade Etme Bozukluğu bildirir. Konuşmayı İfade Etme Bozukluğu yüzünden sorun yaşar ve/veya hastaya göre iletişimi belirgin bozulmuştur.

28. Düşüncenin Başlatılması ve Yönlendirilmesinde Bozukluk (Öznel)

Hasta öznel olarak düşünceyi başlatma ve yönlendirmesinde, “zihin gücünde” azalma hisseder ve bu durumun farkındadır. Düşüncüyü başlatma ve yapılandırma sürecindeki bozukluk, kavram gelişimini etkileyerek gündelik yaşam etkinliklerinin (kahve yapmak gibi) yerine getirilememesine neden olabilir.

Örnek:

“Düşünebilmem için gereken tüm zihin gücümü kaybettim.”

“Düşünmek için gereken gücü kendimde bulamıyorum.”

“Artık diğer insanlarla konuşmıyorum. Konuşamayacak kadar tembelleştim. Herhangi bir şey söyleyemek için kendimi zorlamam gerekiyor.”

“Düşünme ve konuşmamdaki süreklilik kayboldu, bilirsiniz, bir sözcükten diğerine giden doğal akış. Arada hep bir boşluk var. Küçük, durmadan kesilen adımlar şeklinde düşünebiliyorum. Artık bütünü düşünemiyorum, bağlamı hep kaybediyorum.”

Sorular:

“Bazen düşünmek için gerekli güç veya enerjiyi bulamadığınız oluyor mu?”

“Geçmişle kıyasladığınızda, düşünmeye başlama ve konuşmalara katılma becerinizde kayıp hissediyor musunuz?”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Düşünce fakirleşmesi (öznel)

Düşünmenin Engellenmesi (öznel)

Blok (Düşünce durması) (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Hasta hafif ve/veya nadiren ortaya çıkan Düşünceyi Başlatma ve Yönlendirmede Bozukluk bildirir, ancak bunu bir sorun olarak görmez.

3 = orta: Hasta orta şiddette ve/veya birkaç kez ortaya çıkan Düşünceyi Başlatma ve Yönlendirmede Bozukluk bildirir. Bu yüzden sorun yaşamaması ve/veya hastaya göre gündelik yaşam aktivitelerinde hafif bir bozukluk olması muhtemeldir.

4 = şiddetli: Hasta belirgin Düşünceyi Başlatma ve Yönlendirmede Bozukluk bildirir. Bu yüzden sorun yaşar ve/veya hastaya göre gündelik yaşam aktiviteleri belirgin bozulmuştur.

29. Düşüncelerin Birbirine Karışması (Öznel)

O anki düşünce akışına ait olmayan düşüncelerin araya girmesidir. Düşüncelerin birbirine karışması dış uyaranlarla tetiklenebilir veya tetiklenmeyebilir ya da dış uyaranla bağlantılı veya bağlantısız olabilir. Araya giren düşünceler duygusal yükleri bakımından daha nötrdür.

Örnekler:

“Her zaman dikkatimi dağıtan başka şeyler düşünmek zorunda kalıyorum”

“Artık dikkatimi toplayamıyorum. Her türlü ses dikkatimi dağıttığından kafam çok karışık..”

“Odaklanma yetim kayb oldu. Dikkatimi dağıtmak çok kolay.”

“Eğer bir şeye odaklanırsam, başka düşünceler zihnime giriyor. Bu düşüncelerin o sırada ilgilendiğim şeyle hiç bir ilgisi bulunmuyor”

Sorular:

“Etrafınızda olan olup biten şeyler, örneğin etraftaki sesler yüzünden dikkatiniz kolayca dağılıyor mu?”

“Düşünceleriniz sürekli farklı yerlere kaydığı için bazen konuşmaya odaklanamadığınızı hissediyor musunuz?”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Yandan cevap (nesnel)

Raydan çıkma (nesnel)

Blok (Düşünce durması) (öznel)

Basıncılı/Hızlı düşünme (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Hasta nadiren ortaya çıkan düşüncelerin birbirine karışmasını bildirir, ancak bunu bir sorun olarak görmez.

3 = orta: Hasta birkaç kez ortaya çıkan düşüncelerin birbirine karışmasını bildirir. Bu yüzden sorun yaşaması ve/veya hastaya göre iletişimde hafif bir bozukluk olması muhtemeldir.

4 = şiddetli: Hasta sık olan düşüncelerin birbirine karışmasını bildirir. Bu yüzden sorun yaşar ve/veya hastaya göre iletişimi belirgin bozulmuştur.

30. Basınçlı/Hızlı Düşünme (Öznel)

Değişik içerikli pek çok düşünce hızla değişerek hastanın zihnine girer veya zihnini zorlar. Hasta bu beliren ve kaybolan düşünceleri ne kontrol edebilir, ne de bastırabilir.

Örnek:

“Düşüncelerimi kontrol altında tutamıyorum. Bazen düşüncelerimin çeşitliliği beni eziyor gibi hissediyorum, ayrıntıda kayboluyorum.”

“Sık sık farklı ve saçma düşünceler aklıma geliyor. Düşünceler fırl fırl dönüyor ve ben onları bir arada tutamıyorum.”

Sorular:

“Bazen, düşüncelerinizi varmak istediğiniz hedefe yönlendiremediğinizi hissediyor musunuz? Bir çok düşünce aynı anda aklınıza geliyor ve yeni düşünceleri engelleyemiyorsunuz gibi oluyor mu?”

“Bazen, birçok düşüncenin art arda veya aynı anda zihninize üşüştüğünü, düşüncelerinizin kontrolünü kaybettiğinizi hissediyor musunuz?”

Karışabileceği ruhsal olaylar:

Basınçlı konuşma (nesnel)

Çok konuşma (Logore) (nesnel)

Düşüncelerin birbirine karışması (öznel)

Derecelendirme:

0 = yok

1 = şüpheli

2 = hafif: Hasta nadiren ortaya çıkan Basınçlı/Hızlı Düşünme bildirir, ancak bunu bir sorun olarak görmez.

3 = orta: Hasta birkaç kez ortaya çıkan Basınçlı/Hızlı Düşünme bildirir. Bu yüzden sorun yaşaması ve/veya hastaya göre iletişimde hafif bir bozukluk olması muhtemeldir.

4 = Şiddetli: Hasta sık olan Basınçlı/Hızlı Düşünme bildirir. Bu yüzden sorun yaşar ve/veya hastaya göre iletişimi belirgin bozulmuştur.



Ek-3.

Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi Çalışması Demografik Bilgiler Formu: Şizofreni Hastaları

1. Dosya numarası:.....

2. Yaş:.....

3. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

4. En son bitirdiği okul: 1.Okuma yazma yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise
5. Üniversite 6. Toplam eğitim yılı:

5. Meslek: 1. Ev kadını 2. İşçi 3. Çiftçi 4. Memur 5. Esnaf 6.
Öğrenci
7. Emekli 8. İşsiz 9. Başka (.....)

6. Adres:

6a. Tel:

7. Medeni durum: 1. Hiç evlenmemiş 2. Evli 3. Dul 4. Ayrılmış

7a. (evlenmiş ise) çocuk sayısı:

8. Psikiyatrik öykü

Hastalık süresi:

Hastalığın başlangıç yaşı:

Son psikotik alevlenme süresi:

Geçmişte kendine / etrafına zarar davranışı / özkıyım girişimi (İşaretleyiniz)

Şu an kullanmakta olduğu tedavi:

	Antipsikotik	Antidepresan	Duygudurum düzenleyici	Diğer
Etkin madde				
Doz				
Süre (ay)				
Yanıt				
Yan etki				

9. Önceki psikotik alevlenme sayısı:

10. Şizofreni tanısı nedeniyle geçmişte kullanılmış antipsikotik tedaviler:

Etkin madde	Doz	Süre (ay)	Yanıt	Yan etki

11. Önceki hastane yatışları (Tarih / Hastane / Süre):

- 1.
- 2.
- 3.

12. Özgeçmiş:

Sigara:

Alkol / Madde kullanımı:

Alerji:

Tıbbi hastalık:

Halen kullanmakta olduğu diğer psikiyatri dışı ilaçlar:

13. Ailede ruhsal hastalık öyküsü:

Psikotik Bozukluklar

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

Duygudurum Bozuklukları

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

Diğer Bozukluklar

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

14. El tercihi:



Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi Çalışması Demografik Bilgiler Formu: Mani Hastaları

1. Dosya numarası:.....

2. Yaş:

3. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

4. En son bitirdiği okul: 1.Okuma yazma yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise

5. Üniversite 6. Toplam eğitim yılı:

5. Meslek: 1. Ev kadını 2. İşçi 3. Çiftçi 4. Memur 5. Esnaf 6.

Öğrenci

7. Emekli 8. İşsiz 9. Başka (.....)

6. Adres:

6a. Tel:

7. Medeni durum: 1. Hiç evlenmemiş 2. Evli 3. Dul 4. Ayrılmış

7a. (evlenmiş ise) çocuk sayısı:

8. Psikiyatrik öykü

Hastalık süresi:

Hastalığın başlangıç yaşı:

Son manik/hipomanik epizod süresi:

Geçmişte kendine / etrafına zarar davranışı / özkıym girişimi (işaretleyiniz)

Şu an kullanmakta olduğu tedavi:

	Antipsikotik	Antidepresan	Duygudurum düzenleyici	Diğer
Etken madde				
Doz				
Süre (ay)				
Yanıt				
Yan etki				

9. Önceki manik epizod sayısı:

hipomanik epizod sayısı:

depresif epizod sayısı:

10. Duygudurum dönemi nedeniyle geçmişte kullanılmış tedaviler (Antidepresan /Duygudurum düzenleyici/Antipsikotik/ EKT veya tedavi kombinasyonları):

Epizod	Etken madde	Doz	Süre (ay)	Yanıt	Yan etki

11. Önceki hastane yatışları (Tarih / Hastane / Süre):

1.

2.

3.

12. Özgeçmiş:

Sigara:

Alkol / Madde kullanımı:

Alerji:

Tıbbi hastalık:

Halen kullanmakta olduğu diğer psikiyatri dışı ilaçlar:

13. Ailede ruhsal hastalık öyküsü:

Psikotik Bozukluklar

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

Duygudurum Bozuklukları

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

Diğer Bozukluklar

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

14. El tercihi:



Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi Çalışması Demografik Bilgiler Formu: Depresyon Hastaları

1. Dosya numarası:.....

2. Yaş:

3. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

4. En son bitirdiği okul: 1.Okuma yazma yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise

5. Üniversite 6. Toplam eğitim yılı:

5. Meslek: 1. Ev kadını 2. İşçi 3. Çiftçi 4. Memur 5. Esnaf 6.

Öğrenci

7. Emekli 8. İşsiz 9. Başka (.....)

6. Adres:

6a. Tel:

7. Medeni durum: 1. Hiç evlenmemiş 2. Evli 3. Dul 4. Ayrılmış

7a. (evlenmiş ise) çocuk sayısı:

8. Psikiyatrik öykü

Hastalık süresi:

Hastalığın başlangıç yaşı:

Son depresif epizod süresi:

Geçmişte kendine / etrafına zarar davranışı / özkıyım girişimi (işaretleyiniz)

Şu an kullanmakta olduğu tedavi:

	Antipsikotik	Antidepresan	Duygudurum düzenleyici	Diğer
Etken madde				
Doz				
Süre (ay)				
Yanıt				
Yan etki				

9. Önceki depresif epizod sayısı:

10. Depresyon tanısı nedeniyle geçmişte kullanılmış tedaviler (Antidepresan /Duygudurum düzenleyici/Antipsikotik/ EKT veya tedavi kombinasyonları):

Etken madde	Doz	Süre (ay)	Yanıt	Yan etki

11. Önceki hastane yatışları (Tarih / Hastane / Süre):

- 1.
- 2.
- 3.

12. Özgeçmiş:

Sigara:

Alkol / Madde kullanımı:

Alerji:

Tıbbi hastalık:

Halen kullanmakta olduğu diğer psikiyatri dışı ilaçlar:

13. Ailede ruhsal hastalık öyküsü:

Psikotik Bozukluklar

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

Duygudurum Bozuklukları

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

Diğer Bozukluklar

1. derece akraba sayısı:

Diğer sayı:

14. El tercihi:



Ek-4

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE FOR SCHIZOPHRENIA - PANSS):

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçekdışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır. Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı etkilemez.

4 ORTA: Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır **veya** birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı arasına etkileyen sanrılar vardır.

5 ORTA/AĞIR: Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve arasına düşünmeyi, sosyal ilişkileri veya davranışı etkilemektedir.

6 AĞIR: Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranışı açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Çok iyi düzenlenmiş **veya** çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör:çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.

4 ORTA: Konuşmalar kısa ve iyi yapılmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Baskı altında olunmadığında bile sıklıkla konu dışı konuşma, konular arasındaki ilişkileri kuramama veya çağrışımlarda kopukluk ile kendini gösteren biçimde düşünce toparlamada güçlük vardır.

6 AĞIR: Düşünmede, sürekli olarak belirgin derecede konu dışına çıkma ve düşünce sürecinde bozulmaya yol açacak şekilde, ciddi ölçüde sapma ve tutarsızlık vardır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünceler hastanın anlaşılmaz olmasına yol açacak düzeyde bozulmuştur. Çağrışımlardaki belirgin kopukluk hiçbir şekilde iletişim kurulamamasına neden olmaktadır (ör:kelime salatası veya mutizm).

P3. VARSANILAR:

Dış uyarılarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar işitme, görme, koku varsanıları veya bedensel varsanılar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiği davranışların yanısıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir veya iki tane açık ancak sık olmayan varsanı vardır **veya** düşünce veya davranışta bozulmaya neden olmayan birkaç tane müphem, anormal algı sözkonusudur.

4 ORTA: Varsanılar sürekli olmamakla beraber sıklıkla vardır, ancak hastanın düşünme ve davranışları çok hafif düzeyde etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Varsanılar siktir ve değişik varsanılar (işitme, görme, koku vb.) birarada olabilir. Bu varsanılar düşünceyi bozmakta ve/veya davranışı

etkilemektedir. Hasta bu yaşantıları sanrılarla yorumlayabilir, bunlara duygusal ve bazen de sözel olarak yanıt verebilir.

6 AĞIR: Varsanılar hemen hemen sürekli, düşünce ve davranışta belirgin bozulma yapacak düzeydedir. Hasta bunları gerçek algılar olarak değerlendirmektedir ve bu algılara verdiği duygusal ve sözel yanıtların sık olması hastanın işlevselliğini bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın zihni tamamen düşünce ve davranışlara hakim olan varsanılarla meşguldür. Varsanılara değiştirilemeyen sanrılı yorumlar eşlik etmekte ve varsanılara boyun eğerek uyma şeklinde sözel ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir.

P4. TAŞKINLIK:

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişimler (oynaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Görüşme boyunca hafif ajitasyon, artmış uyanıklılık veya hafif düzeyde çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artış göstermeye meyillidir, ancak belirgin taşkınlık nöbetleri veya duygudurum oynaklığı yoktur. Konuşma hafif basınçlı olabilir.

4 ORTA: Görüşme boyunca ajitasyon veya aşırı uyarılmışlık belirgindir ve konuşmayı, genel hareket halini etkilemektedir **veya** seyrek olarak ani taşkınlık patlamaları oluşmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Hastada heran birkaç dakikadan fazla yerinde oturmasına engel olacak düzeyde belirgin aşırı hareketlilik **veya** sıkça olan hareketlilik patlamaları vardır.

6 AĞIR: Görüşmede dikkati bozan ve yeme, uyuma gibi kişisel işlevleri belli bir derecede etkileyen belirgin düzeyde taşkınlık gözlenmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin düzeyde taşkınlık, yeme ve uyumayı ciddi ölçüde etkilemekte ve kişiler arası ilişki kurmayı imkansız hale getirmektedir. Konuşmada ve beden hareketlerindeki hızlanma hastanın anlaşılabilir olmasına ve bitkin hale düşmesine neden olmaktadır.

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Belirgin büyüklük sanrıları olmamakla birlikte hafif kabarma veya kendini övme vardır.

4 ORTA: Gerçek dışı ve kesin bir biçimde kendini diğer insanlardan üstün hissetmektedir. Özel bir konuma veya özel yeteneklere sahip olma biçiminde tam oluşmamış sanrılar olsa da bunlar doğrultusunda davranılmamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Özel yeteneklere, konuma veya güce sahip olmayla ilgili belirgin sanrılar belirtilmekte ve tutumu etkilemektedir, ancak davranışı etkilememektedir.

6 AĞIR: Bir özellikten daha fazlasını kapsayan (servet, bilgi, ün vb.) alanlarla ilgili belirgin üstünlük sanrıları belirtilmekte ve ilişkileri etkilemekte, bunlar doğrultusunda davranılabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Acayip özellikler gösterebilen, üstün yetenek, bilgi, ün, güç ve/veya ahlaki değerlerle ilgili çok sayıda sanrılar düşünmeye, ilişkilere ve davranışa hakim durumdadır.

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşku nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçekdışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır. Değerlendirmede temel alınacak

veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Savunucu veya açıkça güvensiz bir tutum içindedir, ancak düşünceleri, ilişkileri ve davranışları çok az etkilenmektedir.

4 ORTA: Güvensizlik belirgindir ve görüşmeyi ve/veya davranışı etkilemektedir, ancak kötülük görme sanrıları yoktur, **veya** tam oluşmamış kötülük görme sanrıları bulunabilir, ancak bunlar hastanın tavrını veya kişilerarası ilişkilerini etkilememektedir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta kişilerarası ilişkilerini ciddi ölçüde bozacak düzeyde belirgin güvensizlik göstermektedir **veya** kişilerarası ilişkiler ve davranışı sınırlı ölçüde etkileyen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

6 AĞIR: İyi düzenlenmiş sayılabilen ve kişilerarası ilişkileri ciddi düzeyde etkileyebilen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bir seri iyi düzenlenmiş kötülük görme sanrıları örgüsü hastanın düşünmesine, sosyal ilişkilerine ve davranışına hakimdir.

P7. DÜŞMANCA TUTUM:

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadeleridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarıdır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: İğneleyici konuşma, saygısızlık gösterme, düşmanca ifadeler ve arasıra olan sinirlilik gibi öfke ifadeleri doğrudan değildir **veya** sınırlıdır.

4 ORTA: Sık sinirlenme ve doğrudan öfke veya küskünlük ifadeleri gösteren, açık bir düşmanca tutum içindedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta oldukça kolay kızar ve zaman zaman tehdit edici veya küfürlü konuşmaları olmaktadır.

6 AĞIR: İşbirliği kuramaması ve küfürlü konuşması **veya** sözel tehditleri görüşmeyi ve toplum ilişkilerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hasta hırçın veya tahrip edici olabilir ancak diğer insanlara karşı fiziksel güç kullanmaz.

7 ÇOK AĞIR: Şiddetli öfke nedeniyle işbirliği kuramamakta ve dolayısıyla ilişkileri engellenmekte **veya** diğer insanlara fiziksel güç kullanarak saldırması söz konusu olmaktadır.



NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, yapmadır veya iyi ayarlanamaz.

4 ORTA: Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde "künttür".

6 AĞIR: Çoğu zaman belirgin küntlük ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilemeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.

7 ÇOK AĞIR: Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya "heykel gibi" bir ifade içindedir.

N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevselliğiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve arasıra çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.

4 ORTA: Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.

5 ORTA/AĞIR: Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmetedir, ancak kısa süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

6 AĞIR: Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Ağır ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyile yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir **veya** kişisel olmayan, entelektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.

4 ORTA: Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.

6 AĞIR: Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta görüşmeciye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sosyal aktivitelere arasıra ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.

4 ORTA: Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır sözkonusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.

6 AĞIR: Sosyal aktivitelere nadiren katılır, arasıra kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendibaşına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.

7 ÇOK AĞIR: Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlüktür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Daha zor atasözlerine harfiharfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

4 ORTA: Genellikle somut düşünce tarzını kullanmaktadır. Çoğu atasözleri ve bazı kategorileri anlamada güçlüğü vardır. Düşünce bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine ve en göze çarpan özelliklerine kaymaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Çoğu atasözlerinde ve kategorilerde zorlanmasına yol açacak şekilde somut tarzda düşünmektedir.

6 AĞIR: Hiçbir atasözünün veya mecazi ifadenin soyut anlamını kavrayamamaktadır ve bahsi geçen nesnelere en basit benzerliklere göre sınıflandırmaktadır. Düşünce ya anlamsızdır ya da bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine, en göze çarpan özelliklerine ve bunlarla ilgili alışılmamış yorumlamalara takılıp kalmıştır.

7 ÇOK AĞIR: Sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü, mecaz veya teşbihi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeniyle muayene yapan kişiyle hiçbir ilişkiye giremeyen hastalar için de yapılabilir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyrederek değerlendirilmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşmaya çok az isteği vardır. Hastanın yanıtları doğrudan ve soruya yanıt tarzında, kısa ve sade olmaya meyillidir.

4 ORTA: Konuşmada serbest akış yoktur ve konuşma düzgün değildir veya duraksamalıdır. Yeterli yanıtların alınabilmesi ve konuşmanın devam edebilmesi için sıkça yönlendirici sorular gerekmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin sorularına bir veya iki kısa cümle ile yanıt verir. Kendiliğinden ve açık bir biçimde konuşmada belirgin eksiklik vardır.

6 AĞIR: Konuşmayı kısaltmak veya konuşmaktan kaçınmak isteğiyle hastanın yanıtları birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır (ör: "bilmiyorum",

“söylemeye izinli değilim”). Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

7 ÇOK AĞIR: Sözel iletişim tektük kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkansızlaşmaktadır.

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sık düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Tavırlar veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları gözönüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir.

4 ORTA: Konuşma, yeni bir konuya geçişi güçleştirecek biçimde tekrarlayan bir konu etrafında dönmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin çabalarına rağmen, düşünme o kadar değişmez ve tekrarlayıcıdır ki konuşma iki veya üç konuyla sınırlı kalmaktadır.

6 AĞIR: Taleplerin, ifadelerin, düşüncelerin veya soruların kontrol edilemeyen tekrarları konuşmayı ciddi ölçüde bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünme, davranış ve konuşmaya, sabit, tekrarlayan düşünceler veya sınırlı cümleler hakimdir. Bu durum konuşmada uygunsuzluğa, değişmezliğe ve sınırlılığa neden olur.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta olmadığına ilişkin teminat verilmesi isteğiyle sorduğu sorulardan anlaşıldığı üzere, sağlık veya bedenle ilgili konularda belirgin kaygısı vardır.

4 ORTA: Sağlığın kötüleşmesi veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili yakınmalar vardır, ancak bunlar sanrı düzeyinde değildir ve teminat ile aşırı kaygı yatıştırılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın fiziksel bir hastalık veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili olarak sık ve çok sayıda yakınması vardır **veya** hasta bu konularda zihnini sürekli meşgul etmeyen bir veya iki açık sanrı sergilemektedir.

6 AĞIR: Hastanın zihni bedensel bir hastalık veya organlarda işlev bozukluğuyla ilgili belirgin bir veya birkaç sanrıyla meşguldür, ancak duygulanımı tamamen bu konulara gömülmemiştir ve biraz çabayla görüşmecisi hastanın düşüncelerini farklı yöne yönlendirebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın duygulanımına ve düşüncelerine tamamen hakim olan çok sayıda ve sık somatik sanrılar **veya** birkaç tane ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrı vardır.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir miktar endişe, aşırı kaygı veya öznel huzursuzluk ifade edebilir, ancak bu duruma bağlı beden ve davranış değişiklikleri bildirilmez veya görülmez.

4 ORTA: Hasta, ellerde ince tremor ve aşırı terleme gibi hafif bedensel belirtilerin eşlik ettiği belirgin sinirlilik belirtileri bildirmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, belirgin gerginlik, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı veya uyku bozukluğu gibi önemli fiziksel ve davranışsal belirtilere yol açan ciddi anksiyete belirtileri bildirmektedir.

6 AĞIR: Fobiler, belirgin huzursuzluk veya çok sayıda bedensel belirtilerle ilişkili olan, hemen hemen süregen ve öznel bir korku hissi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bazen panik düzeyine ulaşan ve hemen hemen sürekli olan **veya** gerçek panik atakları şeklinde görülen anksiyete durumu hastanın hayatını ciddi şekilde etkilemektedir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sorgulama ile önemsiz bir olayla ilgili müphem bir suçluluk veya kendini suçlama hissi ortaya çıkmaktadır, ancak hasta açık olarak fazla endişeli değildir.

4 ORTA: Hasta, hayatındaki gerçek bir olaydan dolayı kendisini sorumlu tuttuğunu ifade etmektedir, ancak zihni sürekli bununla meşgul değildir ve tavır ve davranışları bundan etkilenmemektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, kendini küçük görme veya cezalandırılmayı hakketme düşüncelerinin eşlik ettiği güçlü bir suçluluk duygusu ifade etmektedir. Suçluluk duyguları sanrı niteliğinde olabilir, nedeni olmaksızın ortaya çıkabilir, zihin meşguliyeti ve/veya çökkün duygudurumun kaynağı olabilir ve görüşmeci tarafından yatıştırılamaz.

6 AĞIR: Güçlü suçluluk düşünceleri sanrı özelliğine bürünür ve ümitsizlik veya değersizlik hislerine yol açar. Hasta yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadır ve hatta o anda içinde bulunduğu şartları bir ceza olarak görebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın yaşamı değişmesi mümkün olmayan suçluluk sanrılarının etkisi altındadır ve bu nedenle hasta hapse atılma, işkence veya ölüm gibi ağır cezalar hakettiğini düşünmektedir. Ek olarak intihar düşünceleri veya başkalarının sorunlarını kendisinin geçmiş hatalarına bağladığı görülebilir.

G4. GERGINLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kaygıyla bekleyişin göstergeleri olarak hafif rijidite, arasıra olan yerinde duramama hali, pozisyon değiştirme veya ellerde ince tremor gibi vücut duruşu ve hareketleri görülmektedir.

4 ORTA: Kıpır kıpır olma, ellerde belirgin titreme, aşırı terleme veya heyecanlı tavırlar gibi çeşitli belirtilerle sınırlı bir görünüm ortaya çıkmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Heyecan nedeniyle titreme, belirgin terleme ve huzursuzluk gibi çok sayıda belirtiler belirgin gerginliğe işaret etmektedir, ancak görüşmedeki davranışlar önemli ölçüde etkilenmemiştir.

6 AĞIR: Kişiler arası ilişkileri bozacak düzeyde belirgin gerginlik vardır. Hasta uzun süre bir yerde oturamayacak derecede huzursuz olabilir veya hızla soluk alıp verebilir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin gerginliğin göstergesi olarak hızla ve huzursuzca ileri geri yürüme ve bir dakikadan fazla yerinde oturamama gibi panik belirtileri veya hareketlerde hızlanma gözlenir ve bu nedenle konuşma sürdürülemez.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariplik **veya** vücut duruşunda hafif bir rijidite vardır.

4 ORTA: Hareketler belirgin olarak gariptir veya düzensizdir **veya** kısa süreli doğal olmayan bir vücut duruşu vardır.

5 ORTA/AĞIR: Arasına acayip törensel hareketler veya çarpık bir vücut duruşu gözlenmektedir **veya** uzunca bir süre korunan anormal bir vücut duruşu vardır.

6 AĞIR: Acayip törensel hareketlerin, manyerizmin veya stereotipik hareketlerin sıkça tekrarı **veya** uzunca bir süre korunan çarpık bir vücut duruşu vardır.

7 ÇOK AĞIR: Sürekli olan törensel, manyeristik veya stereotipik hareketler **veya** doğal olmayan sabit bir postürün uzun süre korunması nedeniyle işlevsellik ciddi ölçüde bozulmaktadır.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygudurumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sadece sorulduğunda bir miktar çaresizlik ve üzüntü dile getirir, ancak genel tavrında veya davranışlarında depresyonla ilgili özellikler yoktur.

4 ORTA: Açığa vurulabilen belirgin üzüntü veya çaresizlik duyguları vardır, ancak çökkün duygudurumun davranış ve sosyal işlevler üzerine etkisi yoktur. Hasta genelde neşelendirilebilir.

5 ORTA/AĞIR: Belirgin üzüntü, kötümserlik, sosyal ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve bir miktar uyku ve iştah sorunlarıyla giden bariz çökkün duygudurum vardır. Hasta kolaylıkla neşelendirilemez.

6. AĞIR: Sürekli ağır elem, arasıra ağlama, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile giden belirgin çökkün duygudurum vardır. Ek olarak, önemli düzeyde iştah ve/veya uyku bozukluğu, kendine bakmamayla ilgili belirtilerin de görülebileceği motor ve sosyal davranışlarda bozukluk vardır.

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama, sosyal ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyarılara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabilen üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerin ve konuşmanın hızında hafif ancak gözlenebilir bir azalma vardır. Hastanın konuşması ve iletişimde kullandığı el kol hareketlerinde bir miktar azalma olabilir.

4 ORTA: Hastanın hareketleri açıkça yavaşlamıştır ve sorulara uzun sürede yanıt verilmesi, konuşmada uzamış duraklamalar olması veya konuşmanın hızının yavaşlaması ile konuşmanın verimliliği azalmıştır.

5 ORTA/AĞIR: Motor aktivitedeki belirgin azalma iletişimi verimsiz kılmaktadır **veya** toplumsal ve mesleki işlevselliği sınırlamaktadır. Hasta genellikle ya yatar ya oturur durumda bulunmaktadır.

6 AĞIR: Hareketlerdeki aşırı yavaşlama aktivite ve konuşmanın en aza indirgenmesine neden olmaktadır. Genel olarak hasta gününü yatarak veya uzanarak geçirmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hasta tamamen hareketsizdir ve dış uyaranlara yanıt vermemektedir.

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimliliği, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir. Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

4 ORTA: Kendi yatağını yapma, önceden planlanan programlara katılma gibi normal sosyal gerekliliklere arasıra ani olarak karşı koyar. Düşmanca, savunucu veya karşı gelme eğilimi olan bir tutum gösterebilir, ancak bu tutumu genellikle ele alınabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından “toplum dışı” veya “ciddi bir davranış sorunu olan kimse” şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

6 AĞIR: Hasta işbirliği kurmayan, karşı gelme eğilimli ve kavgacı bir tutum içindedir. Sosyal gerekliliklerin çoğuna uymayı reddeder. Görüşmeye başlamayı veya görüşmeyi sonuna kadar sürdürmeyi reddedebilir.

7 ÇOK AĞIR: Tüm önemli işlev alanlarını ciddi ölçüde etkileyecek düzeyde aktif bir karşı koyma tutumu vardır. Hasta herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayı, kişisel temizliğiyle ilgilenmeyi, ailesi veya sağlık personeliyle konuşmayı ve görüşmeye kısa süre için bile olsa katılmayı reddeder.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce içeriği bir miktar garip veya alışılmamıştır **veya** herkesin aklından geçebilecek düşünceler garip bir bağlam içinde düşünülmektedir.

4 ORTA: Düşünceler sıklıkla çarpıtılabilir ve zaman zaman oldukça acayıptir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta birçok garip ve hayali (ör: bir kralın daha sonra evlat edinilen oğlu olduğu, ölüm listesinde olup daha sonra kurtulduğu) **veya** tamamen anlamsız bazı (ör: yüzlerce çocuğa sahip olduğu, dış dolgusu aracılığıyla uzaydan radyo mesajları aldığı) düşünceler aktarır.

6 AĞIR: Hasta birçok mantıksız veya anlamsız düşünceler **veya** belirgin acayip niteliği olan bazı düşünceler (ör: üç tane kafası olduğu, başka bir gezegenden gelen bir ziyaretçi olduğu) aktarır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünce içeriği tamamen saçma ve acayip düşüncelerden oluşmaktadır.

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi

iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. İlgi alanında, sağlık personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

4 ORTA: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada kısmi başarı vardır. Örneğin hasta hastanede bulunduğunu bilmekte ancak hastanenin adını bilmemektedir; bulunduğu şehri bilmekte ancak mahalle adını bilmemektedir; kendi terapistinin adını bilmekte ancak diğer birçok sağlık personelinin adını bilmemektedir; yıl ve mevsimi bilmekte ancak aydan emin olamamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada önemli ölçüde bozukluk vardır. Hasta nerede olduğuna dair müphem bir fikre sahiptir veya çevresindeki çoğu insanı tanıyamamaktadır. Yılı doğru veya doğruya yakın olarak bilse de içinde bulunulan ayı, haftanın gününü veya mevsimi bilmemektedir.

6 AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada belirgin bozukluk vardır. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır; şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin ismini bilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur. Bulduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi, arkadaşları ve kendi terapisti gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya bilememektedir.

G 11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyarılar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyarı üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Arasına dikkatte dağılmaya meyil veya görüşmenin sonuna doğru dikkatin dağılması şeklinde görülebilen dikkati toplama sorunu vardır.

4 ORTA: Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk nedeniyle konuşma etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Dikkati toplayamama, dikkatte kolayca dağılma ve dikkati yeni konulara odaklama zorluğu nedeniyle konuşma ciddi olarak engellenmektedir.

6 AĞIR: İç ve dış uyaranların dikkati dağıtması nedeniyle hastanın dikkati çok kısa süre için veya çok büyük çabayla toparlanabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Dikkat o kadar bozulmuştur ki hastanın kısa bir süre konuşması bile mümkün değildir.

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Psikiyatrik bir bozukluğu olduğunu kabul eder, ancak ciddiyetini, tedavinin gerekliliklerini **veya** hastalığın tekrarlamaması için önlem alması gerektiğini hafife almaktadır. Geleceğe yönelik tasarlama bozukluk vardır.

4 ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir. Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir **veya** varolan sanrılar, düşünce dağınıklığı, şüphecilik ve kendini toplumdaki çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geri plandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Psikiyatrik rahatsızlığının geçmişte olduğunu, ancak şu anda hasta olmadığını düşünmektedir. Üstüne gidilirse, yanlış yorumlamalar veya sanrısız düşünce ile açıklamaya meyilli olduğu ilgisiz veya önemsiz bazı belirtilerin varlığını kabul edebilir. Psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olduğunu farkında değildir.

6 AĞIR: Hasta geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu kabul etmez. Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik belirtinin var olduğunu kabul etmez; uyum göstermesine rağmen tedavi ve hastaneye yatma ihtiyacını olduğunu da yadsır.

7 ÇOK AĞIR: Geçmişte veya şu andaki psikiyatrik hastalık varlığını yadsır. Hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar (ör: geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin zulmü gibi) ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma ve düşünmedeki hafif derecedeki kararsızlık sözel ve bilişsel süreçleri biraz engelleyebilir.

4 ORTA: Hasta genellikle ikilemededir ve karar vermede belirgin güçlük çekmektedir. Düşüncedeki gelgitler nedeniyle konuşma etkilenmektedir ve sonuç olarak sözel ve bilişsel işlevsellik açıkça bozulmuştur.

5 ORTA/AĞIR: İrade güçlüğü hem düşünce hem davranışı etkilemektedir. Hasta toplumsal ve hareketle ilgili aktivitelerin başlatılması ve sürdürülmesini bozacak ve konuşmada duraklamaya da neden olabilecek düzeyde belirgin kararsızlık gösterir.

6 AĞIR: İrade güçlüğü giyim kuşam gibi basit, otomatik işlevlerin bile yapılmasına engel olmaktadır ve konuşmayı belirgin olarak etkilemektedir.

7 ÇOK AĞIR: Iradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizme yol açar.

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta zorlanmayla yüzyüze kaldığında veya doyumunu engellendiğinde kolay öfkelenmeye ve hayal kırıklığına uğramaya meyillidir, ancak dürtü doğrultusunda hareket etmez.

4 ORTA: Çok hafif kışkırtmayla bile hasta öfkelenmekte ve küfredebilmektedir. Arasına tehditkar, tahripkar olabilir **veya** dövüşle karşıkarşıya kaldığı veya hafif ağız dalaşı yaptığı görülebilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta tekrarlayıcı biçimde dürtüsel olarak küfürlü konuşabilir, eşyalara zarar verebilir veya fiziksel tehdit savurabilir. Hastanın tecrid edilmesini, bağlanmasını veya gerektiğinde ilaçla sakinleştirilmesini gerektiren, saldırganlaştığı bir veya iki olay olmuş olabilir.

6 AĞIR: Hasta sonuçlarını hiç düşünmeden sıkça dürtüsel bir biçimde saldırgan, tehditkar, talepkar ve tahripkardır. Saldırgan davranış sergiler ve cinsel saldırganlık da gösterebilir. Muhtemelen varsanı niteliğindeki işittiği seslere uymaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta cinayet girişimleri, cinsel saldırılar, tekrarlayan kabakuvvet kullanma veya kendine zarar verme davranışları göstermektedir. Tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle sürekli gözetim altında tutulması veya tesbit edilmesi gerekir.

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşüncelere kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde

etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kişisel ihtiyaçlar veya sorunlarla aşırı uğraşma nedeniyle konuşmanın benmerkezcil konulara yönlendiği ve diğer insanlara gösterilen ilginin azaldığı gözlenir.

4 ORTA: Hastada gündüz hayal kurma veya iç yaşantılarla uğraşma tarzında bir kendisiyle meşgul olma hali vardır ve bu nedenle iletişim az da olsa etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta otistik yaşantılarla içindedir. Boş bakışlar, kendikendine mırıldanma veya konuşma veya stereotipik hareketler şeklinde gözlenen bu tür davranışlar toplumsal işlevleri ve iletişimi olumsuz etkilemektedir.

6 AĞIR: Otistik yaşantılarla olan aşırı zihinsel uğraşı dikkati toplamayı, konuşmayı ve çevreye yönelimi ciddi ölçüde sınırlamaktadır. Hasta sıklıkla kendikendine gülerken, mırıldanırken, konuşurken veya bağırırken gözlenebilir.

7 ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla içindedir. Hastanın sürekli sözel olarak veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pek farkında değildir.

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gerektiğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendibaşına geçirmeyi tercih etmektedir.

4 ORTA: Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir **veya** anksiyete, şüphecilik veya düşmanca duygular nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uzak durmaktadır. Serbest saatlerini kendikendine geçirmeye meyillidir.

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olduğunca uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.

Ek-5

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

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

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

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

Ek-6.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Scale - HAMD)

- 1. DEPRESİF DUYGUDURUM (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)**
 0. Yok.
 1. Sadece soruları yanıtlarken anlaşıyor.
 2. Hasta bu durumları daha açık şekilde söylüyor.
 3. Depresyonun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi, ses, ağlama).
 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor.
- 2. SUÇLULUK DUYGUSU**
 0. Yok.
 1. Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü hissediyor.
 2. Geçmişteki hatalar veya günahlara ilişkin suçluluk düşünceleri var.
 3. O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor, suçluluk sanrıları var.
 4. Suçlayıcı veya itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varsanılar görüyor.
- 3. İNTİHAR**
 0. Yok.
 1. Hayatın yaşamaya değmeyeceğini düşünüyor.
 2. Ölmüş olmayı arzuluyor veya kendisi için olası her türlü ölümü düşünüyor.
 3. İntihar düşünceleri veya davranışı var.
 4. İntihar girişimi (herhangi bir ciddi girişim 4 puan olarak değerlendirilir).
- 4. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK**
 0. Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.
 1. Son üç gecedен en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.
 2. Son üç gecedен üçünde de uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.
- 5. GECE YARISI UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK**
 0. Yok.
 1. Son üç gecedен en az birinde, gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınıyor.
 2. Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir).
- 6. SABAH ERKEN UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK**
 0. Yok.
 1. Sabahın erken saatlerinde uyanıyor, fakat tekrar uyuyor.
 2. Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor.
- 7. İŞ VE AKTİVİTELER**
 0. Sorun yok.
 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da hobileriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2. Aktivite, hobiler veya işe duyulan ilginin kaybolması – hasta bunu doğrudan kendi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlığı ile gösterir.
 3. Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az üç saatini aktivitelere (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.
 4. O anki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastanede, hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa veya yardım almadan servis işlerini yapamıyorsa, 4 puan ile değerlendirin.
- 8. RETARDASYON**

Düşünme ve konuşmada yavaşlama; konsantrasyonun bozulması; motor aktivitenin azalması.

 0. Normal konuşma ve düşünme.
 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor.
 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor.
 3. Görüşme yapmakta güçlük çekiyor.
 4. Tam stupor.

9. AJİTASYON

0. Yok.
1. Şüpheli veya hafif ajitasyon.
2. Eller, saçlar vb. ile oynama.
3. Ayakta dolaşma, sakin oturamama.
4. Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10. PSİŞİK ANKSİYETE

0. Yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylerden kaygı duyma.
3. Yüzde veya konuşmada belirgin endişe ifadesi.
4. Yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler:

- Gastrointestinal – ağız kuruluğu, gaz çıkarma, hazımsızlık, diyare, kramplar, geğirme
- Kardiyovasküler – palpasyonlar, baş ağrıları
- Solunumla ilgili – hipertansiyon, iç çekme
- Sık idrara çıkma
- Terleme.

0. Yok.
1. Hafif.
2. Orta.
3. Şiddetli.
4. Çok şiddetli.

12. SOMATİK SEMPTOMLAR - GASTROİNTESTİNAL

0. Yok.
1. İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikiyle yiyor. Karında şişkinlik.
2. Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gıda alımı azalmıştır. Kabızlıktan yakınıyor.

13. SOMATİK SEMPTOMLAR - GENEL

0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtta veya başta ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrıları ve kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.
2. Açıkça ve sürekli yorgun ve tükenmiştir veya belirgin bir yakınması vardır.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR

(Libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar).

0. Yok. (Cinsel ilgi ve aktivite her zamanki gibidir.)
1. Hafif. (Cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır.)
2. Şiddetli. (Cinsel istek ve zevk açıkça yoktur.)

15. HİPOKONDRIASİS

0. Yok.
1. Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla meşguldür.
2. Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır.
3. Bütün semptomlarını açıklayabilecek bir fiziksel hastalığı olduğundan emindir (örneğin; beyin tümörü, kanser vb). Ancak sanrısız düzeyde değildir, ikna edilebilir.
4. Hipokondriak düşünceler sanrısız düzeydedir.

16. KİLO KAYBI

(A veya B değerlendirmesi yapın).

A. Anamneze göre değerlendirirken:

0. Kilo kaybı yok.
1. Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Haftalık ölçümlerde (doktor veya sağlık personeline yapılan) Gerçek vücut ağırlığı değişiklikleri ölçülürken.

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı.

1. Haftada 0.5 kg'dan fazla kilo kaybı.
2. Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı.

17. İÇGÖRÜ

0. Depresif ve hasta olduğunun farkında.
 1. Hastalığın farkında, fakat bunu kötü gıdalar, iklim, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor.
 2. Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.



Ek-7

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale - YMRS)

1. Yükselmiş duygudurum

0. Yok
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2. Hareket ve enerji artışı

0. Yok
1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılmayan hiperaktivite

3. Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciyeye yönelik aleni cinsel eylem

4. Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5. İrritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan irritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca, işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6. Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı; durdurulamayan, sürekli konuşma

7. Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8. Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9. Yıkıcı-saldırğan davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırğan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10. Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11. İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarında değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

Ek-8

İşitsel Üçlü Sessiz Harf Testi (Auditory Consonant Trigram Test – ACT)

İŞİTSEL ÜÇLÜ SESSİZ HARF SIRALAMASI TESTİ (AUDİTORY CONSONANT TRİGRAM TEST)				
	ÇELDIRİCİ	SÜRE (sn)	CEVAP	DOĞRU
RLS	/	0		
PZB	/	0		
HJT	/	0		
GPV	/	0		
DLJ	/	0		
SCV	194	18		
NDJ	75	9		
FSB	28	3		
JCN	180	9		
BGS	167	18		
KNZ	20	3		
RDT	188	18		
KGM	82	9		
MBV	47	3		
TDH	141	9		
LRP	51	3		
ZVS	117	18		
PHK	89	9		
ZDG	158	18		
CZF	91	3		

Ek-9

Sözel Akıcılık Testleri

Kontrollü Kelime Çağrışım Testi:

Şimdi size bir dakika süre ve bir harf vereceğim. Bu süre içerisinde, bana sayabileceğiniz kadar çok bu verdiğim harf ile başlayan kelimeler saymanızı istiyorum. Ancak bu kelimeler insan adı, şehir adı, ülke adı ya da sayılar olmayacak.

Şimdi bir örnek yapalım: Mesela 'B' harfi ile başlayan kelimeler sayın deseydim.

.....

(Denek kendisi örnekler versin. Birkaç örnek verdikten sonra, verdiği örnekler doğru ise onaylanacak, yanlış ise niçin yanlış olduğu söylenerek düzeltilecek. Ardından doğru örnekler verilecek: BAŞARI, BİBER, BADANA gibi 'B' harfiyle başlayan kelimeler olabilir ancak Bolu, Bursa gibi şehir adları; bir, beş gibi sayılar; Bülent, Burcu gibi insan adları olmayacak' denilecek)

1. Anladınız mı? Peki, şimdi ben başla deyince bana sayabileceğiniz kadar çok 'S' harfi ile başlayan kelimeler saymanızı istiyorum. Hazır mısınız? Başlayın.

2. Şimdi size gene bir dakika süre vereceğim. Bu sefer bana sayabileceğiniz kadar çok 'A' harfi ile başlayan kelimeler saymanızı istiyorum. Unutmayın şehir adı, ülke adı, insan adı ve sayılar olmayacak. Hazır mısınız? Başlayın.

3. Şimdi gene bir dakika süreniz var. Bu sefer 'Z' harfi ile başlayan kelimeler saymanızı istiyorum ama şehir, ülke, insan adı ve sayılar olmayacak. Hazır mısınız? Başlayın.

Kategori Akıcılığı Testi

4. Şimdi gene bir dakika süreniz var. Bu sefer sayabildiğiniz kadar çok hayvan adı saymanızı istiyorum, hangi harfle başladığı önemli değil, hayvan adı olsun yeter. Hazır mısınız? Başla.

5. Şimdi de sayabildiğinizi kadar çok insan adı saymanızı istiyorum. Hangi harfle başladığı önemli değil, hazır mısınız? Başla.

6. Gene bir dakika süreniz var. Bu sefer bir hayvan-bir insan-bir hayvan-bir insan adı saymanızı istiyorum. Hazır mısınız? Başla.

Ek-10

Yap-yapma Görevi

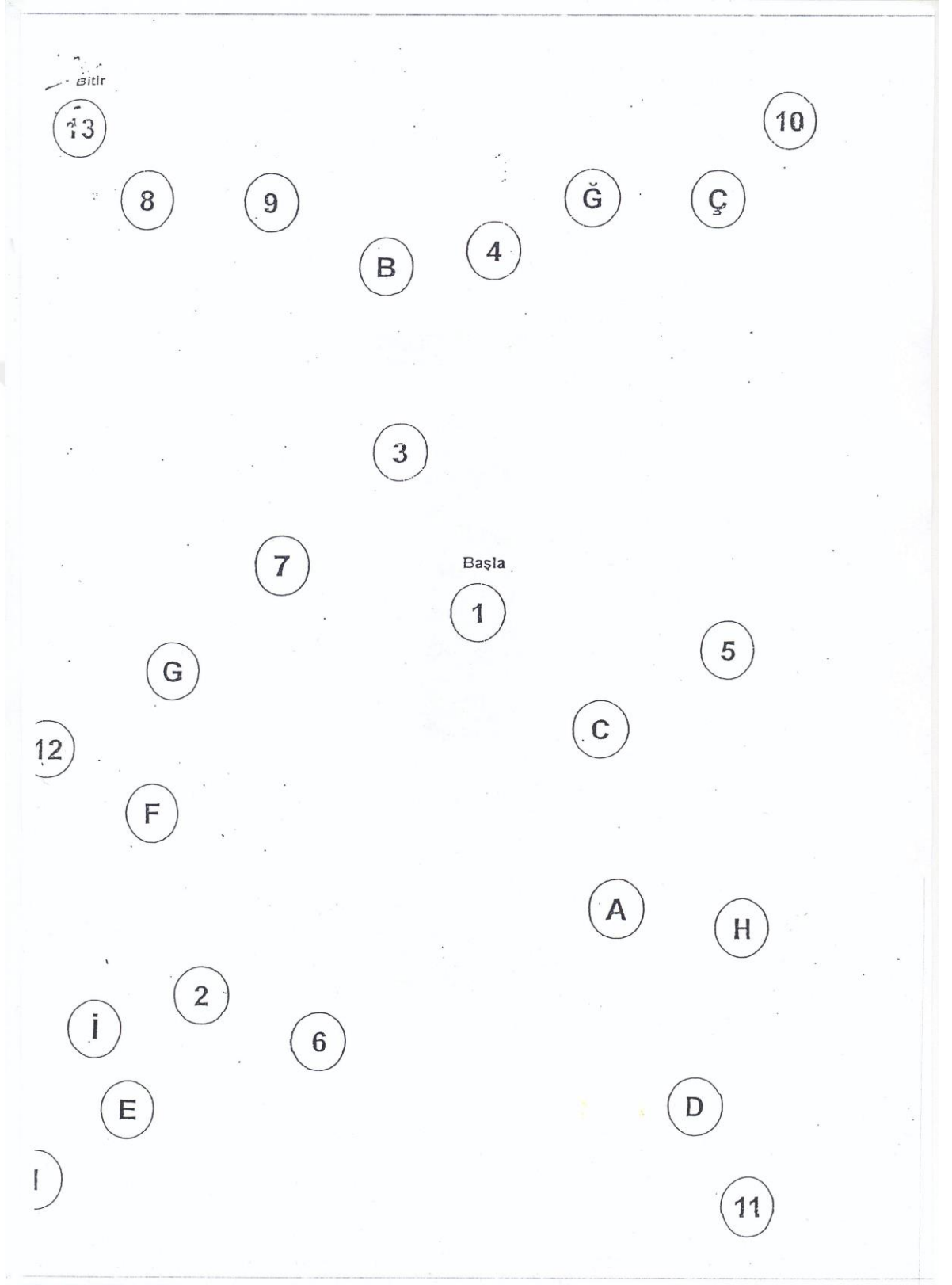
Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin.

F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B



Ek-11

İz Sürme Testi B (Trail Making Test B -TMTB)



Ek-12

Wechsler Yetişkinler Zekâ Ölçeği – Benzerlikler Alt ölçeği (Wechsler Adult Intelligence Scale – WAIS Benzerlikler):

Talimat: 1. soru ile başlanır.

“PORTAKAL VE MUZ ARASINDA NASIL BİR BENZERLİK VARDIR?”

Eğer denek “ikisi de meyvedir” veya “ikisi de yenir” gibi bir cevap verirse “ÇOK GÜZEL” denerek 2. soruya geçilir.

Eğer denek benzerlik yerine ayrılıklarını söyler veya cevap veremez yahut da birbirlerine benzemediklerini söylerse soru için sıfır verilir ve

“BENZERLİK VARDIR: İKİSİ DE MEYVEDİR. İKİSİ DE YENİLİR. İKİSİNİN DE KABUĞU VARDIR” diye açıklanarak 2. soruya geçilir. Şöyle sorulur:

“PEKALA PALTO VE ALBİSE ARASINDA NASIL BİR BENZERLİK VARDIR?”

Artık ne bu soru ne de sonraki sorularda bir yardımda bulunulmaz. Her soru aynı tarzda verilir.

Testin kesilmesi: Arka arkaya 4 başarısızlık (0 alan cevaplar)

Puanlama: Her soru 2, 1 veya 0 olarak puanlanır.

Sorular

1. Portakal – Muz
2. Palto – Elbise
3. Balta – Testere
4. Köpek – Aslan
5. Kuzey – Güney
6. Göz - Kulak
7. Hava – Su
8. Masa – İskemle
9. Yumurta – Tohum
10. Şiir – Heykel
11. Odun – İspirto
12. Övme – Cezalandırma
13. Sinek – Ağaç

Ek-13

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Functioning Assessment Short Test - FAST)

ÖZERKLİK

1. Evde sorumluluk üstlenme (0) (1) (2) (3)
2. Kendi başına yaşayabilme (0) (1) (2) (3)
3. Alışveriş yapabilme (0) (1) (2) (3)
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, (0) (1) (2) (3)
kişisel temizlik

MESLEKİ İŞLEVSELLİK

5. Maaşlı bir işte çalışabilme (0) (1) (2) (3)
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme (0) (1) (2) (3)
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme (0) (1) (2) (3)
8. Mesleki kazanımlar elde etme (0) (1) (2) (3)
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme (0) (1) (2) (3)

BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK

10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme (0) (1) (2) (3)
11. Akıldan hesap yapabilme (0) (1) (2) (3)
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme (0) (1) (2) (3)
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme (0) (1) (2) (3)
14. Yeni bilgiler öğrenebilme (0) (1) (2) (3)

MALİ KONULAR

15. Kendi parasını idare edebilme (0) (1) (2) (3)
16. Parasını dengeli bir şekilde haralayabilme (0) (1) (2) (3)

KİŞİLERARASI İLİŞKİLER

17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme (0) (1) (2) (3)
18. Sosyal faaliyetlere katılabilme (0) (1) (2) (3)
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme (0) (1) (2) (3)
20. Ailesiyle birlikte yaşama (0) (1) (2) (3)
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması (0) (1) (2) (3)
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme (0) (1) (2) (3)

BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ

23. Egzersiz veya spor yapma (0) (1) (2) (3)
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma (0) (1) (2) (3)

Ek-14. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (The Social Functioning Scale-SFS)

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

PUANLAMA ANAHTARI

AD, SOYAD: _____

Bu ölçek hastalığınızla ilgili olarak günlük yaşamınızı nasıl geçirdiğiniz konusunda yardımcı olacaktır.

Bu ölçeği doldurmanız yaklaşık 20 dakika alır. Başlamadan önce aşağıdaki soruları cevaplayınız:

1 Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2 Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

	Çekilme	Kişilerarası iletişim	Bağımsızlık-performans	Bağımsızlık-yetkinlik	Hobiler	Öncül sosyal etkinlikler	İş
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

Ham puanlardan dönüştürülmüş puanları elde etmek için ölçeğin sonundaki tabloyu kullanınız

1. KISIM: SOSYAL ÇEKİLME

1.Bölüm

1. Her gün kaçta kalkar?

3: Sabah 9'dan önce

2: Sabah 9 ile 11 arası

Hafta içi ortalama

1: Sabah 11 ile öğleden sonra 1 arası

0: Öğleden sonra 1'den geç

Hafta sonu ortalama (eğer farklıysa)

2. Günün uyanık geçirilen bölümünün kaç saatini yalnız geçirir?

(örneğin; odasında tek başına, tek başına dolaşarak, radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek v.b.)

Gün içinde ortalama olarak yalnız geçirdiği saati hesaplayın ve aşağıdakilerden birini işaretleyin.

Tek başına geçirdiği saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az. 3

3-6 Zamanın bir kısmı. 2

6-9 Zamanın önemli bir kısmı. 1

9-12 Zamanın büyük bir kısmı 0

12- Hemen hemen zamanın hepsi 0

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatır?

0 1 2 3

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık (altını çiziniz)

4.Evden ne sıklıkla çıkar? (herhangi bir nedenle)

0 1 2 3

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık (altını çiziniz)

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterir?

0 1 2 3

Onlardan kaçınır / huzursuz olur/ onları kabul eder / onlardan hoşlanır
(altını çiziniz)

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

2. Bölüm

1. Şu anda kaç arkadaşı var?

(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu kişiler v.b.)

Arkadaşların sayısı

2. Karşı cinsten bir arkadaşı var mı? (eğer evli değilse)

3 0 (evliyse=3)

EVET / HAYIR

1 ve 2 toplam: 0=0

1=1

2=2

3+=3

3. Onunla anlamlı veya mantıklı bir şekilde konuşmayı ne sıklıkta başarabiliyorsunuz?

0 1 2 3

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak ona ne kadar zor ya da ne kadar kolay gelir?

3 2 2 0 0

Çok kolay / oldukça kolay / orta / oldukça zor / çok zor

En yüksek puan= 9

En düşük puan= 0

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun bölümü işaretleyiniz.

	0	1	2	3
	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser vb				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin; masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin; futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma v.b				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların onu ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko v.b.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Açık alan sporu yapmak				
Kapalı alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafeler'e gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılma				

BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	0	1	2	3
	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma v.b.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev v.b.)				
Yürüyüş/dolaşma				
Araba kullanma, bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin; koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları v.b.)				

BAĞIMSIZLIK (Yetkinlik)

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	3	2	1	0
	Yeterli (yardım gerekmez)	Yardım gerekir (veya teşvik)	Yapamaz (veya çok yardım görmesi gerekir)	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkanma, düzenli olma v.b.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK (Performans)

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	0	1	2	3
	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Tek başına alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme v.b.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma v.b.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizse)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren v.b. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

4. KISIM: İŞ

1. Düzenli bir işi var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet / Hayır

(altını çiziniz)

Eğer yanıtınız evetse:

Ne tür bir iş?-----

Haftada kaç saat çalışıyor?-----

Ne zamandır bu işte çalışıyor?-----

Eğer yanıtınız hayırsa:

En son ne zaman bir işte çalıştı?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdı?-----

Özürlü olduğuna ilişkin bir belge verildi mi?

Evet / Hayır (altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor mu?

Evet / Hayır

(altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğini düşünüyor musunuz?

Kesinlikle evet / zorlanır/ kesinlikle hayır

(altını çiziniz)

3

2

0

Ne sıklıkla iş bulma girişiminde bulunur (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma v.b.)?

Hemen hemen hiç / Çok nadir / Bazen / Sıklıkla

0

/

1

/

2

/

3

10 Puan - Tam gün gelir getiren bir işte çalışma ya da tam gün öğrenci

9 Puan - Yarım gün gelir getiren bir işte çalışma ya da ev kadını ya da annelik yapabilme

8 Puan - Yakın zamana kadar (örn. son altı ay gibi) bir işte çalışmış olma ve işten çıkarılma sonucu aktif olarak iş arama

7 Puan - Hasta bir rehabilitasyon programı ya da meslek eğitimi programına devam ediyorsa

En yüksek puan= 10

En düşük puan= 0

SOSYAL İŞVESELLİK ÖLÇEĞİ (SİÖ)

Kullanma rehberi

SİÖ şizofreni hastalığı bulunan kişilerin sosyal işlevselliklerindeki gereksinim ve bozulmanın değerlendirilebilmesi için geliştirilen güvenilir bir ölçüm aracıdır. SİÖ aynı zamanda klinisyen ve araştırmacıların aile ya da diğer psikososyal girişimler konusunda kullanılabilir.

Altı bölümden oluşur:

- 1- Çekilme
- 2- Kişilerarası iletişim
- 3- Bağımsızlık-performans
- 4- Bağımsızlık-yetkinlik
- 5- Hobiler
- 6- Öncül sosyal etkinlikler
- 7- İş

Ölçek, hastanın kendisi, bir akrabası ya da hergün birlikte olduğu bir kişi tarafından gizliliğin sağlanması ve yanıtların yönlendirilmemesi amacıyla tercihan ayrı bir ortamda doldurulmalıdır. Soruların anlaşılmasını ve yanlış anlaşılabilen maddelerin açıklanmasını sağlamak amacı ile ölçeği bilen bir kişi ölçeğin hasta yakını ve hasta formlarının doldurulması sırasında orada bulunmalıdır.

İlk özet sayfası ölçeğin puanlarının girilmesi ve puanlama anahtarının arkasındaki tablo.1'i kullanarak değerlendirmek için ham puanlara dönüştürülmesi için kullanılır. Bu sayfada aynı zamanda sorun alanlarının bar grafik şeklinde daha çabuk belirlenebildiği kişinin sosyal işlevsellik profilinin elde edilir.

Çekilme

Beş madde vardır, olası en yüksek puan 3 ve en düşük puan 0, toplam puan en yüksek 15 en düşük 0 olabilir.

Kişilerarası iletişim

Bu bölümde 4 madde vardır, ancak 1 ve 2 toplanır. (Bu birleşik maddeler 3'den fazla puan alamaz)

Bu bölüm için en yüksek puan: 9

Bu bölüm için en düşük puan: 0

Bundan sonraki bölümler için aşağıdaki puanlama anahtarını kullanınız

Bağımsızlık-performans

En yüksek: 30

En düşük: 0

Bağımsızlık-yetkinlik

En yüksek: 39
En düşük: 0

Hobiler

En yüksek: 45
En düşük: 0

Öncül sosyal etkinlikler

En yüksek: 66
En düşük: 0

İş

Bu bölümde iki madde karşılanmamışsa, örneğin işi tam gün yada part time çalışmıyorsa, öğrenci/ev kadını/anne değilse ya da son dönemde (son 6 ayda) çalışmıyorsa ya da rehabilitasyon tedavisine devam ediyorsa, 6 ya da daha fazla puanın verilebileceği asteriks bulunan maddelere, eğer bazı işleri yapabilecek gibi hissediyorlarsa ya da bir iş bulma konusunda sık girişimlerde bulunuyorlarsa geçiniz.

Bu bölümde eğer 1 ya da 2 karşılanmışsa, asteriksli maddeleri dikkate almayınız.

Ek-15. Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHO Quality of Life Scale - WHOQOL-BREF-TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamamızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş ayrılmış
evli boşanmış
evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarımızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığımız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığımızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığımızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarımızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığımızı ya da yapabildiğimizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görüntünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?