

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN VE
HASTA YAKINLARININ GÖZLEMLERİNİN DE
DEĞERLENDİRİLDİĞİ YAPISAL DÜŞÜNCE
BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE
GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Taner Buğra TAN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN VE
HASTA YAKINLARININ GÖZLEMLERİNİN DE
DEĞERLENDİRİLDİĞİ YAPISAL DÜŞÜNCE
BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE
GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Taner Buğra TAN

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. İ. Emre BORA

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR.....	III
ŞEKİL LİSTESİ	III
KISALTMALAR.....	IV
TEŞEKKÜR METNİ	V
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX

1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni Hastalığının Kısa Şeceresi.....	4
2.2. Epidemiyoloji, Görülme Sıklığı, Prevalans ve Risk Etmenleri	5
2.3. Tanısal Yaklaşım	6
2.4. Yapısal Düşünce Bozukluğu Kavramına Tarihsel Yaklaşım	10
2.5. Psikozda Erken Dönem ve Klinik Gidiş Sürecinde Yapısal Düşünce Bozukluğu	14
2.6. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği.....	15
3. SİSTEMATİK ve YÖNTEM.....	19
3.1. Örneklem	19
3.2. Bataryalar.....	21
3.3. İstatistiksel Yöntem	23
3.4. Etik Kurul Onayı.....	24
4. BULGULAR	25
4.1. Sosyo-Demografik Bulgular	25
4.2. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Bulguları	29
4.2.1. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği Güvenilirlik Bulguları.....	29
4.2.1.1. YDB Ölçeğine İlişkin İç Tutarlılık Bulguları	29
4.2.1.2. YDB Test-Yeniden Test Güvenilirliği Bulguları	30
4.2.1.3. YDB Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Bulguları	30
4.2.2. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları	34
4.2.2.1. Faktör Analizi Bulguları	34
4.2.2.2. Benzer Ölçek Geçerliliği Bulguları.....	36
4.2.2.3. Ayırt Edici Geçerlilik Bulguları	37

4.2.2.4. YDBÖ-H ile YDBÖ-HY Arası Geçerlilik Sonucu	39
4.3. Hasta Örnekleminin SANS, SAPS ve Alt Ölçeklerdeki Toplam Puan Verileri	40
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR.....	49
EKLER	57
Ek 1. Şizofreni Haslarında Değerlendirilen YDB Ölçeği/Self (Orijinal Scale)	57
Ek 2. Şizofreni Hasta Yakınlarında Değerlendirilen YDB Ölçeği/Other (Orijinal Scale) ..	59
Ek 3. Şizofreni Hastalarında Değerlendirilen YDB Ölçeği/Hasta.....	61
Ek 4. Şizofreni Hasta Yakınlarında Değerlendirilen YDB Ölçeği/Hasta Yakını	63
Ek 5. Olgu/Veri Kayıt formu.	65
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.	67
Ek 7. SAPS (Scale for Assessment of Positive Symptoms).	69
Ek 8. SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms)	71
Ek 9. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı.....	73

TABLÖLAR

Tablo 1.	Şizofreni DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	7
Tablo 2.	Şizofreni ICD-10 Tanı Ölçütleri	9
Tablo 3.	Çalışma Gruplarının Cinsiyet Dağılımı.....	25
Tablo 4.	Araştırma Grubundaki Vakaların Yaş, Yıl Bazında Hastalık Süresi ve Servis Yatış Sayısı Ortalamaları	25
Tablo 5.	Araştırmadaki Olgu ve Sağlıklı Grupların Bazı Sosyo-demografik Veriler.....	26
Tablo 6.	Araştırma Grubundaki Katılımcıların Hane Halkı Durumları	27
Tablo 7.	Araştırmadaki Hasta ve Kontrollerin Çalışma Durumu.....	27
Tablo 8.	Hasta Örnekleminin Kullandığı Antipsikotik Tedaviler ve İki Gruptaki Sigara ve Alkol Kullanım Durumu	28
Tablo 9.	YDB Ölçeğinin İç Tutarlılık Analizi Bulguları.....	29
Tablo 10.	YDBÖ-H/HY Test-Yeniden Test Korelasyonu Verileri.....	30
Tablo 11.	YDBÖ-H Madde-Toplam Puan Korelasyonları Verileri	31
Tablo 12.	YDBÖ-HY Madde-Toplam Puan Korelasyonları Verileri	32
Tablo 13.	YDBÖ-HY Üç Madde Çıkarıldıktan Sonra Madde-Toplam Puan Korelasyonları Verileri.....	33
Tablo 14.	YDB Ölçeği İçin Faktör Analizi Bulguları	35
Tablo 15.	YDBÖ-H/HY, Negatif YDB Alt Ölçeği, Pozitif YDB Alt Ölçeği, SAPS-Pozitif Düşünce Bozukluğu Alt kısmı, SANS-Aloji Alt Kısmı Arasındaki Korelasyon Verileri	36
Tablo 16.	Hasta ve Kontrol Grubunda YDB Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması	37
Tablo 17.	Hasta Grubunun SANS, SAPS ve Alt Ölçeklerdeki Toplam Skor Verileri	40

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil-1.	Hasta ve Kontrollerde YDBÖ, Pozitif YDB ve Negatif YDB toplam puanlarının ROC Analizi Eğrileri	39
-----------------	--	----

KISALTMALAR

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

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

FTD: Formal Thought Disorder (Yapısal Düşünce Bozukluğu)

FTDS: Formal Thought Disorder Scale (Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği)

FTDS-O: FTDS-Other (Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta Yakını)

FTDS-S: FTDS-Self (Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta)

ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases)

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

SAPS: (Scale for Assessment of Positive Symptom-Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği)

SANS: (Scale for Assessment of Negative Symptoms-Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği)

SPSS: Statistical Package viort he Social Sciences

YDB: Yapısal Düşünce Bozukluğu

YDBÖ: Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği

YDBÖ-H: Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta

YDBÖ-HY: Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta Yakını

TEŞEKKÜR METNİ

Uzmanlık ve tez sürecim boyunca katkılarını, içten desteğini, sonsuz anlayışını esirgemeyen, bilgi birikimine ve tecrübesine hayran olduğum, ayrıca kendisinin Türkiye'ye döndükten sonraki ilk tıp doktoru uzmanlık tez öğrencisi olma şerefine beni nail eden değerli tez danışmanım, müthiş hocam ve değerli meslek büyüğüm Doç. Dr. Emre BORA'ya,

Uzmanlık eğitim sürecinde önemli katkıları nedeniyle saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Can CİMİLLİ, Prof. Dr. Behice Elif ONUR AYSEVENER, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Ayşegül ÖZERDEM, Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ, Prof. Dr. Beyazıt YEMEZ, Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE ve Doç. Dr. İbrahim Tolga BİNBAY'a,

Beraber kısa bir süre çalışmış olsak da akademik ve insani kalitesi, sosyal konulardaki süregelen dik duruşu nedeniyle Doç. Dr. Halis ULAŞ'a,

Eğitimi ve eğitim dışı yardımları sebebiyle Doç. Dr. Neşe DİREK'e,

Süreçte beraber çalışıp beraber öğrenirken aynı zamanda güzel vakit geçirebilmiş olduğum, eğlenebildiğim, karşılıklı paylaşımlarda bulunabildiğim asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma,

Klinikte beraber çalıştığımız psikologlarımıza, çalışmamızdaki katkıları nedeniyle Psk. Berna YALINÇETİN'e, ayrıca tüm hemşirelerimize, sekreterlerimize, sosyal hizmet uzmanımıza ve yardımcı sağlık personelimize,

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, AMATEM Kliniği ve Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, hekim arkadaşlarıma ve diğer sağlık personeline,

Tedavilerine katkıda bulunabildiğim tüm hastalarıma ve onların asıl destekçileri olan hasta yakınlarına,

İyi ve kötü bütün anılarıyla hayatım boyunca hiç unutamayacağım bir tecrübe yaşatması sebebiyle Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne,

Yaşamıma kattığı değerler için önce Balıkesir ve İstanbul'a, sonra İzmir'e,

Hayatta en çok değer verdiğim üç asıl ve asil kavramı oluşturan babam Durmuş TAN,
annem Birsen TAN ve ablam Ebru TAN'a,

Tüm sevgim, saygım ve içtenliğimle teşekkür ederim.



**ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN VE HASTA YAKINLARININ
GÖZLEMLERİNİN DE DEĞERLENDİRİLDİĞİ YAPISAL DÜŞÜNCE
BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİK
ÇALIŞMASI**

Dr. Taner Buğra TAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı



Tez Danışmanı: Doç. Dr. İ. Emre BORA

ÖZET

Amaç: Yapısal düşünce bozukluğu uzun zamandır araştırmacıların dikkatini çekmektedir. Bunun temel nedenleri düşünce bozukluklarının psikiyatrik hastalıkların temel belirtilerinden biri olarak kabul görmesi, bu belirtileri direkt etkilemesi ve hastalığın gidişatı üzerinde önemli etkisinin olmasıdır.

Çalışmadaki gayemiz 2008 yılında Alvaro Barrera tarafından oluşturulan Formal Thought Disorder Scale-Self/Other (FTDS-S/O)-Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta/Hasta Yakını (YDBÖ-H/HY) ölçeklerinin şizofreni hastalarına uygulanarak Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik uygulamasının hayata geçirilmesidir.

Yöntem: Araştırmamız DSM-V kriterlerine göre şizofreni tanısını karşılayan 80 hasta, hasta yakını olan 37 kişi ve 40 sağlıklı kontrol katılımcısı içermektedir. Tüm katılımcılara Olgu Rapor Formu verilmiştir. Hasta grubuna YDBÖ-H, SAPS (Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği) ve SANS (Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği) testleri uygulanmıştır. Hasta yakınlarına da öz bildirim temelli YDBÖ-HY uygulanmıştır. Güvenilirlik için iç tutarlılık, sınıf içi tutarlılık, test-yeniden test değerlendirilmiş olup, madde-toplam madde korelasyonu incelenmiştir. Geçerlilik analizinde benzer ölçek geçerliliği için SAPS ölçeği ve alt ölçeği olan pozitif yapısal düşünce bozukluğu maddeleri ile SANS ölçeği ve alt ölçeği olan aloji toplam

puanları değerlendirilmiştir. Ayrıca ölçeklerde faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin ayırt ediciliğinin değerlendirilmesi için 40 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Tüm verilerin istatistiksel analizinde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ 'tir.

Bulgular: Güvenilirlik çalışmasında YDBÖ-H'nin Cronbach alfa değeri 0.939 olarak ölçülmüştür. YDBÖ-H'nin sınıf içi korelasyon katsayısı 0.975 olarak tespit edilmiştir. Test-yeniden test analizinde YDBÖ-H'nin korelasyon katsayısı 0.965 olarak ölçülmüştür. Madde-toplam puan korelasyonunda YDB Ölçeğinin maddeler arası korelasyonu 0.266 ile 0.757 arası değişmekteydi. Faktör analizinde ölçeğin iki faktörlü yapıya sahip olduğu tespit edilmiştir. Alt faktörler negatif yapısal düşünce bozukluğu ve pozitif yapısal düşünce bozukluğudur. YDBÖ-H formunda faktör 1 toplam varyansın %30.0'unu, faktör 2 ise %18.0'ini açıklamaktadır.

Benzer ölçek geçerliliği analizinde ölçeğimizle beraber alt ölçeklerimizin (Negatif YDB ve Pozitif YDB); SAPS formunun alt ölçeği olan pozitif yapısal düşünce bozukluğu maddeleri (SAPS-Pozitif YDB) ve SANS formunun alt ölçeği olan aloji maddeleri (SANS-Aloji) ile olan korelasyonları incelenmiştir. YDBÖ-H'nin SAPS-Pozitif YDB alt ölçeği ile olan korelasyon katsayısı 0.609, SANS-Aloji alt ölçeği ile olan korelasyon katsayısı 0.548 olarak ölçülmüştür. YDBÖ-H'nin Negatif YDB Alt Ölçeği ile SANS-Aloji alt ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.523, Pozitif YDB Alt Ölçeği ile SAPS-Pozitif YDB alt ölçeği ile korelasyon katsayısı ise 0.525 olarak ölçülmüştür. Ayırt edici geçerlilik analizinde YDBÖ-H, Negatif YDB Alt Ölçeği ve Pozitif YDB Alt Ölçeği ortalamaları hasta ve sağlıklı grupta karşılaştırılmış olup tüm değerlerin hasta grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). ROC analizinde eğri altında kalan alan toplam ölçek puanının 0.890'dır. Toplam ölçek puanı için kesim değeri ise ≥ 16 olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmayla dilimize kazandırdığımız, Barrera A.'nın geliştirmiş olduğu 'Şizofreni Hastalarında Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta/Hasta Yakını; Barrera Formal Thought Disorder-Self/Other' ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlilik düzeylerinin oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, yapısal düşünce bozukluğu, Barrera A., Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta/Hasta yakını

**TURKISH RELIABILITY AND VALIDITY STUDY OF FORMAL THOUGHT
DISORDER APPLIED TO PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND WHICH THE
OBSERVATIONS OF THE PATIENTS' RELATIVES ARE EVALUATED ALSO**

Dr. Taner Buğra TAN

Dokuz Eylul University Psychiatry Department



Thesis Supervisor: Assoc. Prof. İ. Emre BORA

ABSTRACT

Objective: Formal thought disorder has long attracted the attention of researchers. The main reasons are that thought disorders are considered one of the core symptoms of psychiatric diseases, as they can directly affect these symptoms, yielding a key effect on the course of the disease.

Our aim in the study is to demonstrate the Turkish reliability and validity of Formal Thought Disorder Scale-Self/Other (FTDS-S/O) scales created by Alvaro Barrera to patients with schizophrenia.

Method: Our study included 80 patients who met the diagnosis of schizophrenia according to DSM-V criteria, 37 relatives and 40 healthy control participants. A Case Report Form was given to all participants. FTDS-S, SAPS (Scale for Assessment of Positive Symptom) and SANS (Scale for Assessment of Negative Symptom) tests were applied to the patient group. FTDS-O was also applied to the relatives of the patients. Internal consistency, intraclass consistency, test-retest were evaluated as reliability measures, and item-total scores correlation was examined. In the convergent validity analysis, total scores of the SAPS scale, positive formal thought subscale, the SANS scale and alogia subscale were evaluated. In addition, factor analysis was applied to Formal Thought Disorder Scale. 40 healthy volunteers were included in the analyses to evaluate the discriminant validity. In the statistical analysis, the level of significance was set at $p < 0.05$.

Results: In the reliability study, the Cronbach's alpha value of the FTD-S was measured as 0.939. The intraclass correlation coefficient of the FTDS-S was 0.975. In the test-retest analysis, the correlation coefficient of the FTDS-S was measured as 0.965. In the item-total score correlation, the inter-item correlation of the FTDS-S varied between 0.266 and 0.757. In the factor analysis the scales demonstrated a two-factor structure. These factors are considered as negative formal thought disorder and positive formal thought disorder. Factor 1 explains 30.0% of the total variance and factor 2 explains 18.0%.

In the convergent validity analysis, we compared our scale and subscales (Positive FTD and Negative FTD) with the positive formal thought disorder items as a subscale of SAPS (SAPS-Positive FTD) and the alogia items as a subscale of SANS (SANS-Alogia). The correlation coefficient of FTDS-S with the SAPS-Positive FTD subscale was 0.609, and the correlation coefficient with the SANS-Alogia subscale was measured as 0.548. The correlation coefficient between the Negative FTD subscale of FTDS-S and the SANS-Alogia subscale was 0.523; the correlation coefficient was measured as 0.525 between the Positive FTD subscale of FTDS-S and the SAPS-Positive FTD subscale. In the discriminant validity analysis, the averages of the FTDS-S, the Negative FTD subscale, and the Positive FTD subscale were compared in the patient and healthy groups. Total scores were found statistically significantly higher in the patient group ($p < 0.001$). In ROC analyses, the areas under curve was 0.890 for the total scale score. The cut-off value for total score was determined as ≥ 16 .

Conclusion: Formal Thought Disorder Scale-Self/Other scales had good to excellent reliability and validity.

Keywords: Schizophrenia, Formal Thought Disorder, Barrera A., Formal Thought Disorder Scale-Self/Other

GİRİŞ VE AMAÇ:

Şizofreni hastalığı algı bozukluğu yaratarak çeşitli varsanılar, düşünsel süreçlerde sorunlar ortaya çıkararak hezeyanlar, duygulanımı ifadede azalma, duygusal küntlük, sosyal izolasyon, irade/istek azalması gibi negatif (silik) belirtiler, organize dizayn edilemeyen davranış ya da katatoni tabloları, darmadağın konuşma, nörokognitif yetilerde genel bozulma şeklinde kendini gösterebilen ve genellikle kronikleşen tıbbi bir durumdur. Bu klinik durumların hepsi birarada olabileceği gibi tanı kriterlerini karşılama kaydıyla bir kısmının belirli bir süre devam etmesiyle de tanısız tablo ortaya çıkabilmektedir. Hastalıkta düşünce bozuklukları, dikkati sürdürme sorunları, bellek problemleri, akıcı sözel ifade güçlüğü ve yürütücü işlevlerde bozulmalar görülebilir (1).

Psikoz grubu hastalarda YDB'yi değerlendiren çalışmalar objektif yaklaşım, daha geniş boyutta tedavi planı yapma, erken tanı sürecinde yorum yapabilme ve takip planının oluşturulması adına artık daha fazla önemsenmektedir. Çünkü yapısal düşünce bozukluğu başta olmak üzere düşünce bozukluklarının hastalık ve tedavi sürecindeki önemi giderek daha çok dikkat çekmektedir.

Yapısal düşünce bozukluğu psikozun diğer semptomlarından farklı bir antitedir ve diğer semptomları etkileyebilmektedir. Düşünce bozukluğu, düşünce süreci ve düşünce içeriği sorunu olmak üzere iki alt başlıkta değerlendirilse de kavramın daha çok düşünce sürecindeki problemlerden kaynaklandığı ancak alt temaların birbirini etkileyebildiği daha önceki çalışmalarda görülmüştür (2).

Şizofreni tanısı koymada düşünce bozukluğu kavramına yer verilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin psikiyatrik hastalıkları belirleme kılavuzu olan DSM-V'te 'dezorganize konuşma' kriteri şizofreni tanısında göz önüne alınan beş ana belirtiden bir tanesidir. ICD-10'da da düşünce akışında enkoherans, ilişkisiz konuşma veya sözcük uydurmaya yol açan kırılmalar veya araya girmeler şeklinde tanımlanmış belirti, tanısız süreçte kullanılan sekiz kavramdan biridir (3) (4) (5).

Düşünce bozukluğunun oluşumunda hafızada kaydedilmiş bilgiyi alıp geri çağırmayı sağlayan semantik sistemdeki aksama, hastanın fikirlerini doğru şekilde oluşturup dile

dökmeyi düzenleme, bu süreçte düşünceyi diğer bağlantısız düşüncelerden ayırabilme ve dile dökmeyi devam ettirebilmede görev alan yürütücü işlevlerdeki sorunlar ve diğer semantik sistem aksamaları öne çıkmaktadır (6) (7). Bununla beraber şizofreni hastalarında yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında temporal ve frontal bölge farklılıklarının düşünce bozukluğu ile bağlantılı olduğu, sol üst temporal girus anomalilerinin önemli olduğu görülmüştür (8) (9).

Düşünce bozukluğu olan altı şizofreni hastasında yapılan PET çalışmasında, pozitif YDB'de sağ kaudat yapıda ve bilateral anterior hipokampal uzantılarda aktivasyon bulunmuş; inferior frontal alan, singulat ve sol superior temporal korteks aktivasyonunun pozitif YDB ile korelasyonunun ters yönde olduğu görülmüştür (10). Düşünce bozukluğu olan altı şizofreni hastasında yapılan bir fMRI çalışmasında da sol temporal girus aktivasyonu ile pozitif YDB arasında negatif korelasyon izlenmiştir. Serebellar vermis, sağ kaudat bölge ve sağ presantral girus aktivasyonu ile pozitif YDB arasında anlamlı ilişki mevcuttur (11).

Subkortikal ve frontal lezyonlar düzensiz bağlantılara sebep olabileceğinden iletişim kusurları, ani konu değişimi, kelime tekrarı ve koprolali gibi belirtilere sebep olabilir. Serebellum ise vokal işlemede görev alır ve vermis ak madde hacmi ile pozitif YDB bağlantısı dikkat çekmektedir (12).

Düşünce bozukluğu ilk başlarda pozitif belirtilerle bağlantılı gibi düşünülse de araştırmalar sonrasında kavramın pozitif veya negatif belirtilerden görece bağımsız olup daha çok dezorganizasyon belirtileriyle ve özellikle darmadağın konuşma belirtisiyle ilgili olduğu öngörülmüştür (13).

Düşünce bozuklukları şizofreni hastalığının erken dönemlerinde hastaların % 80'inde görülebildiği gibi tedavi sonucu gerileyebilir ancak bazı olgularda hafif belirtiler süregenleşebilir (14). Mete ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, şizofrenide izlenen düşünce bozukluğunun bipolar bozukluk hastalarının manik ataklarında tespit edilenden daha ciddi olduğu, bir diğer bakışla düşünce bozukluğunun duygudurum epizodları ile bağlantısız olduğu görülmüştür (15).

Hastaların günlük yaşamlarındaki düşünsel süreç tecrübeleri ve iletişimsel deneyimlerini özbildirim şeklinde belirtmesi ve hasta yakınlarının bu süreçlerle ilgili kendi yorumlarını ifade etmesi ile birlikte klinisyenin öznel gözlemleri birleştirildiğinde hasta temelli olarak yapısal düşünce bozukluğu daha iyi anlaşılabilir ve bu durum hastaların tedavi sürecine olumlu etki edebilir.

YDB ile ilgili SAPS, SANS, Şizofreni için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (BPRS) gibi değerlendirme materyallerinde bazı bölümlerin mevcut olmasıyla beraber Düşünce ve Dil Bozukluğu (TALD) Ölçeği (16), Düşünce, Dil ve İletişim Bozuklukları (TLC) Ölçeği (17), Düşünce ve Dil İndeksi (TLI) (18), Düşünce Bozukluğu Endeksi (TDI) (19) gibi YDB'ye spesifik bataryalar da geliştirilmiştir.

Alvaro Barrera tarafından geliştirilmiş, şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren özbildirim temelli 'Formal Thought Disorder Scale-Self' ve klinik sürece hakim bir yakına uygulanan 'Formal Thought Disorder Scale-Other' testlerinin iyi derecede iç tutarlılık güvenilirliği, test-yeniden test güvenilirliği gösterdiği ve ölçek geçerliliklerinin yüksek olduğu görülmüştür (20).

Bu çalışmadaki amacımız şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren ve hasta yakınlarına da gözlemlerini öğrenmek için uygulanan bu testlerin Türkçe geçerliliğini, güvenilirliğini yapmak ve ölçeklerin alt faktörlerini faktör analiziyle tanımlamaktır.

Hipotezler:

1. Barrera A. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçekleri (Hasta/Hasta Yakını) Türkçe olarak güvenilir ve geçerlidir.
2. Ölçekler iyi derecede iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği gösterecektir.
3. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği (Hasta/Hasta Yakını) anlamlı derecede benzer ölçek geçerliliği gösterecek ve şizofreni hastalarını kontrol grubundan ayırt edecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Hastalığının Kısa Şeceresi

Şizofreni hastalığına uyan semptomlar gösteren kişilerle ilgili yazılı metinler 35 asır öncesine kadar dayanmaktadır. Hindu yapıtlarında, Hint Veda Kitabı'nda, Eski Mısır medeniyetinde Kalpler Kitabı'nda, Sanskrit metinlerde, tarih öncesi Çin kitabelerinde, antik Yunan betimlemelerinde ve yahudi metinlerinde psikotik bozukluk bulgularına uyan bazı belirtileri gösteren insanlardan bahsedilmektedir (21).

Hipokrat psikolojik sorunları bir hastalık spektrumunda düşünmüş ve bu durumu vücut dengesizliği, vücudun kompartmanlarındaki sıvıların bozulması ya da sanitasyonla ilgili yanlış uygulamaların sonucu olarak görmüştür. Milattan önce Areteus ve Soranus, bazı paranoid yansımaları günümüzdeki ifadelerle oldukça yakın bir biçimde tanımlamışlardır. Zamanın metinlerinde kendilerini olağandışı şekilde üstün gören, kötülük görecekları korkusu içinde yaşayan, bilişsel işlevlerde ve kişilikte organizasyon eksikliği gösteren insanlardan söz edilmektedir. Daha sonraki süreçlerde Anadolu medeniyetlerinde de benzer belirtileri gösteren insanlar tanımlanmış ve kişilerin tedavi edilmesine dair bimarhane, şifahane isimli kurumlarla olumlu ilerlemeler kaydedilmiştir (22).

Ortaçağın skolastik anlayışı sonrası 17. yüzyılda Willis'in ve daha sonra Pinel'in zincirleri kırma çabaları dikkat çekmektedir. 18. yüzyılda John Haslam ve George Man, içe çekilip kapanma ve düşüncede anormalliklerle seyrederek şizofreniyi düşündüren bir patoloji tanımlamıştır. 1860 yılında Morel 'Dementia precocce', 1871 yılında Hecker 'Hebefreni', 1874 yılında Kahlbaum 'Katatoni' kavramlarını bilim dünyasına katmıştır. 1896'da Kraepelin paranoid ve basit formları görece detaylıca tanımlayarak betimlemeyi aynı terim altında 'dementia preacox' olarak toplamıştır. Eugene Bleuler (1908-Berlin Psikiyatri Kongresi), genel olarak demans gibi düşünülmüş ilk tanı yaklaşımlarının yanlış olduğunu, "akıl-zihin yarıklığı" kavramının hastalığın ifadesinde daha doğru olduğunu önermiştir (22).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan ilk DSM-1 klasifikasyonunda 'şizofrenik reaksiyonlar', DSM-2'de 'şizofrenik bozukluklar' olarak belirlenen hastalık kavramı, DSM-3'te tanı anlamında berraklaştırılıp daha net kriterlerle resmileştirilmiş olup, DSM-4'te diğer psikotik bozukluklar ile ilgili genel ama sınırları belirli bir tanıma sokulmuş ve

sonrasında günümüzde kullandığımız DSM-5 uygulaması yürürlüğü girmiştir. DSM-5 ile şizofreni alt grupları, tanısallık sürecine negatif etkisi ve alt başlıkların tedaviye katkısı olmaması sebebiyle kaldırılmıştır (21).

2.2. Epidemiyoloji, Görülme Sıklığı, Prevalans ve Risk Etmenleri

Görülme Sıklığı ve Prevalans

Şizofreni ile ilgili bir epidemiyolojik çalışma hastalığın senelik yaygınlığının % 0.35, hayat boyu yaygınlığının % 0.55, yıllık insidansının ise 100.000’de 11 olduğunu göstermiştir (23). Türkiye’de psikotik hastalıkların prevalansı üzerine yapılan bir metaanaliz uygulamasında toplum içinde şizofreni yaygınlığı 8.9/1000 olarak tespit edilmiştir (24).

Cinsiyet-Yaş Faktörleri

Şizofreninin erkek hastalarda kadın hastalara göre yaklaşık 1.4 oranında daha sık görüldüğü çalışmalarda gösterilmiştir (25). Erkek hastalarda 15-25 yaş aralığında daha sık görülen tablo kadın hastalarda 20-30 yaş aralığında daha sık görülmektedir ve kadınlarda yaklaşık 20 yıl sonra ikinci bir yoğunlaşma dönemi de izlenmektedir (26).

Medeni Durum, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Etkenler

Şizofreni hastalarında evlenmemiş ya da boşanmış olma oranının yüksek olduğu ayrıca yalnız yaşayan hastalarda hastalık sürecinin daha kötü seyrettiği araştırmalarda gösterilmiştir (27). Şizofreni görülme sıklığının ekonomik olarak görece zorlu gruplarda daha sık görüldüğü izlenmiş olup, bunun olası sebepleri olarak erken tedaviye ulaşma güçlükleri, özellikle gebelik ile doğumsal süreçlerdeki bakım eksikliklerinin hastalığı ortaya çıkarma ya da erkene çekme etkileri ve sosyoekonomik üst durumdaki insanların aldığı tedavilerin özel tedavi kapsamında kayıtlara görece düşük geçmesiyle ilgili olduğu düşünülmüştür. Ekonomik zorlukların yarattığı stres ve stresle baş etme kavramındaki destek eksikliği, profesyonel yardıma ulaşma güçlükleri ve genel yeti yitiminin sürece yansımaları önemli birer faktör olarak göze çarpmaktadır. Bu gruplarda yetisel kaybın alt nesillere yansımaları da önemli bir veridir (28).

Doğum Öncesi, Doğum, Bebeklik ve Anne-Baba faktörleri

Annede gebelik hipertansiyonu, metabolik sendrom, glukoz disregulasyonu, genetik kanama bozuklukları, intrauterin ve postnatal enfeksiyonlar, doğum öncesi ve esnasındaki fetal kanamalar, Rh uyuşmazlığı, hematolojik sorunlar ve ileri paternal yaş şizofreni hastalığının ortaya çıkması ile ilgili ya da bağlantılı tıbbi durumlar olarak görülmektedir (29) (30).

Göç ve Kent Kültürü

Göç kavramının hastalığın görülmesiyle ilgili rölatif riski artırdığını gösteren çalışmaların olduğu gibi; kent kültürü içerisinde doğmuş ve büyüme evresini benzer yerlerde yaşamış kişilerde şizofreni hastalığı görülme riskinin önemli artış gösterdiği gözlenmiştir (31).

2.3. Tanısal Yaklaşım

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) tanısal süreci yönetmek için kullanılan iki sınıflama sistemi olmakla beraber (22), Tablo-1-2’de bu tanısal sınıflamalar belirtilmiştir.

Tablo 1. Şizofreni DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin 1, 2 ya da 3 olması gerekir. 1. Sanrılar 2. Varsanılar 3. Darmadağın konuşma (örneğin sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma) 4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı. 5. Negatif/silik belirtiler (duygusal katılımda azalma, duygusal katılıma kalkışamama, aloji, avolusyon gibi).
B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).
C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

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

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

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

Tablo 2. Şizofreni ICD-10 Tanı Ölçütleri

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

2.4. Yapısal Düşünce Bozukluğu Kavramına Tarihsel Yaklaşım

Esquirol 19. yüzyılda, düşünceleri koordine etmekten sorumlu birincil bir patoloji varlığından bahseden ilk yazardır (32). Kısa süre sonra Prichard, düşünceler arasındaki bağlantıda kusurların olduğu durumlar için tutarsızlık kavramını kullanmıştır. Guislain ayrıca düşüncelerdeki tutarsızlığa benzer “incoherence des idées” terimini kullanmış ve YDB dahil düşünce bozuklukları ile konuşma bozuklukları arasında bir ayrım önermiştir (33).

Griesinger 1867'de ilk kez yapısal sapmaları güncel kullanımıyla biçimsel ve içeriksel düşünce bozukluklarından ayırmıştır (34). Hecher 1871'de ani değişiklikler ile düşünce zincirinin kaybolabildiği veya normal cümle yapısından tuhaf bir sapma oluşması hakkında görüş bildirmiştir (35).

Konuşmaya yansıyan değişiklikler dislojiler (düşünce bozuklukları), disfaziler (dil bozuklukları) veya dislaliler (konuşma bozuklukları) olarak ayrılabilir. Bahsi geçen bilim insanları dislojiyi tanımlarken Tempo (artan veya azalan düşünce hızı), Form (düşüncenin kederli yapısındaki değişiklikler, verbijerasyon vb.), Sözdizimi/Syntax (örneğin üçüncü kişide kendine atıfta bulunma veya cümle yapısının parçalanması), İçerik (belirli temalar, stereotipler ve neolojideki sabitleme v.b.) gibi alt grupları da sunmuşlardır (36).

Yirminci yüzyılın başında Renée Masselon (1902) *Psychologie des Déments Précoces*'in bölümünde, “dil bozuklukları” olarak sınıflandırdığı YDB'nin gerçek tanımıyla uyumlu bazı semptomların tanımını dahil etmiştir (37). 1910'da Emil Kraepelin, akatafazi terimini *Demans Praecox*'ta sık görülen dilsel ifade bozukluklarından biri olarak tanıtmıştır. Bu durumdaki hastalar düşüncelerine uygun ifadeyi bulamaz, benzer seslere sahip kelimeler üretir ya da konuşmalarını tamamen farklı bir yönde ilerletirler (38).

Düşünce bozukluklarını dil ve konuşma bozukluklarından ayırmadaki zorluk psikopatoloji araştırma tarihi boyunca sürmüştür.

Kleist 1914 yılında bazı hastaların zihinsel durumundan daha geniş bir anlam aralığını kapsamak için kendine özgü kelimeler kullandığını açıklamıştır. Bu psikopatolojik bozukluk kelimelerin ve sözdiziminin yoksulluğunu, kelimelerin düşüncelere ve dolayısıyla konuşmaya müdahale etme eğilimini yansıtıyordu. Yazara göre şizofreni hastalarında sözcükler arasındaki ilişkiler kümelenmesi de düzensizdir ve öznel olarak hastaların kendilerine uygun görünse de genellikle dışa yansımada ilgisiz çağrışımlar sunduklarını belirtmiştir (39).

Bleuler YDB'yi çağrışım gevşemesinin doğrudan bir sonucu olarak şizofrenide temel bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır. Araştırmacıya göre merkezi deterministik bir fikrin yokluğundan dolayı fikirleri ilişkilendirme YDB'de yetersiz kalacaktır. Düşünceler, kendine özgü nedensel bağlantılar aracılığıyla birbirine bağlı olarak ortaya çıkar ve yoğunlaşma, yer değiştirme ya da sembolizm ile karakterize edilen çarpık kavramların üretimine yol açar. Bu şekilde hastalar gerçeklikten kopmuş düşünceler ifade edebilirler (40).

Carl Schneider'in 1930 yılındaki çalışmasında raydan çıkma, füzyon, süspansiyon ve dağınmış konuşma gibi düşüncede birtakım değişiklikler tanımlanmıştır (41). Schneider'e göre şizofrenik düşüncede normal düşüncenin üç bileşeni (sabitlik, organizasyon ve süreklilik) bozulmuştur. Raydan çıkma kavramı, ana düşüncenin ilgisiz başka bir düşünceye kayarak konuşmadaki genel ilişkideki parçalanmayı içerir. Füzyon kavramında, heterojen ve anlaşılabilir içeriklerin yan yana gelmesiyle beraber normal çağrışım zincirinin bir miktar korunması, birkaç fikrin kısmen bağlantıda olması durumu vardır. Askıya alma olarak da adlandırabileceğimiz süspansiyon kavramında, belirli bir düşüncenin ani kesintiye uğraması mevcuttur ve bir düşünce akışı bozukluğu olan düşünce bloğuna çok benzer. Darmadağın ya da dezorganize konuşma (drivelling) belirtisinde ise çağrışım ve duyu kaybının da olduğu homojenitesi düşük düşünceler mevcuttur (42). Bu durumda yapısal sözdizimi olsun ya da olmasın yüksek derecede raydan çıkma ve füzyon vardır (43).

Goldstein şizofreni hastalarında özel bir somut düşünce biçimini tanımlanmıştır (44). Somut düşünme veya soyut düşünmede güçlük kavramı, sembolik ve somut arasındaki ayrımın yapılamamasını içerir. Bu durum ayrıca iç ve dış uyaranlara yaklaşma ve uyaranların çevre ilişkisini sınırlandırmada yetersizliği barındırır. Hasta, deneyimleriyle kavramsal olarak başa çıkamaz, nesneleri bir kategoriye ait olarak algılayamaz ve soyut anlamı idrak edemez (45).

Frank Fish mevcut bozukluğu güncel yaklaşıma benzer şekilde negatif ve pozitif olarak alt bölümlere ayırmıştır. Negatif YDB'de hasta anormal kavramlar üretmese bile düşünme kapasitesini kaybederken, pozitif YDB'de birkaç bağlantısız ögenin birleşmesinden kaynaklanan yanlış kavramlar üretir. Fish'in ölümünden sonra, metin 1974 ve 1985'te Max Hamilton tarafından revize edilmiştir (45).

Norman Cameron, psikiyatri hastalarında mevcut olabilecek ardışık düşünceler arasında bağlantı eksikliğini vurgulamıştır ve bu fenomeni asenkroniz (asindez) olarak adlandırmıştır. Cameron ayrıca YDB'de, hastanın bir kavramın sınırlarını belirleyemediğinde aşırı kapsayıcılık gösterdiğini işaret etmiştir. Burada hasta 'çalışma masası' ile 'çalışma masası sandalyesi' gibi ifadeleri aynı anlamda söze dökebilir. Temaların iç içe geçmesi C. Schneider'in füzyon konseptini hatırlatır ve düşünce parçalanması ya da raydan çıkma fenomenine benzerlik gösterir (46).

Hamilton "Die beginnende Schizophrenie" adlı çalışmasında drivelling ve aloji gibi YDB ile uyumlu çeşitli psikopatolojik fenomenlerden bahsetmiştir (47).

Arieti 1969 yılında insan beyninin evrim sürecinin somuttan soyuta sürekli yükseliş göstermesine karşın şizofrenide somut düşünce biçimlerinin yeniden ortaya çıktığına dikkat çekmiştir. Bu nedenle, sadece şizofreni hastaları değil aynı zamanda küçük çocuklar da, normal deneklere kıyasla ikincil bilişsel süreçleri kullanarak (somut düşünme, kavramın bir parçasını tümüne yayma, benzer özellikleri olan temaları aynı kabul etme v.b.) aslında paleolojik bir mantık gösterme eğilimindedir. Şizofreni hastası, sağlıklı erişkinlerin kullandığı Aristotelyan mantığı terk eder ve ıdıraptan kaçmak için paleolojik mantığı benimser. Çünkü Aristotelyen düşünme sürecine göre gerçeklik tehdit edici ve dayanılmaz olarak yorumlanır (48).

Nancy Andreasen, YDB adı altında toplanan psikiyatrik belirtilerin yeniden tanımlanması; düşünce, dil ve iletişim bozuklukları kategorilerine göre yeniden gruplandırılması gerektiğini savunmaktadır (49). Nancy, ayrıca YDB'nun şizofreniye ait bir semptom kümesi olarak görülmesine karşı çıkmış ve sağlıklı insanlarda ya da başka psikiyatrik hastalarda da benzer durumların ortaya çıkabileceğini öne sürmüştür, bu savını da şizofreni hastalarının büyük kısmının YDB göstermediğini belirterek desteklemeye çalışmıştır. Bu nedenle Andreasen, klasik YDB'nin üç gruba bölündüğü bir ölçek yaratmıştır. Ölçeğin ilk kısmı iletişim bozuklukları adı altında konuşmacının dinleyicinin anlayabilmesi için gerekli

gereksinimleri karşılayamamasını, ikinci kısmı dil bozuklukları adı altında konuşmacının semantik ve sözdizimsel kuralları tutarsızlık, klang çağrışım ve neoloji dışavurumuyla sağlayamamasını ve üçüncü kısımda da düşünce karışıklıkları adı altında düşüncenin yoksulluğu, mantıksızlık ve anormal çıkarımlarda bulunmayı içerir. Bu sınıflandırmaya göre YDB daha çok düşünce, dil ve iletişim bozuklukları olarak adlandırılmalıdır (50) (51). Andreasen, bu sınıflandırma sistemi için iyi bir güvenilirlik göstermiştir ve ayrıca bu psikopatolojik bulguların şizofreniye özgü olmadığını, manik atak gibi diğer durumlarda da yaygın olduğunu göstermiştir (52).

DSM-4 1994 yılı güncellemesinde klasik YDB tanımı yerine, ‘düşünce bozukluğu’nun nesnel bir tanımını geliştirmedeki zorluk nedeniyle ve klinik bir ortamda düşünce hakkındaki çıkarımların öncelikle bireyin konuşmasına dayandığı için ‘dezorganize konuşma’ terimi seçilmiştir. Kılavuza bu semptomların şizofreniye özgü olmadığı da eklenmiştir (53). DSM-5 güncellemesinin yapıldığı 2013 yılında da bu tanımlamanın kalmasına karar verilmiştir (54).

Kraepelin, Masselo ve Kleist gibi birçok yazar konuya ciddi katkıda bulunmuş olsa da, Bleuler sadece açıklamaya değil, aynı zamanda YDB'nin etyopatojenik temeline de eğilen araştırmacıydı. Carl Schneider, Kurt Goldstein ve Norman Cameron gibi diğer yazarlar YDB'nin psikopatolojik semiyolojisine önemli bir katkılar sağlamıştır. YDB ile ilgili çeşitli kavramların hepsini aynı teorik modelde toplamak zor görünmektedir. Fenomenolojik psikopatoloji, terimleri ve kavramlarıyla ilişkili olarak tekdüzelikten uzak olmasıyla karakterizedir. Dolayısıyla, aynı olgunun farklı yazarlar tarafından farklı terimlerle belirtilmiş olması mümkündür. Örneğin Prichard tarafından ‘tutarsızlık’, Bleuler tarafından ‘çağrışımların gevşemesi’ ve Carl Schneider tarafından ‘raydan çıkma’ gibi terimlerin tümü, YDB'de aynı temaları temsil edebilir. Yakın tarihte, 120 makaleyi inceleyen bir sistematik gözden geçirme çalışmasında YDB'nin yaygın bir psikoz semptomu olduğu ve hastalık şiddetinin bir göstergesi olarak düşünülebileceği gösterilmiştir (55). Bu konuda nörobiyolojik araştırmalar, sinirbilim çalışmaları günümüzde artış göstermektedir. Çalışmalarda lateral temporal loblardaki çeşitli yapısal ve fonksiyonel değişikliklerle YDB’nin ilişkisi üzerine bazı kanıtlar bulunmuştur (56).

Crow YDB'nin dil alanlarında hemisferik asimetri olmamasından kaynaklanabileceği fikrini ileri sürmüştür. Çalışmasında dil ve şizofreni arasındaki genetik ilişkiyi destekleyerek, insanlarda dilin ortaya çıkmasını sağlayan genetik mutasyonun, klinik şizofreni semptomları olarak ortaya çıkabilecek bazı bozukluklara karşı hastaların savunmasızlıklarının sorumlu olabileceğini savunmuştur (57) (58).

2.5. Psikozda Erken Dönem ve Klinik Gidiş Sürecinde YDB

Psikoz riskinin yüksek olduğu durumların incelendiği araştırmaların son yıllarda giderek artmasıyla beraber YDB, psikoz kliniğine geçiş riskini artıran kavramlardan biri olarak kabul görmüştür (59). YDB endofenotipik bir kavram olarak yüksek psikoz riski olan kişilerde, psikotik bozukluğun genel yansıması kadar şiddetli olmasa da bir şekilde klinik görüntüde karşımıza çıkabilmektedir (60). Bu durum, şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarında sözel akıcılıktaki farklılıklar, yeni kelimeler bulma ve sözel sapmalar gibi belirtilerin görülmesi gibi genetik etkenlerin düşünce bozukluğunun temelinde etkili olduğunu düşündürmektedir (61).

İlk atak psikoz grubunu YDB için sağlıklı grup ile karşılaştıran bir çalışmada, hastaların aloji ve yeni kelime kullanımı açısından kontrollere göre negatif yönde önemli farklılıkları olduğu farkedilmiştir (62). Başka bir araştırmada ilk atak hastalık grubunda düşünce bozukluğu ile sosyal işlevselliğin bağlantılı olduğu ve bozukluğun ciddiyeti ile servis yatışı sayısında bağlantı olduğu görülmüştür (63).

Düşünce bozukluğunun, genel hastalık sürecinde kötü gidişat ve relaps ihtimalinin artmasıyla ilişkili olduğu öngörülmektedir (64). Negatif düşünce bozukluğu, pozitif bozukluğa oranla daha kalıcı seyredebilir ve bu vakalarda remisyon daha düşük gibi görünmektedir. Pozitif düşünce bozukluğu, sonraki süreçte gerileme gösterebilse de akut tablolarda daha şiddetli izlenmektedir (65). Düşünsel süreçlerdeki noksanlık ve pozitif YDB'deki özgün mantık süreçleri sosyal işlevsellik ve remisyoğa bağlantılı bulunmuştur (66). Antipsikotik tedavi ile düşünce bozukluğu semptomları azaltılabilir ancak rezidüel bulgular sebat edebilir. Ciddi YDB kliniği, görece daha hafif seyreden YDB'ye göre antipsikotik medikasyondan daha fazla yarar görebilir ancak şiddetten daha önemli olan bozukluğun alt tipleridir (67).

2.6. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği

Hastalar ve yakınları tarafından sağlanan bilgiler şizofrenide YDB'yi anlamaya yardımcı olabilir. Bu iki ölçek iletişimin pragmatik (kullanımbilim-edimbilim), bilişsel, paralinguistik (dildışı) ve sözel olmayan yönlerini anlamak üzere dizayn edilmiştir. Şizofrenide YDB; çalışma belleği, dikkatte süreklilik, sözcüksel aktivasyon gibi bir takım kavram ile ilişkili olabilir. Bu ölçekler YDB semptomları ve nöropsikolojik, nörofizyolojik ve nörogörüntüleme verileri arasındaki ilişkinin boyutlarını ortaya çıkarmak için, ayrıca şizofrenide iletişim bağlantılarını anlamak adına hasta ve yakınlarının perspektifi açısından da yol gösterici olabilir (68).

YDB'yi değerlendiren ölçekler arasında en bilinenlerinden biri 'Düşünce, Dil ve İletişim Ölçeği' (Thought, Language, and Communication Scale-TLC) dir (69) (70). Birçok araştırmacı bu konularla ilgili çalışma yapmış, düşünce bozukluğu indekslerine ve bizar düşünceye de odaklanmıştır. Ayrıca görece güncel olarak Amador ve ark., hastaların % 50'sinden fazlasının YDB hakkında içgörü sahibi olduğunu belirterek kavramın önemine vurgu yapmışlardır (71).

Şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren özbildirim temelli ölçekler olan 'Formal Thought Disorder Scale-Self/Other (FTD-S/O) toplam 52 sorudan oluşmaktadır. Organik hastalık belirtileri (perseverasyon, yabancı aksan sendromu v.b.), psikoz belirtileri (raydan çıkma, düşünce içerik yoksunluğu v.b.) gibi bulguları olan hastalar özbildirim temelli olarak Düşünme/Dil semptomlarını bu ölçekte ifade edebileceklerdir.

Önceki ölçeklerden esinlenilerek hazırlanmış olan sorular iletişim kavramının pragmatik (edimbilim ya da kullanım bilim), sözcük seçimi/dizimi (syntax), bellek/dikkat, paralinguistik (dildışı)/sözel olmayan iletişim ve diğer semptomlar gibi çeşitli alanlarını değerlendirmektedir.

Kullanımbilim-Edimbilim (Pragmatics) öğeleri, iletişimin en üst seviyesindeki ana kusurları değerlendirmektedir (72). Konuşmadaki ve içerikteki sıklık, raydan çıkma, döngüsellik, perseverasyon bunlardan bazılarıdır. Konuşmanın farkında olma kavramına atıfta bulunulan diğer maddeler; anlaşılması zor olan, muhataplarla açık bir ilgi temelinde iletişim kurma, ironiyi iletebilme yeteneği, açıklama ve sözlü talimat verme yeteneğidir.

Sözcüksel seçim ve sözdizimi (Syntax-Sentaktik) öğeleri, bilince giren çok fazla kelime hissetme, uygun kelimeleri hatırlama, kullanma ve konuşmayı engelleme gibi durumları içermektedir (73).

Bellek ve dikkat ögeleri karşı tarafın söylediklerinin hafızada tutulabilme, devam eden konuşmayı takip edebilme, görüşmeler esnasındaki zihinsel yorgunluk ve dikkati sürdürme yetileridir.

Dildışı (paralinguistik) ve sözel olmayan iletişimde konuşma sesinin yüksekliği, konuşma hızı, yabancı aksan, artikülasyon ve sözel olmayan yüz-el hareketleri ve kişilerarası mesafe gibi kavramlar değerlendirilmiştir (73).

Barrera A. tarafından 2008 yılında yayımlanan çalışmada testin iyi derecede iç güvenilirlik gösterdiği belirtilmiştir. Test-test güvenilirliği 12 ay arayla yapılan ölçümlerde anlamlı sonuç vermiştir. Testin toplam skoru ile klinisyenin değerlendirmesi korele olarak bulunmuştur ancak geçerlilik görece daha düşük olarak saptanmıştır. Semantik aktivasyon, planlama ve dikkati sürdürme sonuçları klinisyenin değerlendirmesiyle koreledir. Toplam skor ve bireysel faktör puanları konuşmada fakirlikle ilişkili bulunmamıştır. Toplam puanı daha yüksek olan hastalar daha düşük oranda bağımsız olarak yaşamaktadır. Sosyal izole hastaların öz bildirim temelli yapılan test sonuçları etkilenebilmektedir (73).

Hasta yakınlarına uygulanan öz bildirim temelli ölçek 33 sorudan oluşmaktadır ve hastaların düşünme ve dil semptomlarının gözlemsel değerlendirmesini amaçlar. Hastalara sorulan sorularla yakınlarına sorulan sorular küçük bir kısımda benzeşmektedir. Hasta yakını ölçeğindeki ana başlıklar aşağıda belirtilmiştir.

Kullanımbilim-Edimbilim (Pragmatics) ögeleri, yakınlarına sorulmak suretiyle hastaların iletişimindeki ana kusurları değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Teğetsellik, doğallıktan yoksun konuşma, konuşmadaki ve içerikteki sıklık, raydan çıkma, döngüsellik, perseverasyon bunlardan bazılarıdır (72). Diğer ögeler nezaketi ifade eden; kayıt değiştirme, ironi, hataları düzeltme çabası, sırayla cevap verme, sohbeti sonlandırma, açıklama talep etme ve talimat vermedir (74).

Sözcük Seçimi bölümünde perseverasyon, uygunsuz kelime kullanma, kelime seçmede zorluk gibi parametreler değerlendirilmiştir.

Bilişsel değerlendirmede gözlemlere dayanarak hastaların hem kendilerinin hem de karşısındakilerin ne dediğini hatırlaması, kimin ne söylediğinin farkında olması ve konuşmaya dağılmadan devam edebilmesi incelenir.

Dildışı (paralinguistik)/Sözel olmayan iletişimde baskılı konuşma, yavaş ve monoton konuşma, artikülasyon ve akıcılık sorunları incelenir. Sözel olmayan öğeler yüz ve el hareketi, görsel temas ve konuşma esnasında karşı tarafa olan uzaklığı değerlendirir.

Hastayı tanıyan kişilere uygulanan test sonuçlarına göre; kelime tekrarı, dinleyici rolünü becerebilme, konuşma mesafesi, yüksek sesli konuşma, kimin konuştuğunu karıştırma, karşıdakinin ne dediğini unutma, çok fazla detaya girme duygulanımda aşırı heyecan veya psikozun yansıması olabilir (75). Anlaşılması güç konuşma, raydan çıkma, mırıldanma, fısıldama ve kelime bulmada güçlük konuşmadaki üretkenlikte organizasyon bozukluğunu göstermektedir. Ayrıca mırıldanma, fısıldama ve kelime bulmada güçlük, iletişimin dildışı komponentinde ciddi bir kayıp olarak görünmektedir. Mantıksızlık, teğetsellik ve konuşma üretimindeki düşük farkındalık, çok fazla kelime kullanma, aynı şeyi söyleyip durma da bu organizasyon bozukluğunun bir parçasıdır. Yorgunluk, karşı tarafın ne dediğini anlamama ve alert hal, dikkati sürdürmedeki bir kusur olarak izlenmektedir. Dikkatin çabuk dağılması ve blok hali önceki durumlarla görece ilişkilidir. Karşılıklı konuşmada kalma, mesajı net olarak anlama, uygun kayıt değişimi, göz teması ve telefon ile konuşabilmek pragmatik (kullanım-edimbilim) defektlerinde etkilenebilir. Direktif verebilmek dikkat ve pragmatik ilişkilidir. Bütün itemler ve toplam skorlar psikoz, yürütücü işlev kusuru ve edimbilim açısından pozitif YDB ile yüksek ilişkili olarak bulunmuştur (76).

Buradaki iki yeni YDB skalası iyi bir iç tutarlılık güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği göstermiştir. Hastalarda pozitif YDB ilişkisinde daha yüksek geçerlilik izlenmiştir. Hastalara uygulanan testteki 'planlama' faktörünün, yakınlarla uygulanan testteki 'psikoz', dezorganizasyon' ve 'pragmatik' ile korelasyon gösterdiği görülmüş. Testlerin 12 ay sonraki tekrar uygulamaları hastalarda ve kontrol gruplarında anlamlı korelasyon göstermiştir (77).

İki ölçeğin pozitif YDB ile olan yüksek korelasyonu, hastaların ve hasta yakınlarının, iletişim bozukluğunu derecelendirebileceğini belirtmektedir. Hasta yakınlarına uygulanan ölçeğin pozitif YBY'yi yordama gücü yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Hasta ölçeğiyle pozitif YDB arasındaki korelasyonun görece düşük olması sebebiyle regresyon analizi uygulanmış ve ölçeğin pozitif YDB'yi anlamlı olarak öngördüğü bulunmuştur ($p:0,014$) (77).

İki ölçek de YDB'nin heterojenik yapısını ortaya koymaktadır. Pozitif YDB'nin, yürütücü işlev bozukluğu (78), semantik (79) ve dikkati sürdürmedeki kusurları (80) da içeren bir takım fonksiyon bozukluklarıyla ilişkili olabileceği rapor edilmiştir.

Frontal lob hasarı bağlantılar arası düzensizlik yaratarak perseverasyon ve konfabulasyona sebep olabilir (81). Subkortikal lezyonlar ayrıca iletişim anormalliklerine ve öngörülemeyen konu değişimlerine gitmeye sebep olabilir (82). Bu durumda koprolali, yineleme, palilali, takifemi, bradifemi ve glossolali gibi semptomlar görülebilir (83). Serebellum dili işlemede görev alır (84) ve vermis beyaz madde volümü ile pozitif YDB arasında ilişki bulunmuştur (85).

Beyin görüntüleme çalışmaları, YDB'nin çok yönlü bir fenomen olduğunu göstermektedir. Düşünce bozukluğu olan altı şizofreni hastasında yapılan PET çalışmasında, pozitif YDB'de sağ kaudat yapıda ve bilateral anterior hipokampal uzantılarda aktivasyon bulunmuş; inferior frontal bölge, singulat ve sol superior temporal korteks aktivasyonunun pozitif YDB ile korelasyonunun ters yönde olduğu görülmüştür (86). Düşünce bozukluğu olan altı şizofreni hastasında yapılan bir fMRI çalışmasında da sol temroral girus aktivasyonu ile pozitif YDB arasında negatif korelasyon ve daha az anlamlı olarak orta temporal girusun arka parçasında aktivasyon artışı saptanmıştır. Serebellar vermis, sağ kaudat bölge ve sağ presantral girus aktivasyonu ile pozitif YDB arasında anlamlı ilişki görülmüştür (87).

Klinisyenlerin günlük uygulamalarında hastalarının düşünce yapısını değerlendirmesini ve bu alandaki değişikliklere dikkat etmesini sağlamak açısından buna uygun ölçeklerinin geliştirilmiş olması önemlidir. Şizofreni hastalarında yapısal düşünce alanlarındaki değişikliklerin gerçek yaşam konseptlerini gösterecek şekilde değerlendirilmesi için hem hastayla hem de yakınlarıyla görüşülmesi gerekmektedir. Her iki görüşmenin verilerini klinisyenin kendi deneyimiyle birleştirerek yapacağı bir değerlendirme yapısal düşünce bozukluğunun gerçek yaşam boyutunu daha sağlıklı olarak gösterecektir. Klinisyenlerin değerlendirmesiyle birleştirilerek kullanılan bu iki ölçek, şizofrenideki iletişim kavramı için hasta ve yakınlarının perspektiflerinin de ele alındığı, yapısal düşünce bozukluğunun geniş çerçevesini görmemizi sağlamaktadır. 'Formal Thought Disorder Scale-Other' testlerinin orijinal formlarının iyi derecede iç tutarlılık güvenilirliği, test-yeniden test güvenilirliği gösterdiği ve ölçek geçerliliklerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (88).

3. SİSTEMATİK ve YÖNTEM

3.1. Örneklem

Sağlıklı grup (n: 40), hasta (n: 80) ve hastaların klinik sürecine hakim yakınları (n: 37) çalışmaya alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının alındığı çalışmada hastaların DSM-V kriterlerine göre şizofreni tanılarının kesinliği kayıtlardan gözetilmiş olup ayrıca yapılandırılmış SCID-1 ölçeği hasta grubuna uygulanmış ve tanısal doğruluk sağlanmıştır. Sağlıklı grup aydınlatılmış onam formu verilmesi suretiyle, dahil olma kriterlerine uyan hastane çalışanları ve çalışmanın diğer kısımlarına alınmamış, tüm hastane içerisindeki hasta yakınlarından seçilmiştir.

Araştırmada dahil olma ve dışlama kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

Hasta örnekleme:

Dahil olma kriterleri:

1. 18-65 yaş arasında olma
2. Okuma ve yazmayı bilme
3. DSM-V'e ve SCID-1 bataryasına göre şizofreni tanısı almış olma
4. Bildirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu okuyup imzalamış olma

Dışlama kriterleri:

1. Özbildirim temelli bir envanteri dolduramayacak durumda olmaya sebep akut atakta olma, ek hastalık gibi durumlar v. b.
2. Tüm demans alt grupları, merkezi sinir sistemi kitleleri ve tümörleri, epilepsi, ekstremiteler kullanımı engelleyen hareket bozuklukları v. b.
3. Merkezi sinir sistemine etkide bulunabilecek sistemik hastalıklar

Şizofreni hastalarının klinik sürecine hakim yakınları/bakımverenleri:

Dahil olma kriterleri:

1. 18 yaş üstü olma
2. Okuma ve yazmayı bilme
3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalamış olma

Dışlama kriterleri:

1. Özbirim temelli bir ölçeği doldurmaya engel tıbbi hastalığın olması
2. Son altı ay içinde çalışmada kullanılacak testlerden herhangi birini yapmış olma
3. Psikolojik/Psikiyatrik durumu etkileyebilecek nörolojik, psikiyatrik, bedensel hastalığın olması

Sağlıklı gönüllü grubu için:

Dahil olma kriterleri:

1. 18-65 yaş aralığında olma
2. Okuma ve yazmayı bilme
3. Psikiyatrik hastalık tanısı almamış olma
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

Dışlama kriterleri:

1. Son altı ay içerisinde çalışmada kullanılan ölçeklere dahil edilmiş olma
2. Özbildirim temelli ölçekleri doldurmasına engel tıbbi hastalığın olması

3.2. Bataryalar

Çalışmamız adına Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu Başkanlığı'ndan gerekli resmi onaylar alınmıştır. Ekler kısmında onay formu mevcuttur.

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılara yapılacak ölçekler ve testler kapsamlı olarak açıklanıp yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Hasta grubuna tanışal netlik sağlanması adına yapılandırılmış diagnostik klinik görüşme olarak SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Araştırma Versiyonu-Birinci Eksen Hastalıklar) uygulanmıştır.

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

SCID-I klinik görüşme ölçeği First ve ark. tarafından DSM-IV Eksen I bozukluklarının standart ve global şekilde değerlendirilebilmesi için 1997 yılında geliştirilmiş bir uygulamadır.

Olgu Veri Kayıt Formu

Bireylerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, anne/baba/kardeş/medeni durum/bakımveren özellikleri, hane halkı, alışkanlıkları, yaşadıkları yerler, kullanılan ilaçlar, servis yatış sayısı, hastalık süresi, ilk hastalıktan geçen süre gibi veriler sorgulanmıştır ve hasta örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nden ve Psikiyatri Servisi'nden seçilmiştir.

Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği (Hasta/Hasta Yakını)

Barrera A. Tarafından 2008 yılında geliştirilmiş olan, hastaya ve klinik sürece hakim hasta yakınına uygulanan öz bildirim temelli ölçekler toplam 52 sorudan oluşmaktadır. 'Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta' testi, 29 sorudan oluşan bir ölçektir. 'Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta Yakını' testi ise 33 sorudan oluşan bir ölçektir.

Organik hastalık belirtileri (perseverasyon, yabancı aksan sendromu v.b.), psikoz belirtileri (raydan çıkma, düşünce içerik yoksunluğu v.b.) gibi bulguları olan hastalar ve gözlemci olarak hasta yakınları, düşünme ve düşünceyi dile dökmedeki sorunları bu ölçeklerde belirtmiştir. Önceki ölçeklerden de esinlenilerek hazırlanmış olan bu ölçek iletişim kavramının

pragmatik (Edimbilim-Kullanımbilim), sözcük seçimi/dizimi (Sentaktik), bellek/dikkat, paralinguistik (Dildışı)/sözel olmayan iletişim ve diğer semptomlar gibi çeşitli alanlarını değerlendirmektedir (68).

Hak sahibinden ölçeğin çalışmamızda kullanılabilmesi için yazılı izin alınmış ve kuruldan geçmiş olan Etik Kurul Başvuru Dosyası'na izin yazısı eklenmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması işlemi için öncelikle ölçek ileri derecede İngilizce bilen bir psikolog tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe metnin, uzun yıllar İngilizce konuşulan bir ülkede akademisyen olarak çalışmış bir psikiyatrist tarafından İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formu ile İngilizce geri çevirisi karşılaştırılmış ve ölçeğin ilk formu oluşturulmuştur. Ölçek, erişkin ve çocuk psikiyatrisi uzmanlık öğrencisi olan üç asistan doktora, ayrıca psikoz riski için tarama yapılan beş yardım arayana verilmiş ve kişilerden geribildirim ile yanıtların açıklanması istenmiştir. Yanıtların anlaşılabilirliği açısından kelime seçimi gözden geçirilerek ölçeğin son haline karar verilmiştir.

SAPS (Scale for Assessment of Positive Symptom-Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği)

Şizofrenide pozitif belirtilerin dağılımını ve şiddetini, ayrıca şiddet değişimini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup uygulayıcının değerlendirdiği bir ölçek olarak klinikte ve araştırmalarda kullanılmaktadır. Toplam dört alt ölçek ve 34 madde mevcuttur. Her madde için sıfır ile beş arasında puan verilmektedir. Bir ve yedi arasındaki maddeler varsanılarla, 8-20 arasındaki maddeler sanrılarla, 21-25 arasındaki maddeler dezorganize davranışlarla ve 26-34 arasındaki maddeler ise genel anlamda pozitif yapısal düşünce bozukluğu ile ilgilidir. Alt ölçek puanlarının toplanması ile toplam puana ulaşılır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve ark. tarafından yapılmıştır (89).

SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms-Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği)

Şizofreninin negatif belirtilerinin dağılımını ve şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, uygulayıcının değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam beş alt ölçek ve 25 madde içermektedir. Her madde için sıfır ile beş puan arasında puan verilmektedir. Bir ve sekiz arasındaki maddeler affektif küntlük, 9-13 arasındaki maddeler negatif düşünce bozukluğu ile

ilgisi yüksek olan aloji, 14-17 arasındaki maddeler apati, 18-22 arasındaki maddeler anhedoni, 23-25 arasındaki maddeler dikkat kusuru, odaklanma eksikliği alt ölçeklerine aittir. Alt ölçek puanlarının toplanması ile test toplam puanı elde edilir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve ark. tarafından yapılmıştır (90).

3.3 İstatistiksel Yöntem

Verilerin analizinde SPSS version 24 programı kullanılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 80 şizofreni hastası, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran ve serviste yatmakta olan hastalardan seçilmiş olup; gözlemciler ise hastayı tanıyan ve klinik sürece hakim hasta yakınları olarak belirlenip yine aynı yerleşkede araştırmaya alınmıştır.

Tanımlayıcı istatistiklerde sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler de frekans (n) ve yüzde (%) ile gösterilmiştir. Ki-kare testi ile kategoriksel değişkenlerin çalışması yapılmış ve cinsiyet, hane halkı, medeni durum, çalışma durumu, tedavi ve alışkanlıklar değerlendirilmiştir. Ki-kare testinin uygulanamadığı durumda ise Fisher's kesin testi ile olguların kentte ya da kırsalda yaşama durumu incelenmiştir. Bağımsız gruplar t testi ile olguların yaş, hastalık süresi ve yatış sayıları incelenmiştir.

Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda normalite testleri alınmıştır. Bağımsız iki gruptaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan durumlarda uygulanan bağımsız gruplar t testi, hastalık grubunda yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında kullanılırken; normal dağılıma uymadığı durumlarda uygulanan Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi ise hastalık gruplarının YDB ölçekleri ve toplam skorlarının karşılaştırılması gibi çalışmalarda kullanılmıştır.

Güvenilirlik çalışması için ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ile sınıf içi korelasyon katsayıları (ICC) ölçülmüştür. YDB ölçeği test-tekrar test korelasyonu katsayısını hesaplamak için ve madde-toplam puan korelasyon katsayılarını belirlemek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

YDB'nin Türkçe yapısal geçerliliği için faktör analizi yapılmıştır. Verilerin analize uygunluğunu görmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin değeri incelenmiştir. Ölçeğin faktör yapısını görmek için varimax döndürmesi uygulanmıştır. Benzer ölçek geçerliliğini değerlendirmek amacıyla YDB ölçeğiyle SAPS ölçeği ve alt grubu Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu kısmı, SANS ölçeği ve alt grubu Aloji kısımları arasında korelasyon analizi uygulanmıştır.

Ölçeğin ayırt ediciliğinin değerlendirilmesi için 40 sağlıklı gönüllü, bilgilendirilmiş onam formu verilmesi suretiyle Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi hastane çalışanlarından ve çalışmanın diğer kısımlarına alınmamış olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ndeki hasta yakınlarından seçilmiştir. YDBÖ ve ölçek içi iki faktörlü yapının tespiti sonrası alt iki ölçek hasta ve sağlıklı grupta karşılaştırılmış, bağımsız gruplar t-testi ve ROC Eğrisi analizleri yapılmıştır.

Hastaların genel klinik durumlarının şiddetinin gösterilebilmesi adına SAPS ve SANS ölçeklerinin alt madde global skorlarının, alt madde toplam skorlarının ve ölçeklerin toplam skorlarının ortalaması ve standart sapma değerleri belirlenmiştir.

Tüm verilerin istatistiksel analizinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.4. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 31.08.2020 tarih ve 2020/20-26 karar numarası ile çalışma onayı alınmıştır ve ilgili belge Ek 9'da sunulmuştur.

4.BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Bulgular

Araştırmada 40 kişilik sağlıklı kontrol grubu ve 80 kişilik hasta grubu değerlendirilmiştir.

Tablo 3: Çalışma Gruplarının Cinsiyet Dağılımı

	Kontrol (n: 40)		Hasta (n: 80)		Toplam (n:120)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Cinsiyet						
Erkek	17	42.5	44	55.0	61	50.8
Kadın	23	57.5	36	45.0	59	49.2
p değeri: 0.197						

Ki-kare testi uygulanmıştır.

Hasta örnekleminin %55'i, kontrol örnekleminin %42.5'i erkek idi. Hasta ve kontrol grupları karşılaştırıldığında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak önemli fark yoktu (p:0.197).

Tablo 4: Araştırma Grubundaki Vakaların Yaş, Yıl Bazında Hastalık Süresi ve Servis Yatış Sayısı Ortalamaları

	Hasta (n: 80) ortalama±standart sapma	Kontrol (n: 40) ortalama±standart sapma	p değeri
Yaş	43.35±11.55	40.38±11.53	0.186*
Hastalık Süresi	15.05±9.44		
Yatış sayısı	2.5±2.28		

*Bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır.

Araştırma örnekleminde yer alan vakaların yaş dağılımı, yıl bazında hastalık süresi ile servis yatış sayısı ortalamalarına Tablo 4'te yer verilmiştir. Hasta grubunun yaş ortalaması 43.35±11.55 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 40.38±11.53'tü. Hasta ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı (p: 0,186).

Hastalarda hastalık süresi ortalaması 15.05 ± 9.44 yıl, servis yatış sayısı ortalaması ise 2.5 ± 2.28 'di.

Hasta grubunda ortalama eğitim süresi 10.9 ± 3.21 yıl iken sağlıklı grupta ise 12.1 ± 3.1 idi. İstatistiksel anlamda fark belirlenmedi ($p=65.00$).

Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet ve eğitim süreleri açısından anlamlı fark yoktu ($p: 0.186$) ($p: 0.197$) ($p: 65.00$).

Tablo 5. Araştırmadaki Olgu ve Sağlıklı Grupların Bazı Sosyo-Demografik Verileri						
	Hasta (n:80)		Kontrol (n:40)		Tüm olgular (n:120)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Yaşadığı yer						
Kent	73	91.25	37	92.5	110	91.7
Kırsal	7	8.75	3	7.5	10	8.3
p değeri	1.000*					
Medeni Durum						
Evli	22	27.5	30	75	52	43.3
Bekar/ boşanmış/dul	58	72.5	10	25	68	56.7
p değeri	<0.001**					

*Fisher exact test kullanılmıştır.

**Pearson ki-kare değeridir

Hastaların %91.25'i kentte yaşamaktayken sağlıklı grubun %92.5'i şehirde yaşamaktaydı ve gruplar arası anlamlı fark izlenmedi ($p:1.000$). Hastaların %27.5'i evli iken %72.5'i bekar, boşanmış veya duldu. Sağlıklı kontrollerin %75'i evli iken %25'i bekar, dul veya boşanmıştı. Hasta grubunda kontrol grubuna göre evli olma oranı anlamlı derecede düşük olarak saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 5).

Tablo 6. Araştırma Grubundaki Katılımcıların Hane Halkı Durumları						
	Hasta (n:80)		Kontrol (n:40)		Tüm olgular (n:120)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hane Halkı						
Yalnız	9	11.25	3	7.5	12	10
Eş ve/veya çocuk	19	23.75	32	80	51	42.5
Ebeveyn ve/veya kardeş	52	65	5	12.5	57	47.5
p değeri	<0.001					

Pearson testi uygulanmıştır.

Tablo 6’da gösterildiği gibi hasta gruptaki katılımcıların %11.3’ü yalnız yaşarken, %23.75’i eş ve/veya çocukla, %65’i ise ebeveyn ve/veya kardeşiyle yaşamaktaydı. Sağlıklı örnekleimde ise yalnız yaşama oranı %7.5, eş ve/veya çocukla yaşama oranı %80, ebeveyn ve/veya kardeşle yaşama oranı ise %12.5’ti. Hastalık varlığı ile hane halkı arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0.001$).

Araştırmadaki katılımcıların çalışma durumu ve eğitim süreleri yıl olarak Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7. Araştırmadaki Hasta ve Kontrollerin Çalışma Durumu						
	Hasta (n:80)		Kontrol (n:40)		Tüm olgular (n:120)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
İş Durumu						
Çalışıyor	17	21.5	31	77.5	48	40.0
Çalışmıyor/emekli	63	78.5	9	22.5	72	60.0
p değeri	<0.001					

Ki-kare testi uygulanmıştır.

Hasta örnekleminin %21.25’i aktif olarak bir meslek sahibiyken, sağlıklı örnekleimde bu oran %77.5’ti. Aktif meslek sahibi olma oranı gruplar arası istatistiki olarak anlamlı derece farklıydı ($p<0.001$).

Tablo 8. Hasta örnekleminin kullandığı antipsikotik tedaviler ve iki gruptaki kimyasal alışkanlık durumu					
Almakta olduğu tedavi	Hasta (n:80)		Kontrol (n:40)		p
	n	(%)	n	(%)	
Tipik antipsikotik	3	3.75			
Atipik antipsikotik	39	48.75			
Tipik ve atipik antipsikotik	5	6.25			
Atipik ve atipik antipsikotik	33	41.25			
Alışkanlıklar					
Sigara	42	52.5	19	47.5	0.61*
Alkol	8	10.0	10	25.0	0.03*

*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

Hasta grubunun almakta olduğu antipsikotik tedaviler ile sigara ve alkol alışkanlıkları Tablo 8’de sunulmuştur.

Hastaların %3.75’i tipik antipsikotik, %48.75’i tipik antipsikotik, %6.25’i tipik ve atipik antipsikotik, %45.25’i ise birden fazla atipik antipsikotik medikasyon kullanmaktaydı.

Hastalar arasında sigara içme sıklığı %52.5 iken kontrol grubunda %47.5 idi. Bu sıklıklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (p:0.61). Alkol kullanım sıklığı değerlendirildiğinde kontrol grubunda %25 iken hasta grubunda %10 olarak belirlenmiştir. Hastaların istatistiksel düzeyde anlamlı olarak daha az alkol tükettiği belirlenmiştir (p:0.03).

4.2. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Bulguları

4.2.1. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği Güvenilirlik Bulguları

YDB-H/HY Ölçeklerinin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla iç tutarlılık (Cronbach α), sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), test-yeniden test korelasyonu ve madde-toplam puan korelasyonu incelenmiştir.

4.2.1.1. YDB Ölçeğine İlişkin İç Tutarlılık Bulguları

Hasta ve hasta yakınlarının doldurdıkları YDB-H/HY ölçeklerinin Cronbach α değerleri ve sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) Tablo 9’da gösterilmektedir.

Yirmi dokuz sorudan oluşan YDBÖ-Hasta formunun Cronbach α değeri 0.939, 33 sorudan oluşan YDB Ölçeği-Hasta Yakını formunun Cronbach α değeri ise 0.923 olarak analiz edilmiştir. Yapısal analiz ve faktör incelemesinde hasta yakınlarının doldurdıkları YDBÖ-HY’deki üç sorunun (14., 19. ve 33. soru) görece anlaşılması güç olması ve doğru anlamda cevaplanabilmesindeki eksikliklerin analizlere yansımından dolayı çıkarılması sonrası ölçeğin yeni Cronbach α değeri 0.937 olarak ölçülmüştür. Cronbach α değerleri değerlendirildiğinde ölçeklerin güvenilirliğinin önemli derecede yüksek olduğu anlaşılmıştır.

YDB-Hasta formunun sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0.975, YDB-HY formunun sınıf içi korelasyon katsayısı 0.960 iken YDB-HY formundan 3 soru çıkarıldıktan sonraki ölçümde değer 0.968’e yükselmiştir. ICC değerleri de incelendiğinde ölçeklerin güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 9. YDB Ölçeğinin İç Tutarlılık Analizi Bulguları		
Ölçekler	Cronbach’s α	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)
YDB Ölçeği-Hasta	0.939	0.975
YDB Ölçeği-Hasta Yakını	0.923	0.960
YDB Ölçeği-Hasta Yakını	0.937*	0.968*

*Üç madde çıkarıldıktan sonraki yeni değerler.

4.2.1.2. YDB Test-Yeniden Test Güvenilirliği Bulguları

YDB-H ölçeği 38 şizofreni hastasına ve 40 sağlıklı gönüllünün 30'una iki hafta sonra yeniden uygulanmıştır.

Tablo 10'da test-retest korelasyonu bulguları yer almaktadır. YDB-H formunun test-retest korelasyon katsayısı 0.965, YDB-HY formunun test-retest korelasyon katsayısı 0.960 olarak bulunmuştur. Hasta yakını ölçeğinden bahsi geçen üç soru çıkarıldıktan sonraki test-retest korelasyon katsayısı ise 0.959 olarak belirlenmiştir. Ortaya çıkan değerler ölçeklerin test-yeniden test açısından güvenilirliklerinin yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Tablo 10. YDBÖ-H/HY Test-Yeniden Test Korelasyonu Verileri	
Ölçek	Test Tekrar Test Korelasyon
YDB ölçeği- Hasta	0.965**
YDB ölçeği- Hasta Yakını	0.960**
YDB ölçeği- Hasta Yakını*	0.959**

* Üç madde çıkarıldıktan sonraki yeni değerler.

**: $p<0.01$ Pearson Korelasyonu uygulanmıştır.

4.2.1.3. YDB Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyonu Analizi Bulguları

Tablo 11 ve Tablo 12'de her maddeyle YDBÖ-H ve YDBÖ-HY toplam skorları arasındaki korelasyon belirtilmiştir. Tablo 13'te ise YDBÖ-HY ölçeğinden üç soru çıkarıldıktan sonra yeniden değerlendirilen madde-toplam skor korelasyonları belirtilmiştir.

Tablo 11. YDBÖ-H Madde-Toplam Puan Korelasyonları Verileri

Ölçek Maddeleri	Korelasyon Katsayısı	P değeri
Soru 1	0.655	<0.001
Soru 2	0.449	<0.001
Soru 3	0.565	<0.001
Soru 4	0.523	<0.001
Soru 5	0.664	<0.001
Soru 6	0.657	<0.001
Soru 7	0.658	<0.001
Soru 8	0.606	<0.001
Soru 9	0.568	<0.001
Soru 10	0.388	<0.001
Soru 11	0.662	<0.001
Soru 12	0.701	<0.001
Soru 13	0.477	<0.001
Soru 14	0.757	<0.001
Soru 15	0.266	<0.001
Soru 16	0.642	<0.001
Soru 17	0.342	<0.001
Soru 18	0.554	<0.001
Soru 19	0.695	<0.001
Soru 20	0.535	<0.001
Soru 21	0.602	<0.001
Soru 22	0.359	<0.001
Soru 23	0.589	<0.001
Soru 24	0.422	<0.001
Soru 25	0.646	<0.001
Soru 26	0.706	<0.001
Soru 27	0.710	<0.001
Soru 28	0.601	<0.001
Soru 29	0.464	<0.001

Spearman korelasyon uygulanmıştır.

Tablo 12. YDBÖ-HY Madde-Toplam Puan Korelasyonları Verileri

Ölçek Maddeleri	Korelasyon Katsayısı	P değeri
Soru 1	0.731	<0.001
Soru 2	0.645	<0.001
Soru 3	0.684	<0.001
Soru 4	0.547	<0.001
Soru 5	0.530	<0.001
Soru 6	0.727	<0.001
Soru 7	0.732	<0.001
Soru 8	0.195	<0.001
Soru 9	0.676	<0.001
Soru 10	0.672	<0.001
Soru 11	0.631	<0.001
Soru 12	0.467	<0.001
Soru 13	0.633	<0.001
Soru 14	0.048	<0.001
Soru 15	0.346	<0.001
Soru 16	0.601	<0.001
Soru 17	0.769	<0.001
Soru 18	0.723	<0.001
Soru 19	-0.16	<0.001
Soru 20	0.685	<0.001
Soru 21	0.594	<0.001
Soru 22	0.657	<0.001
Soru 23	0.570	<0.001
Soru 24	0.712	<0.001
Soru 25	0.261	<0.001
Soru 26	0.770	<0.001
Soru 27	0.323	<0.001
Soru 28	0.351	<0.001
Soru 29	0.629	<0.001
Soru 30	0.330	<0.001
Soru 31	0.324	<0.001
Soru 32	0.316	<0.001
Soru 33	-0.284	<0.001

Spearman korelasyon uygulanmıştır.

Tablo 13. YDBÖ-HY Üç Madde Çıkarıldıktan Sonra Madde-Toplam Puan Korelasyonları Verileri

Ölçek Maddeleri	Korelasyon Katsayısı	P değeri
Soru 1	0.709	<0.001
Soru 2	0.658	<0.001
Soru 3	0.693	<0.001
Soru 4	0.543	<0.001
Soru 5	0.541	<0.001
Soru 6	0.732	<0.001
Soru 7	0.730	<0.001
Soru 8	0.174	<0.001
Soru 9	0.692	<0.001
Soru 10	0.673	<0.001
Soru 11	0.663	<0.001
Soru 12	0.490	<0.001
Soru 13	0.629	<0.001
Soru 14	0.303	<0.001
Soru 15	0.615	<0.001
Soru 16	0.771	<0.001
Soru 17	0.720	<0.001
Soru 18	0.683	<0.001
Soru 19	0.597	<0.001
Soru 20	0.644	<0.001
Soru 21	0.603	<0.001
Soru 22	0.708	<0.001
Soru 23	0.306	<0.001
Soru 24	0.764	<0.001
Soru 25	0.337	<0.001
Soru 26	0.333	<0.001
Soru 27	0.624	<0.001
Soru 28	0.373	<0.001
Soru 29	0.312	<0.001
Soru 30	0.329	<0.001

Spearman korelasyon uygulanmıştır.

Hasta ölçeğindeki maddeler ve hasta yakını ölçeğindeki maddeler ölçek toplam skorlarıyla genel olarak yüksek korelasyon göstermektedir. Hastalara uygulanan ölçekte maddeler arası total korelasyon 0.266 ile 0.757 arası değişmekteyken, hasta yakınlarının gözlemlerinin değerlendirildiği hasta yakını ölçeğinde maddeler arası total korelasyon 0.770 ile

-0.284 arası değişmektedir ($p<0.001$) Ancak bu güvenilirlik çalışmasında YDBÖ-HY formundaki 14., 19. ve 33. soruların toplam ölçekle düşük korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Üç maddenin çıkarılması sonrası hasta yakını formu yeniden değerlendirilmiş ve total korelasyonun 0.771 ile 0.174 arası değiştiği hesaplanmıştır ($p<0.001$). Genel anlamda tüm bu sonuçlar, testlerin güvenilirliklerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

4.2.2. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları

Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta (YDBÖ-H) ve Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta Yakını (YDBÖ-HY) testlerinin geçerliliğini saptamak amacıyla faktör analizi, benzer ölçek geçerliliği ve ayırt edici geçerlilik sistemleri uygulanmıştır.

4.2.2.1. Faktör Analizi Bulguları

Yapısal geçerliliğini belirlemek amacıyla aynı niteliği değerlendiren değişkenleri ölçmek için bu yöntem uygulanmıştır. YDBÖ-H ve YDBÖ-HY, varimax dönüştürmesiyle birlikte Eigenvalue değerine göre iki faktörlü bir yapı göstermektedir. YDBÖ-H yapısındaki faktör 1 %30.0 , faktör 2 de %18.0'i olmak üzere toplam varyansın %48.0'ini açıklamaktadır. YDB-HY yapısındaki faktör 1 de %31.1, faktör 2 de %20.0 olmak üzere toplam varyansın %51.1'ini açıklamaktadır.

Tablo 14'te YDBÖ-H'deki her bir itemin faktörlere olan faktör yükleri belirtilmiştir.

Tablo 14. YDB Ölçeği İçin Faktör Analizi Bulguları

Madde (n:29)	Faktör 1	Faktör 2
1. Soru	0.783	
5. Soru	0.650	
6. Soru	0.673	
7. Soru	0.741	
9. Soru	0.765	
11. Soru	0.762	
12. Soru	0.787	
14. Soru	0.714	
16. Soru	0.710	
18. Soru	0.460	
19. Soru	0.692	
21. Soru	0.557	
23. Soru	0.696	
25. Soru	0.733	
26. Soru	0.781	
27. Soru	0.677	
2. Soru		0.672
3. Soru		0.641
4. Soru		0.579
8. Soru		0.539
10. Soru		0.650
13. Soru		0.666
15. Soru		0.421
17. Soru		0.601
20. Soru		0.465
22. Soru		0.584
24. Soru		0.538
28. Soru		0.515
29. Soru		0.583

Kaiser normalleştirilmesi yapılarak varimax dönüştürmesi uygulanmıştır.

4.2.2.2. Benzer Ölçek Geçerliliği Bulguları

YDBÖ-H ve YDBÖ-HY bataryalarının benzer ölçek geçerliliğini incelemek amacıyla hastalara uygulanan SAPS ölçeğinin pozitif yapısal düşünce bozukluğu alt maddeleri ile SANS ölçeğinin aloji alt maddeleri kullanılmış olup, faktör analizine göre YDBÖ’de ayrılmış olan negatif YDB ve pozitif YDB alt ölçekleri de değerlendirmeye alınarak tüm ölçekler arası korelasyon analizi uygulanmıştır (Tablo 15). Sağlıklı grup verileri toplam skora dahil edilmemiştir.

Tablo 15. YDBÖ-H/HY, Negatif YDB Alt Ölçeği, Pozitif YDB Alt Ölçeği, SAPS-Pozitif Düşünce Bozukluğu Alt kısmı, SANS-Aloji Alt Kısmı Arasındaki Korelasyon Verileri

Ölçekler		SAPS-Pozitif YDB Alt kısmı	SANS-Aloji Alt Kısmı
YDBÖ-H	r değeri p değeri	0.609* <0.001	0.548* <0.001
YDBÖ-HY	r değeri p değeri	0.573* <0.001	0.456* 0.005
Negatif YDB Alt Ölçeği	r değeri p değeri	0.373* 0.001	0.523* <0.001
Pozitif YDB Alt Ölçeği	r değeri p değeri	0.525* <0.001	0.189 0.093

*: p<0.01 Pearson Korelasyon uygulanmıştır.

YDBÖ-H ile SAPS-Pozitif YDB Alt kısmı ile arasındaki korelasyon katsayısı 0.609 olarak bulunmuş olup testler arasında anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür (p<0.001). YDBÖ-H ile SANS-Aloji Alt kısmı arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.548 olarak hesaplanmış olup pozitif yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren alt maddelere göre daha düşük korelasyon tespit edilmiştir (p<0.001).

YDBÖ-HY ile SAPS-Pozitif YDB Alt kısmı ile arasındaki korelasyon katsayısı 0.573 olarak bulunmuş olup testler arasında anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür ($p<0.001$). YDBÖ-HY ile SANS-Aloji Alt kısmı arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.456 olarak hesaplanmış olup pozitif yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren alt maddelere göre daha düşük korelasyon belirlenmiştir ($p: 0.005$).

Negatif YDB Alt Ölçeği ile SANS-Aloji Alt kısmı arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.523 ($p<0.001$), Pozitif YDB Alt Ölçeği ile SAPS-Pozitif YDB Alt kısmı arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.525 olarak hesaplanmış olup testler arası anlamlı korelasyon olduğu izlenmiştir ($p<0.001$).

4.2.2.3. Ayırt Edici Geçerlilik Bulguları

Geçerlilik çalışmasının ayırt edicilik kısmında Tablo 16’da hasta grubu ve sağlıklı örneklemin YDBÖ-H formuna dair verdikleri puanların karşılaştırılması sunulmuştur. İstatistikte hem test toplam skorları, hem de faktör analizi sonrası belirlenen iki faktör olan negatif YDB ve pozitif YDB alt ölçekleri de karşılaştırılmıştır.

Tablo 16. Hasta ve Kontrol Grubunda YDB Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

YDBÖ ve Alt Ölçekleri	Gruplar	N	Ort. $\pm$ Std. Sapma	p
YDBÖ	Sağlıklı	40	8.20 $\pm$ 6.21	<0.001
	Hasta	80	26.30 $\pm$ 13.62	
Negatif YDB Alt Ölçeği	Sağlıklı	40	5.18 $\pm$ 4.39	<0.001
	Hasta	80	16.75 $\pm$ 9.82	
Pozitif YDB Alt Ölçeği	Sağlıklı	40	3.02 $\pm$ 2.77	<0.001
	Hasta	80	9.55 $\pm$ 6.21	

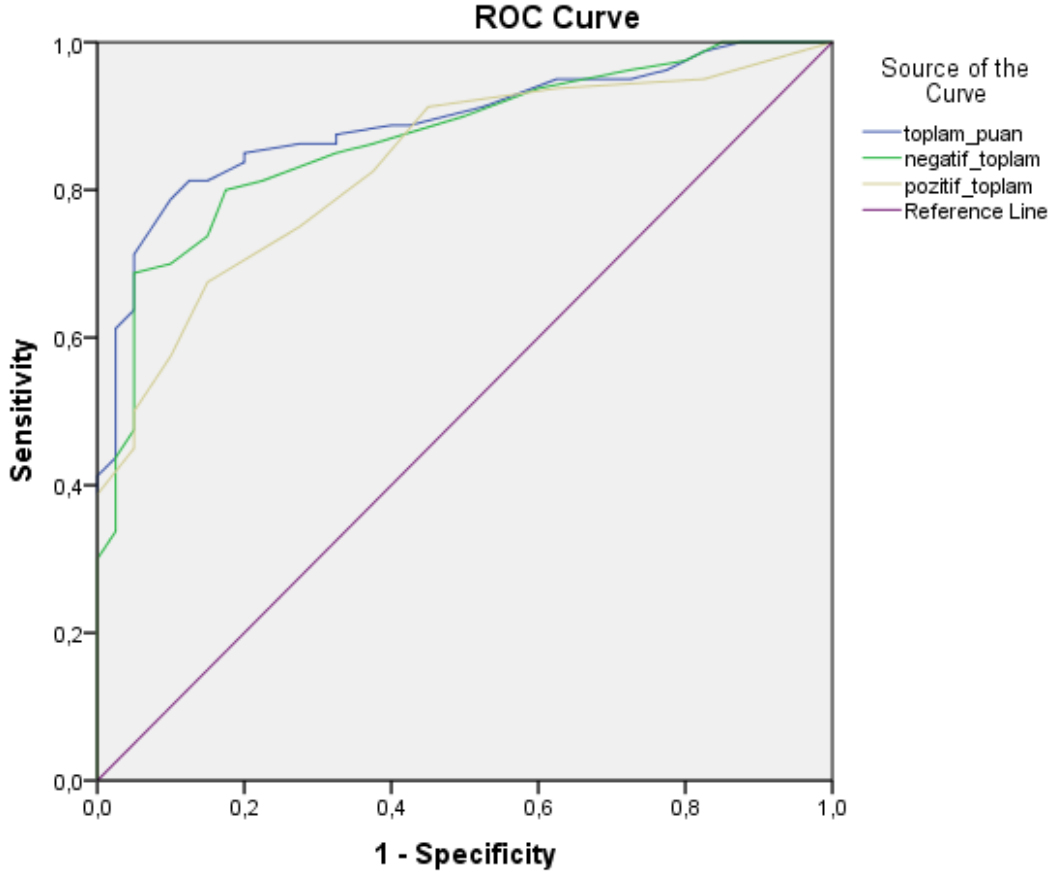
Bağımsız Gruplar t-testi uygulanmıştır.

Sağlıklı örneklemin doldurduğu YDBÖ puanlarının ortalaması 8.20 ± 6.21 iken, hasta örnekleminin doldurduğu YDBÖ ortalaması 26.30 ± 13.62 'ydi. Hastaların YDBÖ'nde aldığı puanlar sağlıklı gruba göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.001$).

Sağlıklı örneklemin doldurduğu Negatif YDB Alt Ölçeği puanlarının ortalaması 5.18 ± 4.39 iken, hasta örnekleminin doldurduğu Negatif YDB Alt Ölçeği puanlarının ortalaması 16.75 ± 9.82 'ydi. Hastaların Negatif YDB Alt Ölçeği'nde aldığı puanlar sağlıklı gruba göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.001$).

Sağlıklı örneklemin doldurduğu Pozitif YDB Alt Ölçeği puanlarının ortalaması 3.02 ± 2.77 iken, hasta örnekleminin doldurduğu Pozitif YDB Alt Ölçeği puanlarının ortalaması 9.55 ± 6.21 'di. Hastaların Pozitif YDB Alt Ölçeği'nde aldığı puanlar sağlıklı gruba göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.001$).

Şekil.1. Hasta ve Kontrollerde YDBÖ, Pozitif YDB ve Negatif YDB toplam puanlarının ROC Analizi Eğrileri



Eğri altında kalan alanlar toplam ölçek puanı için 0.890, negatif alt ölçek puanı için 0.868 ve pozitif alt ölçek için toplam puanı için 0.833 olup, hasta grubu ve kontroller arasında anlamlı ayırt edicilik tespit edilmiştir ($p < 0.001$). Toplam ölçek puanı kesim değeri ise 16 ve üstü olarak saptanmıştır.

4.2.2.4. YDBÖ-H ile YDBÖ-HY Arası Geçerlilik Sonucu

YDBÖ-H ve YDBÖ-HY formlarının kendi arasındaki ölçek geçerliliği değerlendirilmiş olup korelasyon katsayısı 0.791 olarak ölçülmüştür ve iki ölçeğin geçerliliğinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.01$).

4.3. Hasta Örnekleminin SANS, SAPS ve Alt Ölçeklerdeki Toplam Puan Verileri

Hasta örneklemindeki katılımcılara, hem hastaların klinik durumunu anlamak hem de çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin klinik şiddet belirleyiciliğini karşılaştırmak amacıyla SANS ve SAPS bataryaları uygulanmıştır. Bu ölçekler pozitif ve negatif klinik psikopatolojiyi ortaya koyan iki test olmakla beraber Tablo 17’de gösterildiği gibi alt maddelere sahiptir.

Tablo 17. Hasta Grubunun SANS, SAPS ve Alt Ölçeklerdeki Toplam Skor Verileri

Ölçekler ve Alt Grup Toplam Skorlar	Ort.±Std. Sapma
SAPS-Varsanı Global Değerlendirme Skoru	1.19±1.15
SAPS-Varsanı Alt Ölçek Toplam Puanı	5.91±6.88
SAPS-Sanrı Global Değerlendirme Skoru	1.52±0.90
SAPS-Sanrı Alt Ölçek Toplam Puanı	12.42±10.21
SAPS-Garip Davranış Global Değerlendirme Skoru	1.56±0.81
SAPS-Garip Davranış Alt Ölçek Toplam Puanı	6.34±3.95
SAPS-Pozitif YDB Global Değerlendirme Skoru	1.85±0.83
SAPS-Pozitif YDB Alt Ölçek Toplam Puanı	11.84±6.80
SAPS-Uygunsuz Duygulanım	1.65±1.02
SAPS Toplam Skoru	38.12±23.77
SANS-Duygulanımda Düzleşme/Küntleşme Global Değ. Skoru	1.89±0.95
SANS-Duyg. Düzleşme/Küntleşme Alt Ölçek Top. Puanı	11.18±6.75
SANS-Aloji Global Değerlendirme Skoru	1.88±0.80
SANS-Aloji Alt Ölçek Toplam Puanı	7.74±3.79
SANS-Enerji ve İsteğin Azalması Global Değerlendirme Skoru	2.05±0.93
SANS-Enerji ve İsteğin Azalması Alt Ölçek Toplam Puanı	7.84±3.84
SANS-Zevk Almama/Toplumsal Çekilme Global Değ. Skoru	2.18±0.87
SANS-Zevk Almama/Toplumsal Çekilme Alt Ölçek Top. Puanı	10.08±4.08
SANS-Dikkat Global Değerlendirme Skoru	2.36±0.96
SANS-Dikkat Alt Ölçek Toplam Puanı	7.08±2.80
SANS Toplam Skoru	44.18±17.89

Global değerlendirme skorları, alt ölçek toplam puanları ve tüm test toplam puanları araştırmada kullanılmıştır. Soruların puanlaması; ‘yok’, ‘şüpheli’, ‘hafif’, ‘orta’, ‘belirgin’ ve ‘şiddetli’ şeklindeki skorldama dahilinde sıfır ile beş puan arası yapılmaktadır. Global değerlendirme skoru da her alt madde için yine sıfır ile beş puan arası verilmektedir.

SAPS’ın pozitif yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren ve çalışmamızla bağlantısı yüksek olan alt ölçeğinin global değerlendirme skoru 1.85 ± 0.83 , alt ölçek toplam skoru ise 11.84 ± 6.80 ’dir. SAPS toplam skoru ise 38.12 ± 23.77 ’dir.

SANS’ın alojiyi değerlendiren ve çalışmamızla bağlantısı yüksek olan alt ölçeğinin global değerlendirme skoru 1.88 ± 0.80 , alt ölçek toplam skoru ise 7.74 ± 3.79 ’dur. SANS toplam skoru ise 44.18 ± 17.89 ’dur.

5. TARTIŞMA

Düşünce bozuklukları birçok psikiyatrik hastalıkta görülebilse de klinik yansıma hastalığın tipine ve hastalığın şiddetine göre değişebilmektedir. Yapısal düşünce bozukluğu, düşünce süreci ve akışındaki sapmaları içerisinde barındırmaktadır ancak kavramın net sınırlarının çizilmesi adına son zamanlarda hem görüntüleme çalışmaları hem de klinik bataryalarla kantitatif değerlendirme çabaları artış göstermiştir. YDB genel olarak pozitif YDB ve negatif YDB olarak ayrılabilir. Çalışmamızda daha önceden bahsedildiği üzere günümüz modern yaklaşımlarından çok daha önce de yapısal düşünce bozukluğunun hastaların klinik durumunu, psikososyal işlevselliğini, tedaviye katılımını ve genel iletişimini etkilediğini fark eden araştırmacılar bu konuya eğilmiş ve güncel araştırmaların önünü açmıştır.

Yapısal düşünce bozukluğu psikiyatrik hastalıklarda görülebilen bir tablodur. Dokuz Eylül Üniversitesi'nin araştırmacılarının da katıldığı, şizofreni hastaları ve bipolar bozukluk hastalarında YDB'yi karşılaştıran bir metaanaliz çalışmasında, pozitif YDB'nin şiddeti konusunda şizofreni ile psikotik özellikli manik epizod içeren bipolar bozukluk tablosu arasında nicel farkın bulunmadığı görülmüştür. Bununla birlikte klinik olarak stabil giden hastaların karşılaştırılmasında şizofreni hastalarında pozitif YDB'nin bipolar bozukluğa göre daha ciddi seyrettiği izlenmiştir (91). Bunun olası sebeplerinden bir tanesi dopaminerjik anormalliklerin olabileceği ve bu nedenle psikotik bir tabloyu da içeren manik atağın şizofreniye benzer pozitif YDB ciddiyeti gösterdiği önceki çalışmalarda belirtilmiştir (92).

Bilişsel bozukluklar ile yapısal düşünce bozukluğu beraber görülebildiği gibi birbirini etkileyebilen problemler olarak da görülebilir. Global nörokognisyon ile genel YDB arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında; yürütücü işlev bozukluğu, semantik anormallikler ve nörokognitif defisitler gibi nörokognitif sorunların hem negatif hem de pozitif YDB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak sözdizimsel (sentaktik) anlama sorunlarının pozitif YDB ile daha güçlü ilişkisi olduğu da belirtilmiştir. Yürütücü işlevlerden planlama ve çalışma belleğinin beraber etkilendiği durumlar hem negatif hem pozitif YDB'de görülebilirken; inhibisyon daha çok pozitif YDB ile, akıcılıktaki aksamalar ise daha çok negatif YDB ile ilişkili görünmektedir. YDB hastalarının nörokognitif belirtileri, hastalarda frontal etkilenmeyi düşündürmektedir (93).

YDB fenomeninin yaygın bir tablo olması yanında şizofreniye özgü bazı özellikler gösterdiği görülmektedir. Bilişsel verilere yansıyan klinik de, hastaların tedavi süreçlerinin yönetilmesi ve genel işlevselliğin yükseltilmesi çabalarında YDB'nin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Alvaro Barrera tarafından oluşturulan Formal Thought Disorder Scale-Self ve hastanın klinik durumu ile ilgili gözlemlerini objektif olarak ifade edebilecek, belirli bir süredir hastanın yanında bulunan kişilere uygulanan Formal Thought Disorder Scale-Other testlerinin iyi derecede iç tutarlılık, test-yeniden test güvenilirliği gösterdiği ve ölçek geçerliliklerinin yüksek olduğu yazarın çalışmasında belirtilmiştir (88). Hasta yakını kavramı için A. Barrera'nın uygulamasında klinik duruma en az üç aydır şahit olma şartı getirilmiş ve bu kişilerin hastanın aile bireyleri olabildiği gibi hastane yatışlarında olguyu takip etmiş olan hemşire veya hastanın primer hekiminin de olabileceği ifade edilmiştir. Bizim çalışmamıza ise hastanın kliniğine uzun zamandır tanık olan, mümkünse hastayla ikamet eden, poliklinik başvurularında ve servis yatışlarında hastaya refakatçilik yapan erişkin aile bireyleri alınmıştır.

Bu çalışmada Yapısal Düşünce Bozukluğu Hasta ve Hasta Yakını Ölçeklerinin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik araştırması yapılmış olup ölçeklerin dilimize kazandırılması sonrası psikiyatri kliniklerinde kullanılması amaçlanmıştır.

Çalışmada DSM-5 ve SCID-1 tanısal görüşmeleri ve muayeneleri sonrası şizofreni tanısında karmaşa bulunmayan 80 hastanın yanı sıra 37 hasta yakını ve 40 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu katılımcısının verileri değerlendirilmiştir.

Hasta grubu ile sağlıklı örneklemin medeni durumlarının karşılaştırılmasında, evli olma oranının hastalarda anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 5). Hasta grubunda eş ve/veya çocukla yaşama oranı sağlıklı gruba göre anlamlı derece düşüken, ebeveyn ve/veya kardeşle yaşama oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.001$) (Tablo 6). Tüm bu durumlar hastaların bekar, dul veya boşanmış olma oranlarının yüksekliğini, olası bakım ihtiyaçlarından dolayı üst kuşak ilişkilerinin ikamet anlamında devam ettiğini ve hastalığın sosyal hayata negatif yöndeki yansımaları gösterebilir.

Çalışmamızda gruplar arası yaş karşılaştırmasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen ($p<0.186$) (Tablo 4), hasta grubunda aktif meslek sahibi olma ya da

Çalışma durumunun sağlıklı gruptan anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 7). Bu durum hastalığın mesleki işlevsellik üzerine olan olumsuz yansımamı dşndrebilir.

Araştırmamızda YDB-H/HY leklerinin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach alfa ve sınıf içi korelasyon katsayıları (ICC) hesaplanıp iç tutarlılık analizi yapılmış olup, ayrıca test-yeniden test korelasyonu ve madde-toplam puan korelasyonu ölçülmüştür.

YDB-H leğinin analizinde Cronbach α değeri 0.939, YDB-HY leğinin ise 0.923 olarak bulunmuştur. Otuz üç sorudan oluşan hasta yakını leğinin tüm maddelerinin korelasyonu incelendiğinde 14., 19. ve 33. soruların korelasyonunun testin geneliyle karşılaştırıldığında düşük olduğunun belirlenmesi sonrası üç soru çıkarıldıktan sonra yinelenen Cronbach α değeri 0.937'ye yükselmiştir. Hasta yakınlarının özbildirim temelli leği doldururken bu soruları anlamakta zorlandığı, dolayısıyla gerçeğe uygun yanıt verememiş olabileceği ihtimali çalışmamızın en başında dikkat çekmiştir. Bu leklerin klinikte pratik ve hızlı olarak uygulanabilir olması ve araştırmak istenen bilgiyi doğru yansıtabilmesi hem bilimsel anlamda hem de erken müdahale ve klinik takip süreçlerinde önemlidir.

YDB-H leğinin sınıf içi korelasyon katsayısı 0.975, YDB-HY leğinin ise 0.960 olarak tespit edilmiştir. Üç soru çıkarıldıktan sonra YDB-HY leğinin yeni korelasyon katsayısının 0.968 olarak ölçülmüştür. Ölçeklerin güvenilirliğinin önemli bir parçası olan iç tutarlılık değerleri olan Cronbach α ve ICC değerlerinin yüksek olması, formların güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Güvenilirlik çalışmasında 80 şizofreni hastasının 38'ine, 40 sağlıklı gönüllünün 30'una ve 37 hasta yakınının 24'ne uygulanan formlar ortalama iki hafta sonra katılımcılara yeniden uygulanmıştır. YDB-H formunun test-yeniden test korelasyon katsayısı 0.965, YDB-HY formunun test-yeniden test korelasyon katsayısı 0.960, YDB-HY'nin üç soru çıkarıldıktan sonraki test-yeniden korelasyon katsayısı ise 0.959 olarak bulunmuştur. Pearson korelasyonu ile analiz edilen değerlerin hesaplamasında $p<0.01$ olarak alınmıştır. Tüm bu değerler, ölçeklerin test-yeniden test güvenilirliklerinin oldukça yüksek olduğunu ispatlar niteliktedir.

İki ölçeğin madde-toplam puan korelasyon analizi Spearman korelasyonuyla yapılmıştır. YDB-H formunun maddeler arası total korelasyonunun 0.266 ile 0.757 arasında değiştiği,

YDBÖ-HY formunun maddeler arası total korelasyonunun ise -0.284 ile 0.770 arası değiştiği analiz edilmiştir ($p<0.001$). Üç soru çıkarıldıktan sonra yapılan yeni analizde hasta yakını formunun maddeler arası total korelasyonunun 0.174 ile 0.771 arası değiştiği görülmüş olup ($p<0.001$), tüm bu veriler incelendiğinde ölçeklerin madde-toplam skor korelasyonlarının ve dolayısıyla güvenilirliklerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Bir ölçeğin yüksek derecede güvenilir olması, aynı zamanda geçerli olduğunu göstermez. Bu nedenle ölçeklere detaylı geçerlilik analizi de yapılmalıdır. Ölçeklerimizin geçerlilik analizinde faktör analizi, SAPS ve SANS formları ve alt ölçek maddeleriyle çalışılarak benzer ölçek geçerliliği ve hasta grubu ile sağlıklı grubun karşılaştırıldığı ayırt edici geçerlilik analizleri yapılmıştır.

Ölçeğimizin yapısal geçerliliğini saptamak için faktör analizi uygulanmış olup, yapılan çalışmada YDBÖ-H ve YDBÖ-HY formlarının iki faktörlü yapı gösterdiği ortaya koyulmuştur. Kaiser normalizasyonu ile varimax dönüşümü sonrası ortaya çıkan faktör yapısının kısaca faktör 1 (negatif YDB) ve faktör 2 (pozitif YDB) olduğu söylenebilir. YDBÖ-H formunun ilk faktörü ölçek toplam varyansının %30.0'unu, ikinci faktörü ise %18.0'ini açıklamaktaydı. YDBÖ-HY'nin ise ilk faktörü ölçek toplam varyansının %31.1'ini, ikinci faktörü ise %20.0'sini açıklamaktaydı. Hasta formunda faktörlerin toplam varyansın %48.0'ini, hasta yakını formunda ise faktörlerin toplam varyansın %51.1'ini açıklaması sebebiyle, ayrıca genel olarak formların faktör analizi geçerlilik çalışmalarında %40'ın üstünde olan değerlerin önemli kabul edilmesini de baz alarak; ölçeklerimizin geçerliliğinin oldukça yüksek olduğu sonucunu ifade edebilmekteyiz.

Hastalara uygulanan YDB ölçeğini negatif YDB ve pozitif YDB olarak alt ölçeklere ayırabilmemiz formların klinik kullanımları açısından önemlidir. Ölçeğin 1., 5., 6., 7., 9., 11., 12., 14., 16., 18., 19., 21., 23., 25., 26. ve 27. maddeleri negatif YDB'yi; 2., 3., 4., 8., 10., 13., 15., 17., 20., 22., 24., 28., ve 29. maddeleri ise pozitif YDB'yi temsil etmektedir. Bu ayırım, testin genel kullanışı ile beraber hastaların mevcut klinik durumuna göre ayrı ayrı da değerlendirilerek erken müdahale ve klinik takip sürecinin detaylarını belirleme konusunda klinisyenlere ve araştırmacılara yardımcı olabilir.

Geçerlilik çalışmalarının önemli bir kısmını oluşturan benzer ölçek geçerliliği çalışmasında SAPS ve SANS bataryaları ile bu ölçeklerin alt maddeleri ve alt madde global değerlendirme skorları ve alt madde total skorları analize dahil edilmiştir. Pearson korelasyon analizi sonrası YDBÖ-H'nin SAPS alt kısmı olan pozitif yapısal düşünce bozukluğu maddeleri ile olan korelasyon katsayısının 0.609, SANS alt kısmı olan aloji maddeleri ile olan korelasyon katsayısının 0.548 olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). YDBÖ-HY'nin SAPS alt kısmı olan pozitif yapısal düşünce bozukluğu maddeleri ile olan korelasyon katsayısının 0.573, SANS alt kısmı olan aloji maddeleri ile olan korelasyon katsayısının 0.456 olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Ölçeğimizin iki faktörlü yapısının ilk faktörü olan negatif YDB alt ölçeği ile SANS-Aloji alt kısım maddeleri arasındaki korelasyon katsayısı 0.523, ölçeğimizin ikinci faktörü olan pozitif YDB alt ölçeği ile SAPS-Pozitif YDB alt kısım maddeleri arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.525 olarak hesaplanmıştır ($p<0.001$). Tüm bu veriler beraber düşünülünce ölçeklerimizin benzer ölçek geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar, testlerimizin ölçmek istediği ana temaları ölçebilme gücünün yüksekliğini de göstermektedir.

YDB Ölçeğinin geçerlilik çalışmasının son kısmı olan ayırt edici geçerlilik araştırması için testin ve alt ölçeklerinin hasta ve sağlıklı gruptaki puansal karşılıkları bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir.

YDB Ölçek karşılaştırmasında sağlıklı grup puanı 8.20 ± 6.21 , hasta grup puanı ise 26.30 ± 13.62 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğimizin alt ölçeği olan negatif YDB puanları sağlıklı grupta 5.18 ± 4.39 , hasta grubunda 16.75 ± 9.82 ; pozitif YDB puanları sağlıklı grupta 3.02 ± 2.77 , hasta grubunda ise 9.55 ± 6.21 olarak ölçülmüştür. Tüm hesaplamalarda $p<0.001$ olarak anlamlı düzeyde hasta grubunu sağlıklı örneklemden ayırmaktaydı. Çalışmanın ROC Analizi de yapılmış olup, toplam ölçek puanı kesim değeri 16 olarak ölçülmüştür. Tüm bu veriler, ölçeklerimizin ayırt edici olduğunu ve klinik uygulamadaki işlevselliği açısından geçerli testler olduğunu göstermektedir.

Çalışmasını yaptığımız iki ölçek olan YDBÖ-H ile YDBÖ-HY'nin kendi arasındaki geçerlilik korelasyon katsayısı ise 0.791 olarak tespit edilmiş olup ve testler arası anlamlı geçerlilik olduğu anlaşılmıştır ($p<0.01$). Bu nedenle ölçekler hasta ve hasta yakınlarının gözlemlerinin korelasyonu açısından da değerlidir.

Araştırmamızda hastalara uyguladığımız SAPS ve SANS puanları da ölçekte değerlendirdiğimiz kliniğe uygun sonuçlar vermiştir. Genel skortama anlamında hastalarımızın SAPS-Pozitif YDB alt ölçek puanı 11.84 ± 6.80 , SAPS toplam skoru ise 38.12 ± 23.77 'dir. Hastalarımızın SANS-Aloji alt ölçek puanı 7.74 ± 3.79 , SANS toplam skoru ise 44.18 ± 17.89 'dur. Klinik şiddet belirleyicisi örneği olarak kullandığımız SAPS ve SANS skorları, ölçeğimizle benzer hasta puanları ifadesiyle çalışmamızın anlamlılığını göstermektedir.

Kısıtlılıklar:

Çalışmamızdaki analiz sonuçları her ne kadar oldukça yüksek istatistiki anlamlılık içerse de, Dünya Sağlık Örgütü'nün SARS-Cov-2 virüsünün pandemi sebebi olduğunu bildirmesi sürecinde araştırmamızın yapıldığı klinikte hasta ve hasta yakını başvuru oranlarında düşüş yaşandığı için, göreceli olarak öngörülenden daha az katılımcı çalışmaya dahil edilebilmiştir. Ayrıca çalışmamız sadece hasta grubunu değil, hasta yakınlarını da içerdiğinden, klinik başvurularında çoğul teması azaltmak amacıyla hastaların tekil başvuru oranlarının artmasıyla beraber geniş katılımlı talebimiz tam olarak karşılanmamıştır. Özbildirim temelli olan ölçeklerimizin uygulanması fiziki başvuru ve ek zaman gerektirmektedir. Bu durumun temas ve viral yükü artırması ihtimali nedeniyle çalışmamızın örnekleme planlanandan daha düşük bir örneklem ile gerçekleştirilmiştir.

Şizofreni hastalarında uyguladığımız çalışmanın bir diğer kısıtlılığı ise özbildirim esasına dayanan bir ölçeğin kişinin onayından geçmesi kadar hastanın bu ölçeği doldurabilecek bilişsel yetilere anlık olarak sahip olabilmesi gerekliliğidir. Akut atakta olan, içgörüsü zayıf, persekütif doğada kliniğe sahip hastaların bir kısmının çalışmamıza doğal olarak alınamaması, hastalığın tüm klinik spektrumundaki durumları anlama ve bu durumları ortak bir havuzda yorumlama konusunda eksiklik getirmektedir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde psikoz grubu hastalar için özel polikliniklerin bulunması ve randevu sistemi dahil her türlü düzenlemenin öğretim üyesi kontrolünde hasta ve hekim işbirliğinde yapılıyor olması, tedavi uyumu ve düzeni anlamında olumlu bir etki yaratarak yukarıda bahsedilen kısıtlılıkları kısmen azaltabilmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapısal düşünce bozukluğunun değerlendirildiği formların Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermiştir. Düşünce bozukluğu ve çalışmamızın ana teması olan yapısal düşünce bozukluğu kavramları geniş ve çok boyutlu bir yapıdadır. Düşünce bozukluğunu değerlendirmek için şimdiye kadar geliştirilen ölçekler düşünce bozukluklarını dilbilim, dildışı-paralinguistik sorunlar, nörokognisyon, pozitif düşünce bozukluğu, negatif düşünce bozukluğu, pragmatik gibi farklı yönlerden değerlendirmiştir ancak tüm alanları kapsayabilen bir değerlendirme ölçeği yapmak güçtür. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında ölçeklerin genel heterojenitesi, sonuçların sebepler ile birlikte değerlendirilmesini de zorlaştırmaktadır.

Yapısal düşünce bozukluğu şizofreni hastalarının akrabalarında da ortaya çıkabilmektedir ve bu nedenden dolayı önemli bir genetik bileşen olarak düşünülmektedir (94). Tek başına olmasa bile diğer psikoz risk faktörleri ile beraber değerlendirildiğinde, oluşabilecek bir psikotik tabloyu tespit etmede genel olarak düşünce bozukluğu kavramları faydalı olabilir. Bu nedenle düşünce bozukluğu, psikozda erken müdahale çalışmaları için hedeflerden biri olarak değerlendirilebilir. Yapısal düşünce bozukluğu farklı yansımalarıyla beraber diğer psikiyatrik hastalıklarda da görülebildiğinden tüm psikiyatri pratiğinde kullanılabilir bir değer olarak kliniklerde yer alabilir.

Sebat eden düşünce bozukluğunun, zayıf sosyal ve mesleki işlevsellikle olan ilişkisi ve nüksü öngördürebilmesinden dolayı tedavi planlaması için daha geniş klinik çalışmalara ihtiyaç vardır (95). Düşünce bozukluğu sadece şizofrenide değil diğer psikiyatrik hastalıklarda ve hatta sağlıklı bireylerde de görülebilmektedir. Farklı psikiyatrik hastalıklarda düşünce bozukluğu alanlarının nasıl etkilendiğini belirlemek, hastalıkların patofizyolojisini anlamamıza katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak yapısal düşünce bozukluğu ölçeklerinin, şizofreni hastalarında görülebilen yapısal düşünce bozukluğunu ve hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili gözlemlerinin değerlendirilebildiği geçerli bir ölçüm sistemi olduğu anlaşılmıştır. Ölçeklerin klinik şiddeti ölçen diğer araçlarla korele sonuçlar verdiği, hastaların klinik takibiyle beraber erken müdahale aşamalarında ve çevre anamnezi etkinliğinde kullanılabileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

- (1) Brüne M, Ebert A, (2011). From Social Neurons to Social Cognition: Implications for Schizophrenia Research. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 24:58-68
- (2) Barrera A, McKenna PJ, Berrios GE. Formal thought disorder, neuropsychology and insight in schizophrenia. *Psychopathology* 2009; 42:264-269.
- (3) Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSMIV-TR). Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000, E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
- (4) Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci baskı (DSM5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, 2013, E- Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
- (5) Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. MO Öztürk, B Uluğ (Çev. Ed.), Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993
- (6) Goldberg TE, Aloia MS, Gourovitch ML, Missar D, Pickar D, Weinberger DR. Cognitive substrates of thought disorder, I: The semantic system. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1671-1676.
- (7) Holshausen K, Harvey PD, Elvevag B, Foltz PW, Bowie CR. Latent semantic variables are associated with formal thought disorder and adaptive behavior in older inpatients with schizophrenia. *Cortex* 2014; 55:88-96.
- (8) Radanovic MRT, Valiengo LL, Gattaz WF, Forlenza OV. Formal thought disorder and language impairment in schizophrenia. *Arq Neuropsiquiatr* 2013; 71:55-60.
- (9) Pearlson GD. Superior temporal gyrus and planum temporale in schizophrenia: a selective review *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1997; 21:1203-1229
- (10) McGuire, P.K., Quisted, D.J., Spence, S.A., Murray, R.M., Frith, C.D., Liddle, P.F., 1998. Pathophysiology of 'positive' thought disorder in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 173, 231–235

- (11) Kircher, T.T.J., Liddle, P.F., Brammer, M.J., Williams, S.C.R., Murray, R.M., McGuire, P.K., 2001. Neural correlates of formal thought disorder in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 58, 769–774.
- (12) Levitt, J.J., McCarley, R.W., Nestor, P.G., Petrescu, C., Donnino, R., Hirayasu, Y., Kikinis, R., Jolesz, F.A., Shenton, M.E., 1999. Quantitative volumetric MRI study of the cerebellum and vermis in schizophrenia: clinical and cognitive correlates. *American Journal of Psychiatry* 156, 1105–1107.
- (13) Schultz SK, Miller DD, Oliver SE, Arndt S, Flaum M, Andreasen NC. The life course of schizophrenia: age and symptom dimensions. *Schizophr Res* 1997; 23:15-23.
- (14) Halis Ulaş, Köksal Alptekin, Deniz Özbay, Berna Binnur Akdede, Emre Çakır, Mevhibe Tümüklü, Selçuk Şimşek, Haluk Arkar, Yıldız Akvardar; Düşünce ve Dil Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması; *Klinik Psikiyatri* 2007;10:77-85
- (15) Mete L, Doğaner I, Erol A ve ark. (1993) Şizofrenide ve manide düşünce bozukluğunun doğası. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4:3-7.
- (16) Liddle PF, Ngan ETC, Caissie SL, Anderson CM, Bates AT, QuestedDJ, et al. Thought and language index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *Br J Psychiatry* (2002) 181:326–30.
- (17) Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City: The University of Iowa Press (1983).
- (18) Johnston MH, Holzman PS. *Assessing Schizophrenic Thinking*. San Francisco: Jossey-Bass (1979).
- (19) Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophr Bul.* (2007) 33:108–112.
- (20) Alvaro Barrera, Peter J. McKenna, German E. Berrios; Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research* 157 (2008) 225-234
- (21) Soyğür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.) (2007) Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

- (22) Öztürk O, Uluşahin A, (2015) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Bayt yayın hizmetleri, Ankara.
- (23) Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P., & Somers, J. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 833-843.
- (24) Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (1), 40
- (25) Aleman, A., Kahn, R. S., & Selten, J. P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 60(6), 565-571.
- (26) Kaplan H. Şizofreni. Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004
- (27) Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007
- (28) McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*, 2(1), 13
- (29) McGrath, J. J. (2006). Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), 195-197.
- (30) Brown, A. S. (2006). Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 32(2), 200-202.
- (31) Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.
- (32) Esquirol E. Des Maladies Mentales Considérées sous les rapports médical, Hygiénique et Médico-Legal. Paris: Baillière (1838).
- (33) Guislain J. Leçons Orales sur les Phrénopathies. Gand: L. Hebbelynck (1852).
- (34) Griesinger W. Mental Pathology and Therapeutics. New York: Hafner Publishing Company (1867).

- (35) Hecker E. Die Hebeephrenie. (trans. M.L. Schoelly), ed. M.J. Sedler. *Am J Psychiatry* (1985) 142:1265–127.
- (36) Ségla J. Les Troubles du Langage chez les Aliénés. Paris: Ed. Rueff (1892).
- (37) Masselon R. La Démence Précoce. Paris: L. Boyer (1902). p. 87–93.
- (38) Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. 8th Edn. Edinburgh: Livingstone (1919).
- (39) Oyebo F. Sims' Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathology. London: Elsevier Health Sciences (2014). p. 167–8.
- (40) Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. In: Zinkin J, editor. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* New York, NY: International Universities Press (1950).
- (41) Babcock H. *Dementia Praecox*. New York: Science Press (1933).
- (42) Fish F. *Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry*. Bristol: John Wright & Sons (1967).
- (43) Sims A. *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*. London: Saunders (1988).
- (44) Goldstein K. *Methodological Approach to the study of Schizophrenic Thought Disorder*. In: Kassin JS, editor. *Language and Thought in Schizophrenia*. New York, NY: The Norton Library (1944). pp. 133–65
- (45) Hamilton M. Fish's *Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry*. Bristol: John Wright & Sons (1974).
- (46) Cameron N. *Experimental analysis of schizophrenic thinking*. In: Kassin JS, editor. *Language and Thought in Schizophrenia*. New York, NY: The Norton Library (1944). p. 17-39.
- (47) Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie*. Stuttgart: Thieme Verlag (1958).
- (48) Melo JC. O conceito de pensamento paleológico segundo Arieti. *Psilogos* (2005) 2:75–81.

- (49) Andreasen NC. Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Arch Gen Psychiatry* (1979) 36:1315–21.
- (50) Andreasen NC. Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC). *Schizophr Bull.* (1985) 12:473–82.
- (51) Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: The University of Iowa Press (1983).
- (52) Andreasen NC, Grove WM. Thought, language, and communication in schizophrenia: diagnosis and prognosis. *Schizophr Bull.* (1986) 12:348–59.
- (53) Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. 4th edition. Washington: American Psychiatric Association (1994). p. 276
- (54) Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. 5th edition. Washington: American Psychiatric Association (2013).
- (55) Roche E, Creed L, MacMahon D, Brennan D, Clarke M. The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: a systematic review. *Schizophr Bull.* (2015) 41:951–62.
- (56) Kircher T, Bröhl H, Meier F, Engelen J. Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *Lancet Psychiatry* (2018) 5:515–26.
- (57) Crow TJ. Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language. *Trends Neurosci.* (1997) 20:339–43.
- (58) Crow TJ. The torque defines the four quadrants of the human language circuit and the nuclear symptoms of schizophrenia identify their component functions. In: Stemmer B, Whitaker HA, editors. *Handbook of the Neuroscience of Language*. San Diego, CA: Academic Press (2008). p. 299–307.
- (59) F. W. Sabb et al., “Language network dysfunction as a predictor of outcome in youth at clinical high risk for psychosis,” *Schizophr. Res.*, vol. 116, no. 2–3, pp. 173–183, 2010
- (60) A. Demjaha et al., “Formal thought disorder in people at ultra-high risk of psychosis,” *BJPsych Open*, vol. 3, no. 4, pp. 165–170, 2017

- (61) D. L. Levy et al., "The genetic basis of thought disorder and language and communication disturbances in schizophrenia," *J. Neurolinguistics*, vol. 23, no. 3, pp. 176–192, 2010
- (62) A. Ayer et al., "Formal thought disorder in first-episode psychosis," *Compr. Psychiatry*, vol. 70, pp. 209–215, 2016
- (63) E. Roche et al., "The prognostic value of formal thought disorder following first episode psychosis," *Schizophr. Res.*, vol. 178, no. 1–3, pp. 29–34, 2016
- (64) J. A. Wilcox, "Thought disorder and relapse in schizophrenia," *Psychopathology*, vol. 23, no. 3, pp. 153–156, 1990
- (65) A. N.C. and G. W.M., "Thought, language, and communication in schizophrenia: diagnosis and prognosis.," *Schizophr. Bull.*, vol. 12, no. 3, pp. 348–359, 1986
- (66) B. Yalınçetin, H. Ulaş, L. Var, T. Binbay, B. B. Akdede, and K. Alptekin, "Relation of formal thought disorder to symptomatic remission and social functioning in schizophrenia," *Compr. Psychiatry*, vol. 70, pp. 98–104, 2016
- (67) H. E. Spohn, L. Coyne, J. Larson, F. Mittleman, J. Spray, and K. Hayes, "Episodic and residual thought pathology in chronic schizophrenics: effect of neuroleptics.," *Schizophr. Bull.*, vol. 12, no. 3, pp. 394–407, 1986
- (68) Alvaro Barrera, Peter J. McKenna, German E. Berrios; Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research* 157 (2008) 225
- (69) Andreasen, N.C., 1979a. Thought, language, and communication disorders I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry* 36, 1315–1321.
- (70) Andreasen, N.C., 1979b. Thought, language, and communication disorders. II: diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry*. 36, 1325–2330.
- (71) Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., Clark, S.C., Gorman, J.M., 1994. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood. *Archives of General Psychiatry* 51, 826–836.
- (72) Thomas, P., 1995. Thought disorder or communication disorder. Linguistic science provides a new approach. *British Journal of Psychiatry* 166, 287–290.

- (73) Alvaro Barrera, Peter J. McKenna, German E. Berrios; Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research* 157 (2008) 228-229.
- (74) Levinson, S.C., 1983. *Pragmatics*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 263–276.
- (75) Harrow, M., Jobe, T.H., Herbener, E.S., Goldberg, J.F., Kaplan, K.J., 2004. Thought disorder in schizophrenia: working memory and impaired context. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192, 3–11.
- (76) Alvaro Barrera, Peter J. McKenna, German E. Berrios; Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research* 157 (2008) 231.
- (77) Byrne, M.E., Crowe, T.A., Griffin, P.S., 1998. Pragmatic language behaviours of adults diagnosed with chronic schizophrenia. *Psychological Reports* 83, 835–846.
- (78) Persons, J.B., Baron, J., 1985. Processes underlying formal thought disorder in psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 173, 667–676.
- (79) Goldberg, T.E., Aloia, M.S., Gourovitch, M.L., Missar, D., Pickar, D., Weinberger, D.R., 1988. Cognitive substrate of thought disorder I: the semantic system. *American Journal of Psychiatry* 155, 1671–1677.
- (80) Pandurangi, A.K., Sax, K.W., Pelonero, A.L., Goldberg, S.C., 1994. Sustained attention and positive formal thought disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 13, 109–116.
- (81) Kaczmarek, B.L.J., 1984. Neurolinguistic analysis of verbal utterances in patients with focal lesions of frontal lobes. *Brain and Language* 21, 52–58.
- (82) Chatterjee, A., Yapundich, R., Mennemeier, M., Mountz, J.M., Inampudi, C., Pan, J.W., Mitchell, G.W., 1997. Thalamic thought disorder: on being ‘a bit muddled’. *Cortex* 33, 419-440.
- (83) Lebrun, Y., 1997. Subcortical structures and non-volitional verbal behaviour. *Journal of Neurolinguistics* 10, 313–323.
- (84) Schmahmann, J.D., 1998. Dysmetria of thought: clinical consequences of cerebellar dysfunction on cognition and affect. *Trends in Cognitive Sciences* 2, 362–371.

- (85) Levitt, J.J., McCarley, R.W., Nestor, P.G., Petrescu, C., Donnino, R., Hirayasu, Y., Kikinis, R., Jolesz, F.A., Shenton, M.E., 1999. Quantitative volumetric MRI study of the cerebellum and vermis in schizophrenia: clinical and cognitive correlates. *American Journal of Psychiatry* 156, 1105–1107.
- (86) McGuire, P.K., Quisted, D.J., Spence, S.A., Murray, R.M., Frith, C.D., Liddle, P.F., 1998. Pathophysiology of ‘positive’ thought disorder in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 173, 231–235
- (87) Kircher, T.T.J., Liddle, P.F., Brammer, M.J., Williams, S.C.R., Murray, R.M., McGuire, P.K., 2001. Neural correlates of formal thought disorder in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 58, 769–774.
- (88) Alvaro Barrera, Peter J. McKenna, German E. Berrios; Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research* 157 (2008) 225-234
- (89) Erkoç, S., Arkonaç, O., Ataklı, & Özmen, E. (1991). Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliğini ve geçerliliği. *Düşünen Adam Dergisi*, 4 (2), 20-24.
- (90) Erkoç, S., Arkonaç, O., Ataklı, & Özmen, E. (1991). Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliğini ve geçerliliği. *Düşünen Adam Dergisi*, 4 (2), 1991 :14-15
- (91) Yalincetin B., Bora E., Binbay T., Ulas H, Formal thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, (2016)
- (92) Salome, F., Boyer, P., Fayol, M., 2000. The effects of psychoactive drugs and neuroleptics on language in normal subjects and schizophrenic patients: a review. *Eur. Psychiatry* 15, 461–469
- (93) Bora E., Yalincetin B., Akdede B., Alptekin K., 2019, Neurocognitive and linguistic correlates of positive and negative formal thought disorder: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 2019 (2-11).
- (94) D. L. Levy et al., “The genetic basis of thought disorder and language and communication disturbances in schizophrenia,” *J. Neurolinguistics*, vol. 23, no. 3, pp. 176–192, 2010
- (95) T. Kircher, H. Bröhl, F. Meier, and J. Engelen, “Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology,” *The Lancet Psychiatry*, vol. 5, no. 6. 2018

EKLER:**EK-1 (ÖZBİLDİRİM TEMELLİ YDB HASTA ÖLÇEĞİ-ORJİNAL FORM):****FTD scale (self)** (Barrera A.)**Code:****Age:****female/male (please circle)**

Instructions: Please read each of the following statements and decide the response that best describes how you currently feel about your language and speech. There are four possible answers: 'almost never', 'sometimes', 'often', & 'almost always'. Please respond to every item as accurately as possible and do not spend too long on each statement.

1	I find it hard to start conversations.	Almost never	Some times	Often	Almost always
2	I use too many words to say simple things.	Almost never	Some times	Often	Almost always
3	In conversations I go round in circles.	Almost never	Some times	Often	Almost always
4	I speak in whispers or mutter under my breath.	Almost never	Some times	Often	Almost always
5	During conversations I am not fully 'with it'.	Almost never	Some times	Often	Almost always
6	I forget the point I was trying to make in a conversation.	Almost never	Some times	Often	Almost always
7	I find it hard to put my thoughts into words.	Almost never	Some times	Often	Almost always
8	I talk in ways that other people find strange.	Almost never	Some times	Often	Almost always
9	I find it a struggle to talk for very long.	Almost never	Some times	Often	Almost always
10	I use long and unusual words to say simple things.	Almost never	Some times	Often	Almost always

11	I tend to dry up in conversations.	Almost never	Some times	Often	Almost always
12	I do not know how to ask others to explain what they mean.	Almost never	Some times	Often	Almost always
13	I talk without meaning to.	Almost never	Some times	Often	Almost always
14	I loose track of what I have just said in a conversation.	Almost never	Some times	Often	Almost always
15	I make up new words which only have meaning for me.	Almost never	Some times	Often	Almost always
16	It takes me too long to answer questions.	Almost never	Some times	Often	Almost always
17	When I talk too many words come into my head.	Almost never	Some times	Often	Almost always
18	My speech gets suddenly 'blocked'.	Almost never	Some times	Often	Almost always
19	The more people in a conversation the more I get lost.	Almost never	Some times	Often	Almost always
20	I speak too fast or too slowly so others find it strange.	Almost never	Some times	Often	Almost always
21	Talking leaves me psychologically exhausted.	Almost never	Some times	Often	Almost always
22	I go on beating about the bush instead of getting to the point of the conversation.	Almost never	Some times	Often	Almost always
23	I find it hard to give instructions such as directions to get to a place.	Almost never	Some times	Often	Almost always
24	I repeat words just said by others.	Almost never	Some times	Often	Almost always
25	When I am speaking my mind suddenly goes blank.	Almost never	Some times	Often	Almost always
26	I forget what others have just said in conversations.	Almost never	Some times	Often	Almost always
27	I have a patchy memory of what was said during a conversation.	Almost never	Some times	Often	Almost always
28	I draw strange conclusions during conversations.	Almost never	Some times	Often	Almost always
29	I repeat things said by others.	Almost never	Some times	Often	Almost always

EK-2 (ÖZBİLDİRİM TEMELLİ YDB HASTA YAKINI ÖLÇEĞİ-ORJİNAL FORM):**FTD scale (observer)** (Barrera A.)

Code:

Instructions: each of the following statements is followed by four possible responses: ‘almost never’, ‘sometimes’, ‘often’, & ‘almost always’. Please circle the option that best describes your friend/relative’s conversation during the last moth. Please respond to every item as accurately as possible but do not spend too long on each item. Please return this form in the provided prepaid envelope.

1	She/he has episodes of word-finding difficulty.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
2	She/he begins to talk in a clear way but later on her/his speech gets disconnected.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
3	She/he cannot keep to the point of a conversation.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
4	She/he uses too many words to say simple things.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
5	In conversations, she/he forgets what others have just said.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
6	It is hard to understand what she/he is trying to say.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
7	She/he gives unrelated answers to questions.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
8	She/he is appropriately formal or informal when talking to different people.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
9	In conversations, she/he mixes up who said what.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
10	She/he has significant problems articulating words.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
11	Her/his speech gets suddenly ‘blocked’.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
12	She/he mutters and whispers.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
13	She/he seems unaware that others cannot understand her/him.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
14	She/he talks interestingly enough to keep others listening to what she/he says.	Almostnever	Some times	Often	Almost always

15	She/he speaks too loudly.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
16	She/he goes round in circles in conversations.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
17	When she/he does not understand, she/he is unable to ask others to explain what they mean.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
18	It is hard for her/him to talk over the telephone.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
19	She/he makes sure that the other person gets the point of what she/he is trying to say.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
20	It is hard for her/him to give information when asked, for example, directions to a place.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
21	When talking, she/he does not look directly to the other person.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
22	She/he repeats words.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
23	In conversations, she/he forgets what she/he has just said.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
24	She/he does not know when to let the other person to talk in conversations.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
25	Her/his speech is fluent.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
26	She/he gets easily distracted during conversations.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
27	She/he draws the wrong conclusions during conversations.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
28	She/she goes into unnecessary detail about things.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
29	When talking, she/he stands too close or too far away.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
30	She/he can take the role of 'listener' in conversations.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
31	She/he gets exhausted after taking part in conversations.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
32	She/he does not know when it is time to finish the conversation.	Almostnever	Some times	Often	Almost always
33	She/he is awake and alert more at the beginning than at the end of conversations.	Almostnever	Some times	Often	Almost always

EK-3 (ÖZBİLDİRİM TEMELLİ YDB HASTA ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE):**FDB Ölçeği (Öz bildirim)** (A. Barrera)**Ad-Soyad:****Yaş:****Cinsiyet:**

Yönerge: Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz, dil yetiniz ve konuşma tarzınız hakkında ne düşündüğünüzü en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz. Bu 4 seçenek şunları içermektedir: 'Neredeyse hiç', 'Bazen', 'Sıklıkla', ve 'Neredeyse her zaman'. Lütfen tüm maddelere fazla düşünmeden mümkün olduğunca doğru yanıtlar veriniz.

1	Sohbete başlamakta zorlanırım.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
2	Basit bir şeyi anlatmak için bile bir dolu kelime kullanırım.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
3	Sohbet sırasında dönüp dolaşıp aynı şeyleri söylerim.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
4	Ortada hiçbir neden yokken, fısıldayarak ve mırıldanarak konuşurum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
5	Sohbete kendimi tümüyle vermekte zorlanırım.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
6	Sohbet esnasında aktarmak istediğim esas noktayı unuturum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
7	Düşüncelerimi kelimelere dökmekte zorlanırım.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
8	Başkalarına tuhaf gelen bir tarzda konuşurum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
9	Çok uzun konuşmakta zorlanırım.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
10	Basit şeyleri anlatmak için uzun ve alışılmadık kelimeler kullanırım.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
11	Sohbet esnasında tikanıp kalmaya (söyleyecek söz bulamamaya) meyilliyimdir.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
12	Başkaları birşey söylediğinde, neyi kastettiklerini nasıl soracağımı bilemem.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
13	Kendimi anlamsız bir şekilde konuşurken buluyorum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman

14	Sohbet esnasında biraz önce ne söylediğimi, neden söylediğimi aklımda tutmakta zorlanıyorum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
15	Sadece benim için anlamı olan yeni kelimeler kullanırım.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
16	Sorulara yanıt vermem çok uzun zaman alır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
17	Birşeyler söylerken aklıma çok fazla kelime geliyor.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
18	Konuşmam birden bire kesilir, 'bloke olur'.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
19	Sohbete ne kadar çok kişi katılırsa, kafam o kadar çok karışır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
20	Başkalarının tuhaf bulabileceği kadar hızlı ya da yavaş konuşurum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
21	Sohbet sonrası, kendimi psikolojik olarak (ruhen) tükenmiş hissedirim.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
22	Doğrudan sadede geleceğime lafı dolandırırım.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
23	Birşeyin adım adım nasıl yapılacağını açıklamak (örneğin yol tarifi vermek) bana zor gelir.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
24	Sohbet esnasında karşımdakinin bana söylediği kelimeleri hemen ardından tekrar ederim.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
25	Konuşurken birden bire beynim duruyor.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
26	Sohbet esnasında başkalarının az önce ne söylemiş olduğunu unutuyorum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
27	Sohbet esnasında konuşulanları yarım yamalak hatırlıyorum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
28	Sohbet ederken başkalarının söylediklerinden tuhaf sonuçlar çıkarıyorum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
29	Kendimi karşımdaki kişilerin söylediklerini tekrar ederken buluyorum.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman

EK-4 (ÖZBİLDİRİM TEMELLİ YDB HASTA YAKINI ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE):

FDB ölçeği (Gözlemci) (A. Barrera)

Ad Soyad:

Yönerge: Her bir ifade takip eden 4 seçenek bulunmaktadır: ‘Neredeyse hiç’, ‘Bazen’, ‘Sıklıkla’, ve ‘Neredeyse her zaman’. Lütfen akrabanzın/arkadaşınızın **son 1 aydaki** konuşma tarzını en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz. Lütfen tüm maddelere fazla düşünmeden mümkün olduğunca doğru yanıtlar veriniz.

1	Kelime bulmakta zorlandığı zamanlar oluyor.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
2	Birisiyle sohbet ederken konuşmanın başlarında gayet anlaşılır şekilde konuşurken sohbet ilerledikçe konuşma dağınık olur.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
3	Konuşulan ana konuya bağlı kalmaz.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
4	Basit birşeyler söylemek için gereksiz derecede çok kelime kullanır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
5	Sohbet esnasında, karşısındakinin az önce söylediği şeyi unuttur.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
6	Ne söylemeye çalıştığını anlamak zordur.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
7	Sorulan sorulara ilgisiz yanıtlar verir.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
8	Konuştuğu kişinin kim olduğuna göre, resmi ya da rahat davranır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
9	Sohbet esnasında kimin ne söylediğini karıştırır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
10	Kelimeleri telafuz etmede belirgin bir şekilde güçlük çeker.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
11	Konuşması birden bire kesilir, ‘bloke olur’.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
12	Ortada hiçbir neden yokken, fısıldayarak ve mırıldanarak konuşur.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
13	Başkalarının onun söylediklerini anlayamadığının farkında değildir.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
14	Konuşması başkalarına uzun süre kendini dinlettirecek kadar ilginçtir.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman

15	Çok yüksek sesle konuşur.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
16	Sohbet sırasında dönüp dolaşıp aynı şeyleri söyler.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
17	Başkalarının söylediği birşeyi anlamadığında, neyi kastettiklerini nasıl soracağını bilemez.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
18	Telefonda konuşmakta zorlanır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
19	Konuşurken iletmek istediği mesajı karşısındaki kişinin iyice anladığından emin olmak ister.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
20	Sorulduğunda, bir konuda (örneğin yol tarifi) ayrıntılı bilgi vermekte zorlanır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
21	Sohbet esnasında, konuştuğu insana bakmaz.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
22	Kelimeleri tekrar eder.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
23	Sohbet esnasında söylediği birşeyi hemen unuttur.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
24	Sohbet esnasında ne zaman susup sözü karşı tarafa vermesi gerektiğini bilemez.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
25	Konuşması akıcıdır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
26	Sohbet esnasında dikkati kolayca dağılır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
27	Sohbet ederken karşıdaki kişinin söylediklerinden yanlış hükümlere varır.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
28	Birşeyi anlatırken gereksiz ayrıntılardan bahseder.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
29	Konuşurken ya çok uzakta ya da çok yakında durur.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
30	Birisiyle sohbet ederken gerektiğinde susup karşı tarafı dinleyebilir.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
31	Karşılıklı sohbet sonrası kendini tükenmiş ve bitkin hisseder	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
32	Birisiyle konuşurken sohbeti ne zaman sonlandırması gerektiğini bilemez.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
33	Birisiyle sohbet ederken konuşmanın başlarında konuşmanın sonuna göre daha canlı ve dikkatlidir.	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman

EK-5 (VERİ KAYIT FORMU):

Olgu No:

VERİ KAYIT FORMU

Şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren ve hastanın kliniğini tanıyan bir yakınının doldurduğu 'Formal Thought Disorder Scale: Self/Other' testlerinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Yürütücü: Doç. Dr. İbrahim Emre BORA

Çalıştığı Kurum: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı / İzmir

İletişim: [REDACTED]

[REDACTED]

Katılımcı Bilgileri-Demografik Veriler:

Yaş:

Cinsiyet: 0. Erkek 1. Kadın

Meslek (özelikle son altı ayda herhangi bir işte düzenli çalışabilme sorgulanmaktadır):

Medeni durum: 0. Bekar, partnersiz 1. Bekar, partneri var 2. Evli 3. Dul/boşanmış

Çocuk sayısı:

Eğitim süresi (yıl):

Tıbbi hastalık öyküsü:

Sigara/Tütün kullanımı:

0. Hiç içmemiş 1. Geçmiş içici (paketXyıl) 2. Aktif içici(paketXyıl)

Alkol kullanımı:

0. Kullanmıyor 1. Sosyal içici 2. Riskli alkol kullanımı

İlk psikotik atak tarihi:

Geçirilmiş psikotik atak sayısı:

Kullandığı ilaçlar:

Geçirilmiş ataklarda tedavi öyküsü:

Psikiyatri servisi hospitalizasyonu sayısı:

Son psikotik atak başlangıç tarihi:

Klinik belirtiler:

Varsanı:	0. Yok	1. Var
Sanrı:	0. Yok	1. Var
Dezorganize konuşma:	0. Yok	1. Var
Dezorganize davranış/Katatoni davranışı:	0. Yok	1. Var
Negatif (silik) belirtiler:	0. Yok	1. Var

Test Skorları:

1. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği-Hasta:
2. Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği /Hasta Yakını:
3. SANS (Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği):
Aloji alt puanlaması
4. SAPS (Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği):
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu alt puanlaması

EK-6 (BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU):

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Çalışma Adı: Şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren öz bildirim temelli ‘Formal Thought Disorder Scale-Self’ ve klinik sürece hakim hasta yakınına uygulanan ‘Formal Thought Disorder Scale-Other’ testlerinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğu, klinik gidişatı, tedavi sürecini, sosyal işlevselliği doğrudan etkiler ve hastalığın en önemli komponentlerinden birini oluşturur.

Bu çalışmada amacımız, gelecekte şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğunu klinik koşullarda hızlıca ölçmeye ve hastalık ilerleyişi hakkında fikir sahibi olmamızı sağlayacak ‘Formal Thought Disorder Scale: Self-Other (Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği: Hasta-Hasta Yakını)’ testinin hasta tarafından doldurulacak öz bildirim formu ayrıca hasta yakını ya da hastayı direkt tanıyan bir kişinin dolduracakları yine öz bildirim bazlı ölçeklerin Türkçe’de geçerliliğinin ve güvenilirliğinin saptanarak, sonrasında bu testi kliniklerimizde kullanmaktır.

Bu araştırmanın Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ile hastalar hakkında bilgi sahibi olan yakınları ile yapılması planlanmıştır. Tüm katılımcılardan çalışmada görevli olan araştırmacı tarafından verilen bilgilendirme sonrasında yazılı ve sözlü onam alınmasının ardından veri kayıt bilgi formu, Yapısal Düşünce Bozukluğu Ölçeği; Öz bildirim/Hasta Yakını (Formal Thought Disorder Scale- Self/Other), SANS (Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği), SAPS (Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği) testleri uygulanacaktır. Testler girişimsel yaklaşımı gerektirmeyen ölçeklerdir.

Bu araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak ve kayıtlar gizli kalacaktır. Çalışma ile ilgili masraflar size ya da yasal güvenciniz olan kişi, kurum ve kuruluşlara yansıtılmayacaktır.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık bilgileriniz saklı kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumumuzun etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığı’na açık olacaktır. Kişisel bilgileriniz sadece araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken adınız, soyadınız ve diğer şahsi bilgileriniz belirtilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde tedaviniz ve klinik takibinizde bir değişiklik olmayacaktır. Araştırmaya katılırsanız dahi çalışmanın herhangi bir aşamasında bildirilmiş gönüllü onamınızı çekme hakkınız da size aittir.

Çalışmaya hasta yakını olarak katılıyorsanız yukarıda bahsi geçen tüm konular sizin için de geçerli olup, tüm haklarınız kendi nezdinizde saklıdır. Çalışmaya katılmama veya çalışmadan ayrılma hakkına sahiptir. Kişisel bilgileriniz sadece araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken adınız, soyadınız ve diğer şahsi bilgileriniz belirtilmeyecektir

Gönüllünün beyanı:

tarafından şizofreni hastalarında yapısal düşünce bozukluğunu değerlendiren ‘Formal Thought Disorder Scale: Self/Other (Şizofreni tanılı hastalarda yapısal düşünce bozukluğunu ölçmek amaçlı yapılan, hastaların ve sürece hakim bir yakınının dolduracağı özbildirim temelli ölçekler)’ Testinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma şekli ile verdiğim bilgilerin gizliliğinin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım telefon numarası verildi. İstedğim zaman bizzat görüşerek ya da telefonla temasa geçebileceğimi, bilgi alabileceğimi ya da araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve klinik takibime yönelik bir değişiklik olmayacağı belirtilmiştir. Eğer hasta yakını isem aynı haklar ve şartlar geçerlidir. Bu araştırmaya kendi gönüllü onamımla katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme tarihi ve saati:

Gönüllü	Tanıklık Eden	Uygulayıcı
Adı Soyadı / Tel / İmza:	Adı Soyadı / Tel / İmza:	Adı Soyadı /
İmza:		

EK-7 (SAPS):

Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

VARSANILAR

1. İşitsel varsanılar	0	1	2	3	4	5
2. Yorum yapan sesler	0	1	2	3	4	5
3. Aralarında konuşan sesler	0	1	2	3	4	5
4. Somatik ya da dokunsal varsanılar	0	1	2	3	4	5
5. Koku varsanıları	0	1	2	3	4	5
6. Görsel varsanılar	0	1	2	3	4	5
7. Global olarak varsanılar	0	1	2	3	4	5

Altölçek toplam ()

SANRILAR

8. Kötülük görme sanrıları	0	1	2	3	4	5
9. Kıskançlık sanrıları	0	1	2	3	4	5
10. Suçluluk ya da günahkârlık sanrıları	0	1	2	3	4	5
11. Büyüklük sanrıları	0	1	2	3	4	5
12. Dinsel sanrılar	0	1	2	3	4	5
13. Somatik sanrılar	0	1	2	3	4	5
14. Referans sanrıları	0	1	2	3	4	5
15. Kontrol edilme sanrıları	0	1	2	3	4	5
16. Düşünce okunması sanrıları	0	1	2	3	4	5
17. Düşünce yayınlanması	0	1	2	3	4	5
18. Düşünce sokulması	0	1	2	3	4	5
19. Düşünce çekilmesi	0	1	2	3	4	5
20. Global olarak sanrılar	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

GARİP DAVRANIŞ

21. Giyim ve görünüm	0	1	2	3	4	5
22. Toplumsal ve cinsel davranış	0	1	2	3	4	5
23. Saldırgan ve taşkın davranış	0	1	2	3	4	5
24. Yineleyici ya da stereotipik davranış	0	1	2	3	4	5
25. Global olarak garip davranış	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam ()						

POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

26. Raydan çıkma	0	1	2	3	4	5
27. Teğetsellik	0	1	2	3	4	5
28. Enkoherans	0	1	2	3	4	5
29. Mantıksızlık	0	1	2	4	5	6
30. Çevresel konuşma	0	1	2	3	4	5
31. Baskılı konuşma	0	1	2	3	4	5
32. Çelinebilir konuşma	0	1	2	3	4	5
33. Klang çağırışım	0	1	2	3	4	5
34. Global olarak yapısal düşünce bozukluğu	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam ()						

UYGUNSUZ DUYGULANIM

35. Uygunsuz duygulanım	0	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---	---

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

EK-8 (SANS):

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

DUYGULANIMDA DÜZLEŞME YA DA KÜNTLEŞME

1. Değişmeyen yüz ifadesi	0	1	2	3	4	5
2. Kendiliğinden hareketlerde azalma	0	1	2	3	4	5
3. Jestlerde azalma	0	1	2	3	4	5
4. Zayıf göz ilişkisi	0	1	2	3	4	5
5. Duygusal tepkisizlik	0	1	2	3	4	5
6. Sesle vurgulamada yetersizlik	0	1	2	3	4	5
7. Duygulanımda düzleşmenin global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ALOJİ

8. Konuşmanın yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
9. Konuşma içeriğinin yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
10. Bloklar	0	1	2	3	4	5
11. Yanıttan önce bekleme süresinin uzaması	0	1	2	3	4	5
12. Alogiyanın global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ENERJİ VE İSTEĞİN AZALMASI

13. Kendine bakım ve temizlik	0	1	2	3	4	5
14. İş ya da okulda sebatsızlık	0	1	2	3	4	5
15. Fizik enerjinin azalması	0	1	2	3	4	5
16. Enerji ve isteğin azalmasının global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS)

ZEVK ALMAMA VE TOPLUMSAL ÇEKİLME

17. Eğlenceye yönelik ilgi ve etkinlikler	0	1	2	3	4	5
18. Cinsel etkinlik	0	1	2	3	4	5
19. Yakınlık duygusu ve yakınlıkta yetersizlik	0	1	2	3	4	5
20. Arkadaş ve akranlar ile ilişkiler	0	1	2	3	4	5
21. Zevk almama ve toplumsal çekilmenin global değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

DİKKAT

22. Sosyal dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
23. Mental durum değerlendirmesi sırasında dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
24. Dikkatin global olarak değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

Ek-9 (Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı):

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/20-26	Tarih:31.08.2020				
	Doç.Dr.İbrahim Emre Bora'nın sorumlusu olduğu "Şizofreni Hastalarında Yapısal Düşünce Bozukluğunu Değerlendiren Ve Hastanın Kliniğini Tanıyan Bir Yakınının Doldurduğu 'Formal Thought Disorder Scale: Self/Other' Testlerinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEÜ Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	