



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**Şizofrenik Bozukluk Tanılı Hastalar ile Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı
Hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği Puanlarının Sağlıklı Kontrol Grubu ile
Karşılaştırılması**

Yüksek Lisans Tezi

Atilla ATIŞ

Psikiyatri Anabilim Dalı

İzmir

2022

**Şizofrenik Bozukluk Tanılı Hastalar ile Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı
Hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği Puanlarının Sağlıklı Kontrol Grubu ile
Karşılaştırılması**

Atilla ATIŞ

Danışman(lar)

Prof. Dr. Şebnem PIRILDAR

Psikiyatri Anabilim Dalı

Bağımlılık Danışmanlığı Programı

İzmir

2022

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof.Dr.

(Danışman)

Üye : Prof.Dr.

Üye : Prof.Dr.

Önsöz

Dil, her zaman benim ilgimi çeken alanlardan biri olmuştur. İlgimi çekmesinin yanında dil konusundaki yatkınlığımın ailede sadece bende olmaması da rastlantı gibi görünmemektedir. Her ne kadar uzmanlık alanım psikoloji ve bağımlılık olsa da benim bu aşamaya kadar gelmemde ailemdeki şizofreni hastalarının katkısı olduğunu zaman içerisinde daha iyi anladım. Bu nedenle de şizofreniyle alakalı bir şey yapmak istemem kaçınılmaz oldu. Kendi alanımın da bağımlılık olması nedeniyle dil, şizofreni ve bağımlılık alanlarını birleştirmek istedim ve ortaya böyle bir çalışma çıktı.

Ayrıca madde bağımlılarının düşünce bozuklukları açısından daha önce böyle bir teste tutulmamış olmaları benim için ekstradan bir motivasyon ve merak kaynağı oldu. Zira düşünce bozuklukları görece olarak iyi bilinen bir alan olmasına ve birçok psikiyatrik hastada varlığı çalışılmış olmasına rağmen madde bağımlıları bunun dışında kalmıştı. Madde kullanımına bağlı olarak gelişen psikozun da hala yeterince anlaşılamamış olması bu alanda var olan bir eksikliği doldurma ihtiyacı hissetmeme neden oldu. Bağımlılar bir gün içerisinde psikoz geliştirmediklerine göre bu zamana yayılan ve yavaş yavaş gelişen bir durum olmalıydı ve şizofreninin temel belirtilerinden biri olan düşünce bozukluklarını da göstermeleri mantıksız görünmemekteydi. Zira çalışmamın sonuçları da bunu göstermekte ve madde bağımlıları önemli oranda düşünce bozuklukları göstermektedirler. Daha ileride yapılacak çalışmalar, bu konuya daha fazla ışık tutacaktır diye düşünüyorum.

Bu çalışmada kullandığım ölçek, uygulama açısından ne kadar kolay olsa da değerlendirme açısından bir o kadar da zordu. Yürüttüğüm araştırma, zor bir çalışma olsa da literatür taraması yaparken kendime kattığım çok değerli bilgiler beni oldukça memnun etmiş ve şizofreniye bakış açımı bir hayli değiştirmiştir. Şizofreninin beynin evriminde hatalı bir yan ürün olarak ortaya çıkması ve dil yetisi uğruna feda edilen bir mekanizma ile ilişkili olması oldukça ilginç ve benim için aydınlatıcı olmuştur. Bu çalışma kafamda birçok başka soru doğurmuş ve onların çözümü için beni teşvik eder bir hale gelmiştir.

Benim ve ailemdeki diğer bireylerin dil ya da ilişkili alanlardaki yatkınlığının şizofreni ile de ilginç bir ilişkisi olduğunu anlamam ve bunu başka insanlarda da gözlemiş olmam benim için bir aydınlanma oldu desem yeridir. Bu araştırmanın her ne kadar sınırlılıkları olsa da önemli bir boşluğu doldurduğunu ve ortaya yararlı bir çalışma çıktığına inanıyorum.

Özet

Şizofrenik Bozukluk Tanılı Hastalar ile Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği Puanlarının Sağlıklı Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

Düşünce Bozuklukları, şizofreninin en temel bulgularından biri olmakla birlikte madde bağımlılığında varlığı daha önce hiç araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı bağımlılardaki düşünce bozukluklarının düzeyinin sağlıklı kontroller ve psikoz hastalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmektir. Çalışmaya 29 madde bağımlısı (18 uyuşturucu, 11 alkol bağımlısı), 27 psikoz hastası ve 22 kontrol olmak üzere toplam 78 gönüllü katılmıştır. Katılımcılara Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) ile beraber sosyodemografik bilgiler içeren bir anket uygulanmıştır. Katılımcılar yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi olarak eşitlenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre madde bağımlıları önemli oranlarda düşünce bozuklukları göstermektedir ve eğitim, çalışma durumu, aile geliri, yaşanılan bölge, sigara ve alkol kullanımı gibi değişkenler düşünce bozukluklarını etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikoz; Bağımlılık; Düşünce Bozuklukları; Madde Bağımlılığı; Şizofreni; Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)

Abstract

Comparison of Schizophrenics' and Addicts' Thought and Language Index Scores with Healthy Control Group

Although Thought Disorders are one of the most fundamental findings of schizophrenia, their presence in substance dependence has never been investigated. The aim of this study is to determine whether the level of thought disorders in addicts differed from healthy controls and psychosis patients. A total of 78 volunteers, 29 substance addicts (18 drug addicts, 11 alcohol addicts), 27 psychotic patients and 22 controls participated in this study. Along with the Thought and Language Index, a sociodemographic information questionnaire was applied to the participants. Participants were equalized by age, gender, and educational level.

According to the results of the study, substance addicts show a significant amount of thought disorders and variables such as education, working status, family income, living area, smoking, and alcohol use affect thought disorders.

Key Words: Psychosis; Addiction; Thought Disorders; Substance Abuse; Schizophrenia; Thought and Language Index (TLI)

İçindekiler

Önsöz.....	I
Özet.....	II
Abstract.....	III
İçindekiler.....	IV
Tablolar Listesi.....	VI
Kısaltmalar Listesi.....	VII
1. Giriş.....	1
1.1. Araştırmanın konusu ve amacı.....	1
1.2. Varsayımlar.....	1
1.3. Hipotezler.....	1
1.4. Sınırlılıklar.....	2
2. Genel Bilgiler.....	4
2.1. Şizofreni.....	4
2.1.1.Evrin ve şizofreni.....	4
2.2. Madde kullanım bozukluğu	5
2.2.1. Madde kullanımına bağlı psikoz.....	6
2.3. Düşünce bozuklukları.....	7
2.3.1. Beyin çalışmaları ve düşünce bozuklukları.....	10
2.4. Dil ve şizofreni.....	10
2.5. Madde bağımlılığında düşünce ve dil özellikleri.....	11
3. Gereç ve Yöntem.....	12
3.1. Örneklem.....	12
3.2 Çalışmaya dahil edilme kriterleri.....	12
3.3 Çalışmadan dışlanma kriterleri.....	13
3.4. Araştırmanın yeri ve zamanı.....	13
3.5. Çalışmada kullanılan ölçekler.....	13
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	14
3.5.2. Düşünce ve Dil Ölçeği.....	14
3.6. İstatistiksel analiz.....	16
4. Bulgular.....	17
4.1. Katılımcı özellikleri.....	17
4.2. Araştırmanın sonuçları.....	19

4.2.1. Katılımcı gruplarına göre anlamlı fark bulunan maddeler.....	19
4.2.1.1. Toplam uyarı sayısı.....	20
4.2.1.2. Amacın zayıflaması.....	20
4.2.1.3. Düşünce tekrarı.....	20
4.2.1.4. Olağandışı kelime kullanımı.....	20
4.2.1.5. Olağandışı cümle yapısı.....	21
4.2.1.6. Olağandışı mantık.....	21
4.2.1.7. Düşünce fakirleşmesi kategori puanı.....	21
4.2.1.8. Düşünce dağınıklığı kategori puanı.....	22
4.2.1.9. Düşünce ve dil ölçeği puanı.....	22
4.2.2. Uyuşturucu madde kullanım süresi.....	23
4.2.3. Madde kullanım bozukluğu olanlarda alkol kullanım süresi.....	24
4.2.4. Sigara kullanım durumu.....	24
4.2.5. Alkol kullanım durumu.....	25
4.2.6. Alkol kullanım süresi.....	27
4.2.7. Eğitim düzeyi.....	27
4.2.8. Sosyodemografik verilerin DDÖ puanları ile ilişkisi.....	29
4.2.8.1. Medeni durum.....	29
4.2.8.2. Çalışma durumu.....	30
4.2.8.3. Çoğunlukla yaşanılan bölge.....	31
4.2.8.4. Ailede psikiyatrik hastalığın varlığı.....	32
4.2.8.5. Ailede madde bağımlısının varlığı.....	33
4.2.9. Ayaktan veya yataklı tedavi alan MKB hastaları.....	33
4.2.10. Psikiyatrik tedavi gören MKB hastaları.....	34
4.2.11. Aile ilişkileri.....	35
4.2.12. Anlamlı fark bulunmayan değişkenler.....	35
5. Tartışma	37
6. Sonuç ve Öneriler	42
7. Kaynaklar	44
8. Ekler	52
9. Teşekkür.....	63
10. Özgeçmiş.....	64

Tablolar Listesi

Tablo 1. Katılımcı Gruplarının Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Yılı Ortalaması.....	12
Tablo 2. Katılımcı Sosyodemografik Özellikleri.....	18
Tablo 3. Katılımcı Gruplarına Göre Anlamlı Fark Bulunan Maddeler.....	22
Tablo 4. Uyuşturucu Madde Kullanım Sürelerine Göre Düşünce Tekrarı Puan Ortalaması.....	24
Tablo 5. Alkol Kullanım Süresine Göre Düşünce Fakirleşmesi Puan Ortalaması.....	24
Tablo 6. Sigara Kullanımına Göre Anlamlı Fark Bulunan Maddeler.....	25
Tablo 7. Alkol Kullanım Durumuna Göre Anlamlı Fark Bulunan Maddeler.....	26
Tablo 8. Alkol Kullanım Süresine Göre Olağandışı Kelime Kullanım Puan Ortalaması.....	27
Tablo 9. Eğitim Gruplarına Göre Anlamlı Fark Bulunan Maddeler.....	29
Tablo 10. Medeni Duruma Göre Anlamlı Fark Bulunan Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 11. Çalışma Durumuna Göre Anlamlı Fark Bulunan Puan Ortalamaları.....	31
Tablo 12. Çoğunlukla Yaşanılan Yere Göre Anlamlı Fark Bulunan Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 13. Ailede Psikiyatrik Bozukluk Varsa Düşünce Dağınıklığı Puan Ortalaması.....	32
Tablo 14. Ailede Madde Kullanım Bozukluğu Varsa Anlamlı Farklılık Bulunan Maddeler....	33
Tablo 15. Ayaktan veya Yataklı Tedavi Almaya Göre Toplam Ölçek Puan Ortalaması.....	34
Tablo 16. Madde Kullanım Bozukluğu Olanlar Arasında Psikiyatrik Tedavi Almaya Göre Olağandışı Mantık Puan Ortalaması.....	34
Tablo 17. Aile İlişkilerine Göre Anlamlı Fark Bulunan Puan Ortalamaları.....	35

Kısaltmalar Listesi

DDÖ: Düşünce ve Dil Ölçeği

TAT: Tematik Algı Testi

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

ŞB: Şizofrenik Bozukluk

KG: Kontrol Grubu



1. Giriş

1.1. Araştırmanın konusu ve amacı

Düşünce bozuklukları, birçok ruhsal hastalıkta görülebilen önemli bir bulgudur. Yazınalan tarandığında çeşitli ruhsal hastalıklarda sıkça üstünde çalışılan bir konu olduğu, ancak *madde bağımlılığı alanında ise üzerinde çalışılmadığı*, dikkati çeker. Oysa madde kullanım bozukluğu olanlarda, madde kullanmaya başlama ve madde kullanımını sürdürmenin yanı sıra maddeye ilişkin aşırma ve yoksunluk sırasındaki düşünce süreçlerinin farklı olduğu göze çarpmaktadır.

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu tanısı konan bireylerin düşünce süreçlerinin sağlıklı bireylerden farklı olup olmadığının incelenmesi ve düşünce bozukluğunun çok belirgin olduğu şizofreni hastalarının düşünce süreçleri ile karşılaştırılarak benzerlik ve farklılıklarının saptanması hedeflenmiştir.

Elde edilen bulguların, madde bağımlılığı hastalarındaki düşünce bozukluklarını daha iyi anlamaya katkı sağlamasının yanı sıra madde kullanımına bağlı ortaya çıkan psikotik bozukluklar açısından da yeni bir bakış açısı getirmesi umulmaktadır.

1.2. Varsayımlar

- 1) Madde kullanım bozukluğu hastalarının düşünce süreçlerinin tıpkı diğer birçok ruhsal hastalıkta olduğu gibi bozulduğu ve bu durumun bağımlılık sürecine, nökslere hatta madde kullanımına bağlı ortaya çıkan psikotik bozuklukların gelişmesine katkıda bulunduğu;
- 2) Katılımcıların uygulamalar sırasında doğru yanıtlar verdikleri ve kendilerini iyi ifade ettikleri varsayılmıştır.

1.3. Hipotezler

H₀: Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği'nden aldıkları toplam puan, Şizofrenik Bozukluk tanısı alan hastaların puanlarıyla benzerlik gösterir.

H₁: Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği'nden aldıkları toplam puan, kontrol grubundan daha yüksektir.

H₂: Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği'nin içindeki “Düşünce Fakirleşmesi” kategorisi puanları Şizofrenik Bozukluk tanılı hastalardan daha düşüktür.

H₃: Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği'nin içindeki “Düşünce Fakirleşmesi” kategorisi puanları sağlıklı kontrol grubu puanlarından daha yüksektir.

H₄: Madde kullanım süresi uzadıkça Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği içindeki “Düşünce Fakirleşmesi” kategorisi puanları Şizofrenik Bozukluk tanılı hastaların puanları ile benzeşme gösterir.

H₅: Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği'nin içindeki “Düşünce Dağınıklığı” kategorisi puanları Şizofrenik Bozukluk tanılı hastalardan daha düşüktür.

H₆: Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği'nin içindeki “Düşünce Dağınıklığı” kategorisi puanları sağlıklı kontrol grubu puanlarından daha yüksektir.

H₇: Madde kullanım süresi uzadıkça Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan hastaların Düşünce ve Dil ölçeği içindeki “Düşünce Dağınıklığı” kategorisi puanları Şizofrenik Bozukluk tanılı hastaların puanları ile benzeşme gösterir.

1.4. Sınırlılıklar

Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) her ne kadar uygulaması kısa ve kolay bir ölçek olsa da değerlendirmesi yoğun emek gerektirmektedir. Her katılımcının verdiği yanıtlar önce ses kaydı alınarak kaydedilir ve sonrasında yazıya dökülerek ölçeğin yönergesine uygun olarak değerlendirilir. Değerlendirmenin zor olması, katılımcı sayısının görece olarak düşük kalmasına neden olmuştur.

Araştırmaya Şizofrenik Bozukluk (ŞB) tanılı hastalar, Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) hastaları ve sağlıklı kontrol grubu (KG) olmak üzere üç farklı grup dâhil edilmiştir. Gruplar yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşitlenmiştir. Bu durum, görece olarak katılımcı sayısının az olmasının nedenidir.

MKB olanlar arasında herhangi başka bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayanların çalışmaya alınması istenmiş olmasına rağmen, bağımlılık geliştirenler arasında psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının yüksek olması bunu oldukça zorlaştırmış ve bir diğer sınırlılık olmuştur.

MKB hastalarının tercih ettikleri bağımlılık maddelerinin birbirinden farklı olmasına rağmen hastaların tümü aynı grupta değerlendirilmiştir. Bu da çalışmanın diğer sınırlılıklarından biridir.



2. Genel Bilgiler

2.1 Şizofreni

Hastalık, ilk kez 1911 yılında bu adla anılmış (Carlson, 2016) ve daha önceleri ‘Dementia Praecox’ gibi farklı kavramlar da kullanılmış olmasına rağmen zamanla isim olarak “şizofreni” kavramı yerleşmiştir (Geçtan, 2006). Şizofreni pozitif ve negatif belirtilerin yanında bilişsel bozulma belirtileri de gösteren bir beyin hastalığıdır. Düşünce ve dil özelliklerinin de bozulduğu bu hastalığın yaşam boyu görülme sıklığı %0,3-0,7 olmakla beraber çeşitli değişkenlere bağlı olarak bu oran farklılık gösterebilir (APA, 2013). Hastalığın ortaya çıkmasında genetik faktörlerin de önemli oranda etkili olduğuna yönelik kanıtlar mevcuttur ve her toplumu benzer oranlarda etkilediği iddia edilmektedir (Kulaksızoğlu, Tükel, Üçok, Yargıç, & Yazıcı, 2009).

“Darmadağın konuşma (örneğin sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)” maddesi, tanı koyabilmek için olması gereken tanı kriterlerinden biridir (APA, 2013). Düşünce ve dil özelliklerinin de bu kategoriyle ilişkili olması nedeniyle önem derecesi yüksektir. Daha önceleri düşünce bozukluklarının şizofreninin pozitif belirtileri ile ilişkili olduğu düşünülmese de böyle olmadığını gösteren araştırmalar vardır (Ulaş vd., 2007).

Düşünce bozuklukları, çok önemli oranlarda şizofreni hastalarında görülmektedir ancak sadece şizofreniye özgü bir bulgu değildir. Literatürde şizofreni hastalarının düşünce ve dil özelliklerinin belirlenebilmesi amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (Polat, 2010; Ulaş vd., 2007).

2.1.1. Evrim ve şizofreni

Şizofreni, 1960’lardan beri evrimsel bir bakış açısı ile ele alınmaktadır ve beyin evriminin hatalı bir yan ürünü olarak değerlendirilmektedir (Polimeni & Reiss, 2003). Şizofreninin insan olma sürecinin evrimsel bir parçası olması nedeniyle devamlılık gösterdiği ve bilişsel yetilerimiz uğruna feda edilmiş evrimsel bir hata olarak ortaya çıktığı iddia edilmektedir (Srinivasan vd., 2016). Evrimsel bakış açısına göre dil kapasitemiz yaklaşık olarak 150-200 bin yıl önce ortaya çıkmıştır ve iki beyin küresine (hemisfer) izin veren bir genetik değişime bağlı olarak

oluşturmuştur. Evrimsel bakış açısının korteks altı dil süreçleri, şizofrenideki dil bozuklukları, beyin yarı küreleri arasındaki denk olmama (farklılıklar) ve dilin gelişimi ile alakalı olayları açıklamada rol oynayabileceği düşünülmektedir (Ketteler & Ketteler, 2010).

Her kültürde şizofreninin sabit bir orana sahip olması ve şizofrenlerin düşük doğurganlıklarına rağmen hastalığın devam ediyor olmasının açıklama bekleyen konular olduğu ve evrimsel bakış açısıyla yapılan yaklaşımların, şizofreniyi daha iyi anlamamıza yardımcı olabileceği iddia edilmektedir (Brüne, 2004).

Crow (1997b)'a göre şizofreninin tarihi “Homo Sapiens” kadar eskidir ve dil ile şizofreni arasında evrimsel bir ortaklık vardır. Crow'a göre, psikoza eğilim ve dilin kökeniyle ilgili açıklanamayan ortak problemler “Homo Sapiens'in türünün ortaya çıkması ile yakından alakalıdır (Crow, 1997a) ve şizofreninin semptomları, dilin evrimine yönelik olarak kilit bir önem taşımaktadır (Crow, 2010).

Burns (2006) de psikoza, beynimizin evrim geçirirken ortaya koyduğu hatalı bir ürün olarak görür. Yine Burns (2006)'e göre psikoza açıklamaya çalışan evrimsel modeller dışındaki tezler desteklenmemektedir ve sosyal seçici baskılar altında evrimsel atalarımız olan “Hominidler” sosyal beyin denen sosyal biliş ve kişilerarası davranışları destekleyen bir nöronal ağ geliştirmişlerdir. Uher (2009)'e göre de epidemiyolojik veriler ve evrimsel bakış açısı, psikiyatrik hastalıkların değişik oranlarda gen-çevre ilişkisinden etkilendiğini göstermektedir.

2.2. Madde kullanım bozukluğu

Madde bağımlılığı ya da madde kullanım bozukluğu, bir madde ya da davranışın yan etkileri ve ürettiği sorunlara rağmen tekrarlayan biçimlerde kullanımı manasına gelir. Madde kullanım bozukluğunun birden çok nedeni olmakla beraber önemli bir beyin hastalığı olarak öne çıkmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2014). Genetik, çevresel ve birçok farklı nedenle ortaya çıkabilir. Ayrıca bağımlılık yaratan maddelerin sayısı ve kullanım şekilleri farklılık gösterebilir.

Birçok maddenin bağımlılık yaptığı bilinmektedir. DSM-V'de sık kullanılan bağımlılık maddeleri ve bunlara ilişkin kullanım bozuklukları yanı sıra davranışsal bağımlılıklar da (Patolojik Kumar Oynama Bozukluğu) sınıflandırılmıştır. (APA, 2013).

Halüsinasyonlar şizofrenide sık görülen semptomlardır ancak halüsinasyonlar, şizofreniye özgü bulgular değildir; diğer psikotik bozukluklarda ve madde kullanımı ile de ortaya

çıkabilmektedir. Halüsinasyonların sadece madde kullanımı sırasında ortaya çıkması durumunda şizofreni tanısı konmamaktadır. Ancak halüsinasyonların hem madde kullanımı hem de şizofrenide ortaya çıkıyor olması; madde kullanımına bağlı psikozu anlamak için önemli bir özellik gibi durmaktadır.

Bağımlılık yapan maddelerin birçok alt grubu vardır ve bazı maddeler psikotik etkiler ortaya çıkarabilir. Ketamin ve halüsinojenler bunlara örnek olarak verilebilir. Halüsinojenler, halüsinasyon gösteren anlamında olup birçok farklı maddeyi kapsar. Halüsinojenlere ayrıca ‘psikotomimetikler (psychotomimetics)’ ve ‘psikedelikler (psychedelic)’ adı da verilmektedir (Uzbay, 2015). Fensiklidin, Psilosibin ve LSD halüsinojenler grubunun çok bilinen üyeleridir. Ayrıca esrar da halüsinojen olarak değerlendirilebilir. Halüsinojenler tarih boyunca dinsel ritüeller ve mistik durumlar için de kullanıldığından zengin bir geçmişe sahiptir. ABD’de yaşam boyu halüsinojen kullanımının %9,7 olduğu bildirilmiştir (Akvardarlar vd., 2011).

2.2.1. Madde kullanımına bağlı psikoz

Madde kullanımına bağlı psikozun en önemli özelliği, bir madde ya da ilaca bağlı olarak sanrılar ve/ya varsanılar ortaya çıkmasıdır. İlk psikoz dönemi vakalarının %7-25’inin maddeye/ilaca bağlı olduğu düşünülmektedir (APA, 2013).

Madde bağımlılığına eşlik eden psikozun ortaya çıkma ihtimali, madde bağımlılığı olmadan psikozun ortaya çıkma ihtimaline göre 2,7 kat daha fazladır ve psikoaktif madde kullananların %70-75’inde en az bir psikiyatrik rahatsızlığın eşlik ettiği bildirilmektedir. (Dankı vd., 2005). Şizofreni hastalarında madde bağımlılığı oranları da benzer şekillerde oldukça yüksektir. Şizofreni hastaları arasında alkol dâhil psikostimülan kötüye kullanımı %50 arasındadır (Batel, 2000). Khokhar ve ark., (2018)’ne göre şizofrenin genetik belirleyicilerinin madde bağımlılığı için risk oluşturduğu ve bu riskin, psikotik semptomlardan önce ortaya çıkabileceği gibi ergenlikteki artan madde kullanımının hem bağımlılık hem de psikotik semptomlar için ek bir tehlike içerebileceği iddia edilmektedir.

Yoğun esrar kullanımı psikotik atak geçirme riskine yol açarken, hali hazırdaki şizofreni hastalarının var olan semptomlarını da arttırmaktadır ve kannabis kullanıcıları %10 ihtimalle bağımlılık geliştirme riski taşımaktadırlar (Johns, 2001).

Esrar kullanımının yol açtığı psikotik bozukluğun, şizofreniye dönme ihtimalinin araştırıldığı 3 yıllık izlem çalışmasında, örneklemin %44,5’inde şizofreni spektrum bozukluklarından

birinin ortaya çıktığı ayrıca örneklemin %77,2'sinde yeni psikotik atakların saptandığı bildirilmiştir (Arendt, Rosenberg, Foldager, Perto, & Munk-Jørgensen, 2005). Aynı çalışmada psikotik bozukluğu olanlar arasında esrar kullananların esrar kullanmayanlara göre daha erken yaşta bu hastalığı geliştirdikleri bulgulanmıştır. Alkolün yol açtığı psikotik bozukluğun, diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek komorbidite gösterdiği; bu hastaların hastaneye yatırılma, intihar ve ölüm oranlarının yüksek olduğu da bildirilmektedir (Jordaan & Emsley, 2014).

Ketamin de psikotik belirtiler ortaya çıkaran maddelerden biridir (Saraçoğlu, 2005). Ortaya çıkardığı psikotik etkilerden biri de düşünce bozukluğudur. Ketamin yoluyla oluşan düşünce bozukluğunun, şizofrenideki düşünce bozukluğu ile farklılık göstermediği; her ikisinde de Andreasen (1986) tarafından geliştirilen Düşünce, Dil ve İletişim Ölçeği'nden (TLC) en yüksek puan alan dört maddenin üçü aynı bulunmuştur (Adler ve ark., 1999). Ketaminin yol açtığı düşünce bozukluğunun çalışma belleğinde ortaya çıkardığı değişikle oluştuğu ancak bu durumun anlamsal bellekteki bozulma ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. (Adler, Goldberg, Malhotra, Pickar, & Breier, 1998).

Ketamin verilerek bilişsel bozulmalar ile negatif ve pozitif semptomlar gösterilmesi sağlanan katılımcılara nikotin verilerek düzelme gösterip göstermedikleri ölçülmüştür. Sonuçlara göre nikotin, ketaminin yol açtığı şizofreni benzeri bilişsel bozulmalar ile negatif ve pozitif semptomları azaltmamıştır (D'Souza vd., 2012). Ayrıca ketaminin nöroleptik kullanmayan şizofreni hastalarında psikotik semptomları ve bilişsel bozulmaları arttırdığı bulgulanmış ve sağlıklı kontrollerden daha fazla bozulmalar göstermişlerdir (Malhotra vd., 1997).

Bununla birlikte NMDA reseptörü de şizofrenide etkin rol oynamaktadır (Adler vd., 1999; Malhotra vd., 1997). Ketaminin artan subanestezi dozuna bağlı olarak negatif ve pozitif semptomları arttırdığı ve sözel bellekte düşüşe neden olduğu, artan NMDA reseptör hipofonksiyonu, önce bellek bozulmalarına ardından da şizofreni benzeri semptomlara neden olduğu bulgulanmıştır (Newcomer vd., 1999).

2.3. Düşünce bozuklukları

Düşünce bozuklukları, şizofreninin en temel semptomlarından biridir ve bu bozukluk için literatürde birçok farklı terim kullanılmıştır. Bunlardan bazıları; formal düşünce bozukluğu, dil bozukluğu, düşünce ve dil bozukluğu vb. şeklindedir. Düşünce bozuklukları, düşünce süreci

bozuklukları ve düşünce içeriği bozuklukları olarak ikiye ayrılabilirken, negatif ve pozitif düşünce bozuklukları olarak ayrı bir kategorik bölünme de söz konusudur.

Şizofrenideki düşünce bozuklukları daha çok düşünce süreci bozuklukları olarak değerlendirilmektedir (Ulaş vd., 2015). “Negatif düşünce bozukluğu”, sonradan kaybolan anlamında kullanılan şizofreninin konuşma miktarında azalma ve konuşma içeriğinde yoksullaşma gibi negatif belirtileri ile ilişkili iken, “Pozitif düşünce bozukluğu” ise şizofreninin sonradan ortaya çıkan manasındaki raydan çıkma, yeni kelime uydurma (neolojizm) gibi pozitif belirtilerle ilişkilidir (Var, 2014). Roche ve arkadaşlarına (2015) göre de düşünce bozuklukları, klinik şiddetin artmasıyla ilişkilidir ve negatif düşünce bozuklukları kötü gidişin yordayıcısıdır.

Düşünce bozuklukları konusunda anlam ve ifade birliği sağlanamadığı için Andreasen (1986), düşünce bozukluğu tiplerini sıralamıştır ve bunları 20 adet olarak ayrı ayrı açıklayarak ayrıntılandırmıştır. Bununla beraber Andreasen, belirttiği 20 ayrı bozukluğun, düşünce, dil ve iletişim bozuklukları olarak 3’e ayrılmasını önermiştir.

Düşünce bozukluklarının genetik geçiş gösterdiğine ve şizofreni riski olanların henüz psikotik atak geçirmeden bile daha yüksek düşünce bozuklukları gösterdiğine yönelik çalışmalar vardır (Gooding vd., 2012; Ott, Roberts, Rock, Allen, & Erlenmeyer-Kimling, 2002). Levy ve arkadaşları (2010)’na göre de düşünce, dil ve iletişim ile ilgili sorunlar, şizofrenik bozukluk sahibi kişilerin hasta olmayan akrabalarında da yüksektir ve bu da genetik kökene işaret etmekle beraber özellikle normal dışı sözcük kullanımını içeren düşünce bozuklukları, bu konuda öne çıkmaktadır.

Düşünce bozukluklarının, akut geçici psikotik bozuklukta var olması sonucunda bunun şizofreniye dönme olasılığının en güçlü yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır (Rusaka & Rancans, 2014). Bununla birlikte başlangıçtaki formal düşünce bozukluğu, kronik şizofrenlerdeki relapsın güçlü bir yordayıcısı olarak da bulunmuştur (Wilcox, 1990).

Andreasen (1986)’e göre düşünce bozuklukları psikoz dışında, mani ve depresyonda hatta stres ve yorgunluk altında sağlıklı insanlarda da görülebilir. Şizofreni ve bipolar hastalarının düşünce bozukluklarının derecesi arasında şizofrenide düşük oranda anlamlı fark bulunmuş olmasına rağmen, negatif düşünce bozukluğu yine şizofrenide daha şiddetli iken, her iki hastalığın akut döneminde ise pozitif düşünce bozukluğu açısından fark bulunamamıştır (Yalincetin vd., 2017). Mani ve şizofrenideki düşünce bozukluklarının yoğunluğunun diğer psikotik bozukluklardan fazla olduğu bulgulanmıştır (Marengo & Harrow, 1985). Sağlıklı grupta hafif bulgular varken, şizofrenlerde negatif düşünce bozukluğu, manik ve şizoaffektiflerde ise pozitif düşünce

bozukluğu daha yoğundur (Andreasen & Grove, 1986). Ayrıca Tonelli (2014)'ye göre de şizotipallerde görülen semantik ya da anlamsal sorunların şizofrenlerdeki düşünce bozukluğunu anlamaya yardımcı olabilir.

Ulaş ve arkadaşlarının (2015) şizofrenlerle yaptıkları çalışmalarında düşünce bozukluklarını ölçmek için geliştirilmiş olan Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) puanlarını, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanlarıyla karşılaştırmış ve PANSS'in pozitif, negatif ve genel belirtiler olarak ayrılan her üç kategorisiyle de ilişkili olarak bulgulamışlardır. Bir başka çalışmada da DDÖ'den alınan puanlar, insanların hem kendi hem de diğerlerinin zihnindeki duygu ve düşünce süreçlerini kavramayla ilişkili olan 'Zihin Teoremi' ile de ilişkili bulunmuştur (Güneyer, 2015).

Polat (2010), şizofreni hastaları, sağlıklı kardeşleri ve kontrollerle yaptığı çalışmasında şizofreniden etkilenmemiş kardeşlerin DDÖ puanlarını şizofrenik bozukluğa sahip kişilerden düşük, sağlıklı kontrollerden yüksek bulmasına rağmen sadece 'Konuşmanın fakirleşmesi' alt maddesinde anlamlı farklılık bulgulamıştır.

Yalınçetin (2014), çalışmasında belirti düzelmesi olan ve olmayan şizofrenleri DDÖ kullanarak karşılaştırmış ve iki grup arasında ölçek puanları arasında fark saptamıştır. Yine aynı çalışmada, iş ve okul hayatı, özbakım, sosyal ilişkiler ile saldırganlık ölçeğinin çeşitli maddeleriyle anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Ercan (2014) ise çalışmasında şizofreninin pozitif semptomlarının pozitif düşünce bozukluğuyla, negatif semptomlarının da negatif düşünce bozukluğuyla ilişkili olduğunu bulmuştur. Antipsikotik ilaçların şizofrenlerin DDÖ puanları üzerinde olumlu performans göstermelerine yardımcı olduğu da bulgulanmıştır (Var, 2014). Radanovic ve arkadaşları (2013)'na göre de düşünce ve dil birbiriyle yakından ilişkili olmasına rağmen düşünce bozuklukları ve dildeki bozulmalar, şizofreni hastalarında ayrı ayrı ele alınmalıdır.

Düşünce bozukluğu, psikozun yaygın bir belirtisi olmakla beraber hastalık şiddetinin de bir göstergesi olabilir. Ayrıca, düşünce bozukluğunun derinlemesine değerlendirilmesi, tanıyı daha net hale getirebilir ve prognozu tahmin etmeye yardımcı olabilir (Roche, Creed, vd., 2015). Düşünce bozukluğunun dezorganizasyon boyutu, sosyal ve mesleki işlevsellikle, bizar (garip) idiosenkratik düşünce de performans temelli işlevsellikle ilişkili bulunmuştur (Roche ve ark., 2015).

Covington ve arkadaşları (2005)'na göre şizofrenlerin dil yapısında en az iki bozulma vardır: konuşma planının takip edilemediği 'düşünce bozuklukları' ve klang çağrışım ya da neolojizm

gibi durumları içeren ‘şizofazi’dir. Düşünce bozuklukları daha çok yönetici işlevler ve kullanımbilim (pragmatics) ile alakalı sorunlarla ilişkiliyken şizofazi diğer düzey sorunlarla ilgili görünmektedir (Covington ve ark., 2005).

2.3.1. Beyin çalışmaları ve düşünce bozuklukları

Şizofreninin biyolojik kökenini anlamak için birçok çalışma yapılmıştır; bunlar arasında beyin görüntüleme çalışmaları önemli bir yer teşkil etmektedir. Sans-Sansa ve ark. (2013), çalışmalarında akıcılığın dezorganizasyonunu (fluent disorganisation) beynin Broca ve Wernicke alanlarındaki hacim kaybı ile konuşma içeriğinin yoksullaşmasını (poverty of content of speech) ise medial frontal/orbitofrontal korteks ile ilişkili bulmuşlardır. Kuperberg, Kreher, & Ditman (2010)’a göre de şizofreni hastalarında semantik (anlamsal) hafızanın yapı ve işlevi ile kelimelerin bir araya getirilerek cümle oluşturma sistemleri arasındaki etkileşimin işlevinde sorun vardır.

Düşünce bozuklukları işlevsel olarak beyinde superior ve orta temporal, fusiform ve bilateral olarak inferior frontal gyri, ayrıca sağ ve sol cingulate korteks, sağ kaudat çekirdek ve beyinciği içermekle beraber düşünce bozukluğu ile ilişkili aktivasyon artış ya da azalışı bu bölgelerin çoğunda belirgin haldedir (Sumner, Bell, & Rossell, 2018). Ayrıca düşünce bozuklukları, beyindeki dil ağının hem yapısal hem de fonksiyonel sapmalarıyla ilişkili bulunmuştur (Cavelti, Kircher, Nagels, Strik, & Homan, 2018).

2.4. Dil ve şizofreni

Dil, birçok alt kategorisi ve araştırma alanı olan bir bilim dalıdır. Dil ile alakalı çalışmalar da fonoloji (sesbilim), semantik (anlambilim), sentaks (sözdizim) gibi alanlara ayrılabilir. Titone (2010)’a göre şizofreni ve dil ile ilişkili çalışmalar, hastalığın tanımlandığı günlere gidecek kadar eskidir.

Stephane, Kuskowski ve Gundel (2014), şizofrenlerde dilin bileşenleri arasındaki dinamiğin bozulduğunu göstermiştir. Bununla birlikte şizofrenlerde yapılan dil çalışmalarının genelde isim bildiren kelimelerle yapıldığını fakat eylem bildiren kelimeler yani fiillerle yapılmadığı bildirilmiştir (Badcock, Dragovic, Garrett, & Jablensky, 2011). Moro ve arkadaşları (2015) çalışmalarında şizofreni hastaları hem uzun hem de kısa cümlelerde sadece sentaktik ya da

sözdizimsel olarak bozulma göstermişlerken semantik ya da anlamsal olarak bir bozulma göstermemişlerdir.

Şizofrenlerin sözcüksel karakterlerinin üstbilgi ile ilişkisi bulunmuşken sosyal biliş açınsındansa ikinci kişi zamiri, zarf, artikel ve zamir kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (Buck, Minor, & Lysaker, 2015). Şizofreni hastaları, zihin teorisi ve esneklik gibi yönetici işlevsellik sorunlarıyla beraber dilin pragmatik özellikleri açısından da bozulmalar göstermektedirler (Champagne-Lavau & Stip, 2010). Şizofrenlerde fonetik sıklıkla, sözcük dağarcığı ise açıkça bozulmuş olmakla beraber fonolojik yapı, morfoloji ve sentaks normal ya da normale yakındır (Covington ve ark., 2005).

Şizofrenlerin sağ hemisferle de alakalı olan ekstralengüistik ve paralengüistik alanlarda işlevsellik bozukluğu gösterdikleri de bulgulanmıştır (Pawelczyk, Kotlicka-Antczak, Łojek, Ruszpel, & Pawelczyk, 2018). Kullanımbilim (Pragmatics), dilin kavramsal kullanımını işaret eden temel bir bileşendir. Joyal ve ark. (2016) göre dildeki bazı bozulmaların giderilebilmesi mümkünken ŞB olan bireylerde dilsel bozulmaların giderebilmesi zordur. Azalmış dikkat ve yönetici işlevlerdeki sorunlar, dilsel bozulmaların yordayıcısı olmanın yanında şizofrenlerin dilsel üretimleri, temel olarak makrolengüistik düzeyde bozulmuştur (Marini ve ark., 2008).

Literatürde çok dilli psikoz hastaları üzerine yapılmış çalışmalar da vardır ve bulgular aynı kişide farklı dillere göre değişiyor görünmektedir (De Zulueta, Gene-Cos, & Grachev, 2001; Southwood, Schoeman, & Emsley, 2009).

2.5. Madde bağımlılığında düşünce ve dil özellikleri

Madde bağımlılığında düşünce ve dil özelliklerine yönelik yapılmış bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu yönüyle, yapılacak olan bu araştırma literatürdeki bir boşluğu dolduracaktır. Bağımlılık ve düşünce bozukluğu arasındaki ilişki daha önce araştırılmadıysa da düşünce bozukluğu gibi psikotik etkiler ortaya çıkaran ve ayrıca bağımlılık yapıcı bir özelliği de olan ketaminle yapılmış çeşitli çalışmalar literatürde mevcuttur (Adler ve ark, 1998, 1999; Malhotra ve ark., 1997).

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Örneklem

Örneklem grubunu Ege Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı Madde Bağımlılığı Birimi'nde ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalar ile Psikoz Birimi'nde tedavi gören ve DSM-V'e göre şizofreni tanısı almış hastalar ve sağlıklı kontrol grubu oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılacak kişi sayısı G*Power programının 3.1.9.2 versiyonu kullanılarak belirlenmiştir ve Etki Büyüklüğü (Effect Size) 0.40, Güven Aralığı %95 ve Güç (Power) 0.80, grup sayısı 3 olarak belirtildiğinde her grup için 22; toplamda ise 66 kişinin yeterli olduğu görülmüştür. Çalışmaya 29 madde kullanım bozukluğu tanısı alan hasta (11 alkol, 18 uyuşturucu bağımlısı), 27 psikotik bozukluk hastası ve 22 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 78 kişi katılmıştır. Gruplar yaş, cinsiyet ve eğitim yılı olarak eşitlenmiştir. Katılımcı gruplarının yaş, cinsiyet ve eğitim ortalamaları Tablo 1'de yansıtılmıştır.

Tablo 1: Katılımcı Gruplarının Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Yılı Ortalaması

Grubu	Erkek Katılımcı	Kadın Katılımcı	Yaş Ortalaması	Eğitim Yılı Ortalaması
Madde Kullanım Bozukluğu	16	13	31,62	10,76
Psikoz	13	14	34	10,74
Kontrol	11	11	33,73	11,27

3.2. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri

Çalışma grubu için:

- 1) Bir psikiyatrist tarafından DSM 5'e göre şizofrenik bozukluk, tanısı almış olmak
- 2) Bir psikiyatrist tarafından DSM 5'e göre, madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
- 3) 18-65 yaş arası olmak
- 4) Mental retardasyon tanısı almamış olmak
- 5) Okuryazar olmak

- 6) Görme ve işitme engeli bulunmamak
- 7) Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek

Sağlıklı kontrol grubunda yer alanlar için:

- 1) Şizofreni veya madde kullanım bozukluğu tanısı almamış olmak,
- 2) Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görmüyor olmak
- 3) Mental retardasyon tanısı almamış olmak
- 4) 18-65 yaş arası olmak
- 5) Okuryazar olmak
- 6) Görme ve işitme engeli bulunmamak
- 7) Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek

3.3. Çalışmadan dışlanma kriterleri

- 1) DSM 5'e göre psikotik bozukluk ya da madde kullanım bozukluğu dışında tek başına başka bir ruhsal hastalığa sahip olmak,
- 2) 18 yaş altında ya da 65 yaşın üstünde olmak
- 3) Mental retardasyon tanısı almış olmak
- 4) Okuryazar olmamak
- 5) Görme ve işitme engelli olmak

3.4. Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Servisi Yataklı Birimi ve Bağımlılık Polikliniği ile Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Birimi'nde Mayıs – Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.5. Çalışmada kullanılan ölçekler

Çalışmada katılımcılara toplamda iki adet ölçek/form uygulanmıştır. Bunlardan ilki sosyodemografik bilgi formu, ikincisi Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)'dir. Katılımcılara önce sosyodemografik bilgi formu ardından da DDÖ uygulanmıştır.

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir ve madde kullanım geçmişi gibi soruları içeren bir form kullanılmıştır. Bu form araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmıştır. Form, “Ekler” kısmında gösterilmiştir (Ek 1)

3.5.2. Düşünce ve Dil Ölçeği

Literatürde düşünce bozuklukları için geliştirilmiş çeşitli ölçekler vardır. Johnston, M. H., & Holzman (1979) ve Andreasen (1986)’in geliştirdikleri ölçekler bunların ilk örnekleridir.

Bir diğeri de Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeği (Thought and Language Disorder – TALD) Türkçe’ye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan (Mutlu, 2018) ve orijinali dört faktörden oluşan derecelendirme ölçeğidir ve ölçekteki faktörler, sübjektif-pozitif, sübjektif-negatif, objektif-pozitif ve objektif-negatif olarak ortaya çıkmıştır (Kircher ve ark., 2014). Bahsedilenlerin dışında aynı ölçeğin farklı varyasyonları olan ve hem hastanın hem de bakım profesyonelinin hastayı değerlendirdiği iki ayrı ölçek geliştirilmiş ve bu ölçeklerin geçerli ve güvenilir oldukları da gösterilmiştir. (Barrera, McKenna, & Berrios, 2008).

Bahsedilen ilk iki ölçeğin uygulamalarının çok da pratik olmaması nedeniyle Liddle ve ark. tarafından 2002 yılında Düşünce ve Dil Ölçeği (Thought and Language Index – TLI) geliştirilmiştir. Hem uygulaması daha kolay hem de daha kısa sürelidir. Ölçek daha sonra 2007 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır (Ulaş ve ark., 2007).

Ölçeğin orijinal versiyonunda üç faktör ortaya çıkmışsa da Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)’nin Türkçe uyarlamasında iki faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu faktörler, ‘Düşünce Dağınıklığı’ ve ‘Düşünce Yoksullaşması’ şeklindedir.

Bu iki faktör ya da kategorinin de toplamda sekiz adet alt başlığı vardır. ‘**Düşünce Fakirleşmesi**’ kategorisi, “*Konuşmanın Fakirliği*”, “*Amacın Zayıflaması*” ve “*Düşünce Tekrarı* (Perseverasyon)” maddelerini içerirken, ‘**Düşünce Dağınıklığı**’ kategorisi ise, “*Çözülme*”, “*Olağandışı Kelime Kullanımı*”, “*Olağandışı Cümle Yapısı*”, “*Olağandışı Mantık*” ve “*Çelinebilirlik*” (distractibility)” maddelerini içerir (Ulaş ve ark., 2007). Ölçeğin geçerliği ve güvenirliği yapılmış ve şizofrenlerin düşünce ve dil özelliklerini ölçmek konusunda işe yararlığı kanıtlanmıştır.

Şizofrenlere yönelik olarak geliştirilen yarı yapılandırılmış bir klinik ölçek olan DDÖ'nün uygulamasında Tematik Algı Testinden (TAT) uyarlanan 8 resimlik bir set kullanılır. Resimlerin arka yüzleri numaralandırılarak sırasına göre katılımcıya gösterilir ve kişinin resim hakkında bir dakika boyunca serbestçe konuşması istenir. Katılımcıya “size her defasında bir resim göstereceğim ve bana ne gördüğünüzü ve bunun ne olabileceğini bir dakika boyunca mümkün olduğunca anlatınız” denerek yönlendirme yapılır. Katılımcı, eğer bir dakikadan kısa sürede bitirirse “başka ne söyleyebilirsiniz?”, “biraz daha ayrıntı verebilir misiniz?” gibi yönlendirici olmayan uyarılar yapılır.

Katılımcının verdiği düşünce bozukluğu örneği olabilecek sıra dışı yanıtlar kaydedilir. Diğer resme geçilmeden önce kişinin “serbest konuşma” aşamasında verdiği yanıtlar, ikinci kısım olan “soruşturma” aşamasında araştırılır. Bu kısımda katılımcının verdiği sıra dışı, anlamsız vb. yanıtlar ve temalar daha derinlemesine soruşturulur ve düşünce bozukluğuna ilişkin ek örnekler bozukluğun geçerli tipi için puanlanır. Daha sonrasında ise aynı uygulama kalan 7 resim için de tekrarlanır.

Düşünce ve Dil Ölçeği, daha önce bahsedildiği gibi iki alt kategori içermektedir ve bu iki kategori de toplamda sekiz maddeye sahiptir. Yapılan uygulama bir ses kayıt cihazı kullanılarak kaydedilir ve toplamda 15 dakika civarında sürmektedir. Puanlamalar, 0 – 0,25 – 0,50 – 0,75 ve 1,00 şeklinde yapılır. Alınan puanlar arttıkça düşünce bozukluğunun şiddeti artmaktadır. Ölçeğin en düşük puanı “0” olmakla birlikte alınabilecek en yüksek puan belirtilmemiştir.

Ölçeğin sahip olduğu kategori ve maddeler aşağıda gösterildiği gibidir:

1-Düşünce Fakirleşmesi

- a) *Konuşmanın fakirliği*: Konuşma miktarındaki azalmayı yansıtır. Yanıtlar kısa ve ayrıntıdan yoksundur.
- b) *Amacın zayıflaması*: Düşüncenin amacından uzaklaştığını, gereken ayrıntıları içermediğini, gereksiz genellemelerin ve az bilgi içeren anlamsız konuşmaların varlığını yansıtır.
- c) *Düşünce Tekrarı* (Perseverasyon): Aktarılan düşünce ve temanın gereksiz ve anlamsız bir şekilde tekrar edilmesini içerir.

2-Düşünce Dağınıklığı

- a) *Çözülme*: Düşünce ve temalar arasındaki bağlantının azlığını ya da yokluğunu anlatır. Uygunsuz ya da ilişkisiz cevaplar vermek buna dâhildir.

- b) *Olağandışı kelime kullanımı*: Uydurulan kelimeleri ve kelimelerin sıra dışı şekilde kullanımını ifade eder. . Kelimelerin kullanımı alışlagelmedik biçimdedir veya uydurulmuştur.
- c) *Olağandışı cümle yapısı*: Alışılmadık ve olağandışı cümle kullanımını ifade eder.
- d) *Olağandışı mantık*: Hatalı ve yetersiz kanıtlar aracılığıyla varılan çıkarımları ifade eder.
- e) *Çelinebilirlik*: Dış bir uyaran kaynaklı konudan farklı düşünce ve fikirlerin varlığını ifade eder.

Ölçeğin uygulama ve değerlendirme yönergesi ile kullanılan TAT kartları, “Ekler” kısmında bulunabilir (Ek 2).

3.6. İstatistiksel analiz

Çalışmanın sonucunda ortaya çıkan veriler SPSS 20 programına girilmiş ve istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

4. Bulgular

4.1. Katılımcı özellikleri

Araştırmaya madde kullanım bozukluğu, psikotik bozukluk ve sağlıklı kontroller olmak üzere üç ayrı katılımcı grubu alınmıştır. Bu çalışmaya 29 (%37,2) madde kullanım bozukluğu, 27 (%34,6) psikotik bozukluk tanılı hasta ve 22 (%28,2) sağlıklı kişi katılmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan gönüllülerin 18 (toplam katılımcıların %23,1)'i uyuşturucu kullanım bozukluğu hastası iken, 11 (toplam katılımcıların %14,1)'i ise alkol kullanım bozukluğu hastasıdır.

Katılımcılar cinsiyetler açısından incelendiğinde; 40 (%51,3)'ü erkek iken, 38'nin (%48,7) kadın olduğu saptanmıştır.

Gönüllülerin yaşları gruplandırıldığında katılımcıların en çok 18-29 yaş grubunda kümelendiği saptanmıştır. 18-29 yaş grubu toplamda 32 (%41) kişidir.

Katılımcıların medeni durumları da toplanan bilgilerden biridir ve katılımcılardan 26 (%33,3) tanesi evliyken, çoğunluk olan 52 (%66,7) tanesi bekârdır.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; en kalabalık grubu 15 yıl (%19,2) (4 yıllık üniversitesi mezunu) eğitim alanların oluşturduğu görülmüştür. 11 yıl (%15,4) (lise mezunu) eğitim alanlar ve 5 yıl (%15,4) (ilkokul) eğitim alanlar bu grubu izlemektedir.

Katılımcıların 43'nün (%55,1) çalışmadığı; 35'nin (%44,9) çalıştığı saptanmıştır.

Katılımcıların Sosyodemografik bulguları Tablo 2'de gösterildiği gibidir.

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Gruplar	Katılımcı Sayısı	Yüzde
Madde Kul. Bozukluğu	29	37,2
Psikoz	27	34,6
Kontrol	22	28,2
Toplam	78	100
Demografik Özellikleri		
Cinsiyet	Katılımcı Sayısı	Yüzde
Erkek	40	51,3
Kadın	38	48,7
Yaş Grupları	Sıklık	Yüzde
18-29	32	41,0
30-39	26	33,3
40-49	16	20,5
50+	4	5,1
Medeni Durum	Sıklık	Yüzde
Evli	26	33,3
Bekâr	52	66,7
Eğitim Yılı	Sıklık	Yüzde
3	1	1,3
5	12	15,4
8	10	12,8
9	4	5,1
10	1	1,3
11	12	15,4
12	10	12,8
13	8	10,3
15	15	19,2
16	5	6,4
Çalışma Durumu	Sıklık	Yüzde
Çalışıyor	35	44,9
Çalışmıyor	43	55,1

4.2. Araştırmanın sonuçları

Madde kullanım bozukluğu hastaları, psikoz hastaları ve kontrol grubu arasında **Düşünce ve Dil Ölçeği**'nden elde edilen toplam puan ortalamaları, ölçeğin iki alt faktörü olan *Düşünce Dağınıklığı* ve *Düşünce Fakirleşmesi* toplam puanları ortalamaları ile ölçeğin bütün maddelerinin toplam puan ortalamalarının gruplara göre anlamlı fark gösterip göstermediği ANOVA ile test edilmiştir. Bunların dışında da araştırmacının isteğiyle DDÖ'de yer almasa da serbest yanıt sırasında katılımcılara verilen uyarı sayıları ve katılımcıların kartlara yanıt verme süre hızları arasında anlamlı fark olup olmadığı da ayrı birer değişken olarak değerlendirilmiştir. **Toplam Uyarı Sayısı**, serbest yanıt sırasında katılımcılara yapılan uyarıların toplamını ifade etmektedir. Bununla birlikte **Toplam Cevap Süresi** ise katılımcının kendisine kart gösterildikten sonraki yanıt verme hızını ifade etmektedir.

Çelinebilirlik Puanı, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ayırt edici bulunmamıştır (Ulaş ve ark., 2007). Yapılan araştırmada da sadece bir kişi çelinebilirlik maddesinden puan almıştır ve bu nedenle bütün maddelerin toplam puan ortalamaları değerlendirilmeye alınmışsa da Çelinebilirlik Puanı bunun dışında bırakılmıştır.

Yapılan “ANOVA” testlerinin tamamı varyansların eşit olması durumunda **Tukey HSD veya LSD** testi ile varyansların eşit olmaması durumunda ise **Games-Howell** testi ile değerlendirilmiştir. Birden fazla olan gruplar için ANOVA yapılırken iki grup olması durumunda “t testi” uygulanmıştır. Yapılan bütün testlerde anlamlılık düzeyinin belirlenmesinde $p < 0,05$ değeri kriter olarak alınmıştır.

4.2.1. Katılımcı gruplarına göre anlamlı fark bulunan maddeler

Yapılan istatistiksel analizlere göre katılımcı grupları özelinde **Toplam Uyarı Sayısı, Amacın Zayıflaması, Düşünce Tekrarı, Olağandışı Kelime Kullanımı, Olağandışı Cümle Yapısı, Olağandışı Mantık, Düşünce Fakirleşmesi, Düşünce Dağınıklığı ile Düşünce ve Dil Ölçeği Toplam Puanı** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Bununla birlikte 3 katılımcı grubu arasında da Cevap Süresi, Konuşmanın Fakirleşmesi ve Çözülme Puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

4.2.1.1. Toplam uyarı sayısı

Katılımcıların serbest yanıt sırasında uzun süreli duraklamalarında yönlendirici olmayan uyarılar verilmiştir. Verilen bu uyarıların katılımcı gruplarına göre, toplam sayı ortalamaları arasında yapılan ANOVA testine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,378$; $p=0,039$). Hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu belirlemek için yapılan Games-Howell Post-Hoc testine göre ise psikoz grubu ($\bar{X}=8,00$), kontrol grubundan ($\bar{X}=3,73$) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu grubunun toplam uyarı ortalaması ($\bar{X}=4,86$) ise psikoz ($\bar{X}=8,00$) ve kontrol grubu ortalamasından ($\bar{X}=3,73$) anlamlı derecede farklılık göstermemiştir.

4.2.1.2. Amacın zayıflaması

Toplam Amacın Zayıflaması Puan ortalamaları arasında da anlamlı farklılaşma görülmüştür. Games-Howell Post-Hoc testine göre kontrol grubu ($\bar{X}=0,08$), psikoz ($\bar{X}=0,80$) ve madde kullanım bozukluğu ($\bar{X}=0,57$) gruplarından istatistiksel olarak daha düşük iken, psikoz ve madde kullanım bozukluğu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=4,000$; $p=0,022$).

4.2.1.3. Düşünce tekrarı

Yapılan Tukey HSD Post-Hoc testine göre toplam Düşünce Tekrarı Puan ortalamalarına göre kontrol grubu ($\bar{X}=1,07$), psikoz hastalarından ($\bar{X}=2,11$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu olanlar ($\bar{X}=1,59$) ise kontrol grubu ($\bar{X}=1,07$) ve psikoz hastalarının ($\bar{X}=2,11$) ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark göstermemiştir ($F=4,754$; $p=0,011$).

4.2.1.4. Olağandışı kelime kullanımı

Yapılan Games-Howell Post-Hoc testine göre katılımcıların Olağandışı Kelime Kullanımı maddesinden aldıkları toplam puan ortalamaları açısından, kontrol grubu ($\bar{X}=0,31$), madde kullanım bozukluğu ($\bar{X}=0,66$) ve psikoz ($\bar{X}=1,15$) gruplarından anlamlı derecede düşük

bulunmuşken, psikoz ve madde kullanım bozukluğu grupları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($F=10,279$; $p=0,000$).

4.2.1.5. Olağandışı cümle yapısı

Olağandışı Cümle Yapısı maddesinin toplam puan ortalamalarının katılımcı gruplarına göre nasıl fark gösterdiği ANOVA sonrası yapılan Games-Howell Post-Hoc testi ile ölçülmüştür. Test sonuçlarına göre kontrol grubu ($\bar{X}=0,01$), psikoz ($\bar{X}=0,59$) ve madde kullanım bozukluğu gruplarından ($\bar{X}=0,17$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca madde kullanım bozukluğu grubu da psikoz grubundan anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($F=9,131$; $p=0,000$).

4.2.1.6. Olağandışı mantık

Toplam Olağandışı Mantık Puan Ortalamaları arasında da anlamlı derece fark bulunmuştur ve bu farkın yönünü belirlemek için yapılan Games-Howell Post-Hoc testi sonucuna göre kontrol grubu ($\bar{X}=0,95$), psikoz ($\bar{X}=2,27$) ve madde kullanım bozukluğu grubundan ($\bar{X}=1,83$) istatistiksel olarak daha düşük çıkmıştır. Psikoz ve madde kullanım bozukluğu grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($F=6,697$; $p=0,002$).

4.2.1.7. Düşünce fakirleşmesi kategori puanı

DDÖ'nün iki alt ölçeğinden biri olan Düşünce Fakirleşmesi puan ortalamaları arasında da katılımcı gruplarına göre anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. ANOVA testi sonuçlarına göre bulunan anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğu Games-Howell Post-Hoc testiyle belirlenmiştir. Kontrol grubu ($\bar{X}=1,68$), madde kullanım bozukluğu ($\bar{X}=3,05$) ve psikoz ($\bar{X}=4,22$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Madde kullanım bozukluğu olanlar ile psikoz hastaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($F=9,466$; $p=0,000$).

4.2.1.8. Düşünce dağınıklığı kategori puanı

DDÖ'nün bir diğer alt ölçeği olan Düşünce Dağınıklığı puan ortalamaları arasında da katılımcı gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. ANOVA testi sonrası yapılan Games-Howell Post-Hoc testine göre kontrol grubu ($\bar{X}=2,00$), madde kullanım bozukluğu ($\bar{X}=3,71$) ve psikoz ($\bar{X}=5,81$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olanlar da psikoz grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($F=19,803$; $p=0,000$).

4.2.1.9. Düşünce ve dil ölçeği puanı

Ölçekteki her bir maddeden alınan skorların toplanarak elde edildiği Düşünce ve Dil Ölçeği Puanı da katılımcı gruplarına göre farklılık göstermiştir ($F=38,514$; $p=0,000$). ANOVA sonrası anlamlılığın yönünü belirlemek için Tukey HSD Post-Hoc testi yapılmıştır. Yapılan belirlemelere göre her üç grup arasında da anlamlı derece fark bulunmuştur. Kontrol grubu ($\bar{X}=3,68$), madde kullanım bozukluğu ($\bar{X}=6,76$) ve psikoz grubundan ($\bar{X}=10,04$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca madde kullanım bozukluğu grubu da psikoz grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulgulanmıştır.

Katılımcı gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derece farklılık gösteren Toplam Uyarı Sayısı, Amacın Zayıflaması, Düşünce Tekrarı, Olağandışı Kelime Kullanımı, Olağandışı Cümle Yapısı, Olağandışı Mantık, Düşünce Fakirleşmesi ve Toplam Ölçek puan ortalamaları *Tablo 3*'te verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcı Gruplarına Göre Anlamlı Fark Bulunan Maddeler

Katılımcı Grupları	Madde Kullanım Bozukluğu	Psikoz	Kontrol
Toplam Uyarı Sayısı Ortalaması	4,86	8,00	3,73
Amacın Zayıflaması Puan Ortalaması	0,57	0,80	0,08
Düşünce Tekrarı Puan Ortalaması	1,59	2,11	1,07
Olağandışı Kelime Kullanımı Puan Ortalaması	0,66	1,15	0,31
Olağandışı Cümle Yapısı Puan Ortalaması	0,17	0,59	0,01
Olağandışı Mantık Puan Ortalaması	1,83	2,27	0,95
Düşünce Fakirleşmesi Puan Ortalaması	3,05	4,22	1,68
Düşünce Dağınıklığı Puan Ortalaması	3,71	5,81	2,00
Toplam Ölçek Puanı	6,76	10,04	3,68

4.2.2. Uyuşturucu madde kullanım süresi

Madde kullanım bozukluğu grubu arasında uyuşturucu (alkol hariç) madde kullanım süreleri açısından anlamlı fark olup olmadığı da istatistiksel olarak analize tabi tutulmuş ve “Düşünce Tekrarı” puanları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($F=4,211$; $p=0,031$). Yapılan Games-Howell Post-Hoc testine göre 10 yıl ve üzerinde madde kullananların düşünce tekrar puanı ($\bar{X}=0,25$), 0-4 yıl ($\bar{X}=1,82$) ve 5-9 yıl ($\bar{X}=1,90$) aralığında madde kullananlardan farklılaşmış ve istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. 0-4 yıl ve 5-9 yıl arası uyuşturucu madde kullanan gruplar arasında ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Sonuçlar *Tablo 4*’te aktarılmıştır.

Tablo 4: Uyuşturucu Madde Kullanım Sürelerine Göre Düşünce Tekrarı Puan Ortalaması

Kullanım Süresi	0-4 Yıl	5-9 Yıl	10+ Yıl
Düşünce Tekrarı Puan Ortalaması	1,82	1,90	0,25

4.2.3. Madde kullanım bozukluğu olanlarda alkol kullanım süresi

Madde kullanım bozukluğu grubu içinde alkol kullananlarının kullanım süresine göre farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde de “Düşünce Fakirleşmesi” kategorisi toplam puanları arasında anlamlı farklılaşma ortaya çıkmıştır ($F=4,963$; $p=0,017$). Tukey HSD Post-Hoc testi ile farklılaşmanın yönüne bakıldığında ise 0-9 yıl grubu ($\bar{X}=4,50$), 10-19 yıl grubundan ($\bar{X}=1,95$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlar *Tablo 5*’te aktarılmıştır.

Tablo 5: Alkol Kullanım Süresine Göre Düşünce Fakirleşmesi Puan Ortalaması

Alkol Kullanım Süresi	0-9 Yıl	10-19 Yıl	20+ Yıl
Düşünce Fakirleşmesi Puan Ortalaması	4,50	1,95	3,00

4.2.4. Sigara kullanım durumu

Sigara kullananlar, sigara kullanmayanlara göre uyarı sayısı, olağandışı cümle yapısı ve toplam ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermişlerdir. Yapılan t testi sonuçlarına göre sigara içenler ($\bar{X}=4,35$), içmeyenlerden ($\bar{X}=8,04$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az uyarı almışlardır ($t= -2,283$; $p=0,028$).

Sigara kullanım durumu, “Olağandışı Cümle Yapısı” maddesinde de istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkarmıştır. Sigara kullananlar ($\bar{X}=0,15$), sigara kullanmayanlardan ($\bar{X}=0,51$) anlamlı derecede daha düşük puan almışlardır ($t= -2,194$; $p=0,037$).

Ayrıca sigara kullanım durumu, toplam ölçek puanları açısından da anlamlı bir fark ortaya çıkarmıştır. Yapılan t testi sonuçlarına göre; sigara kullananların toplam ölçek puanları ($\bar{X}=6,34$), kullanmayanlardan ($\bar{X}=8,31$) anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($t= -2,117$; $p=0,041$). Sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında ortaya çıkan bütün anlamlı farklar Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: Sigara Kullanımına Göre Anlamlı Fark Bulunan Maddeler

Sigara Kullanımı	Evet	Hayır
Toplam Uyarı Sayısı Ortalaması	4,35	8,04
Olağandışı Cümle Yapısı Puan Ortalaması	0,15	0,51
Toplam Ölçek Puanı	6,34	8,31

4.2.5. Alkol kullanım durumu

Alkol kullananların (sosyal içici + kullanım bozukluğu) ölçekten aldığı puanlar arasında da anlamlı fark bulunmuştur. Tüm katılımcılar arasında alkol kullananların puanları, Düşünce Tekrarı, Olağandışı Cümle Yapısı, Düşünce Fakirleşmesi, Düşünce Dağınıklığı ve Toplam ölçek puanları açısından alkol kullanmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmıştır. Alkol kullananların Düşünce Tekrar puan ortalamaları ($\bar{X}=1,33$), kullanmayanlardan ($\bar{X}=2,00$) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($t= -2,451$; $p=0,017$).

Alkol kullananların (sosyal içici + kullanım bozukluğu) alkol kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı bir diğer ölçek maddesi de Olağandışı Cümle Yapısıdır.

Alkol kullanımı olanlar ($\bar{X}=0,14$), alkol kullanmayanlardan ($\bar{X}=0,44$) istatistiksel olarak daha iyi performans göstermişlerdir ($t= -2,206$; $p=0,034$).

Alkol kullanan katılımcıların Düşünce Fakirleşmesi puan ortalaması ($\bar{X}=2,57$), kullanmayan katılımcıların puan ortalamasından ($\bar{X}=3,71$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($t= -2,282$; $p=0,025$).

Alkol kullanım durumu, katılımcıların Düşünce Dağınıklığı puan ortalaması açısından da anlamlı farklılık yaratmıştır ($t= -2,356$; $p=0,021$). Alkol kullananlar ($\bar{X}=3,36$), kullanmayanlardan ($\bar{X}=4,72$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük puan alarak daha iyi bir performans göstermişlerdir.

Bunun yanında Dil ve Düşünce Ölçeği'nden alınan toplam puan ortalamaları da ($t= -3,263$; $p=0,002$) anlamlı farklılık göstermiştir. Alkol kullanan katılımcılar ($\bar{X}=5,94$), kullanmayan katılımcılardan ($\bar{X}=8,43$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük puan almışlardır. Alkol kullanım durumuna göre ortaya çıkan anlamlı puan farkları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Alkol Kullanım Durumuna Göre Anlamlı Fark Bulunan Maddeler

Alkol Kullanımı	Evet	Hayır
Düşünce Tekrar Puan Ortalaması	1,33	2,00
Olağandışı Cümle Yapısı Puan Ortalaması	0,14	0,44
Düşünce Fakirleşmesi Puan Ortalaması	2,57	3,71
Düşünce Dağınıklığı Puan Ortalaması	3,36	4,72
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	5,94	8,43

4.2.6. Alkol kullanım süresi

Tüm alkol kullanıcıları (madde kullanım bozukluğu + sosyal içici) arasında, kullanım süresine göre ölçek puanları da anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Her ne kadar toplam ölçek puanı ya da toplam kategori puanları arasında anlamlı fark ortaya çıkmasa da yapılan Tukey HSD Post-Hoc sonuçlarına göre alkol kullanım süresi 0-9 yıl arasında olanlar ($\bar{X}=0,28$), alkol kullanım süresi 10-19 yıl ($\bar{X}=0,75$) ve 20 ve üzeri yıl olanlardan ($\bar{X}=0,75$) “Olağandışı Kelime Kullanım” maddesi açısından anlamlı derecede daha düşük puan almışlardır ($F=3,844$; $p=0,030$). Sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Alkol Kullanım Süresine Göre Olağandışı Kelime Kullanım Puan Ortalaması

Alkol Kullanım Süresi	0-9 Yıl	10-19 Yıl	20+ Yıl
Olağandışı Kelime Kullanım Puan Ortalaması	0,28	0,75	0,75

4.2.7. Eğitim düzeyi

Araştırmaya göre eğitim düzeyi de ölçekten alınan puanlarda anlamlı farklılığa neden olmaktadır. Eğitim düzeyine göre Toplam Uyarı Sayısı ($F=5,599$; $p=0,002$), Konuşmanın Fakirleşmesi ($F=3,665$; $p=0,016$), Amacın Zayıflaması ($F=9,898$; $p=0,000$), Düşünce Tekrarı ($F=3,264$; $p=0,026$), Düşünce Fakirleşmesi kategorisi ($F=11,984$; $p=0,000$) ile DDÖ toplam puanları ($F=3,637$; $p=0,017$) anlamlı fark göstermiştir.

Games-Howell Post-Hoc testi ile eğitim düzeyine ile Toplam Uyarı Sayısı ilişkisi incelendiğinde ortaokul mezunlarının ($\bar{X}=10,60$), üniversite mezunlarından ($\bar{X}=2,68$) anlamlı derecede yüksek sayıda uyarı aldıkları; bunun dışında kalan gruplar arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır.

Yapılan Games-Howell Post-Hoc test analizlerine göre eğitim grupları ile ‘Konuşmanın Fakirleşmesi’ ilişkisi incelendiğinde; lise mezunları ($\bar{X}=1,22$) ile üniversite mezunları ($\bar{X}=0,33$)

arasında anlamlı derecede farklılık bulunduğu; lise mezunlarının ortalamasının, üniversite mezunlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu ancak diğer gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Eğitim gruplarına göre ‘Amacın Zayıflaması’ puanları da anlamlı fark göstermiştir. Yapılan Games-Howell Post-Hoc testine göre; ortaokul mezunlarının puanları ($\bar{X}=1,50$), hem ilkokul ($\bar{X}=0,33$) hem de üniversite mezunlarından ($\bar{X}=0,11$) anlamlı derecede daha yüksek iken diğer gruplar arasında ise anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.

Eğitim düzeyi, Düşünce Tekrarı maddesinde de anlamlı derecede fark yaratmıştır ve anlamlılığın yönüne bakmak için yapılan Tukey HSD Post-Hoc testine göre üniversite mezunları ($\bar{X}=1,19$), ortaokul mezunlarından ($\bar{X}=2,28$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük puan almışlardır. Ancak ilkokul ($\bar{X}=2,02$) ve lise ($\bar{X}=1,41$) mezunlarının ortalamaları ortaokul ve üniversite mezunlarından anlamlı derecede fark göstermemiştir.

Eğitim düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yarattığı bir diğer ölçek maddesi de ‘Düşünce Fakirleşmesi’ olmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri ve düşünce fakirleşmesi puanları Games-Howell Post-Hoc test analizi yapılarak karşılaştırılmış ve bunun sonucunda üniversite mezunlarının düşünce fakirleşmesi puanlarının ($\bar{X}=1,63$), lise ($\bar{X}=2,98$), ortaokul ($\bar{X}=5,43$) ve ilkokul mezunlarından ($\bar{X}=2,77$) anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Lise mezunlarının puanları, ortaokul ve üniversite mezunlarından anlamlı derecede fark gösterirken; ilkokul mezunları ile arasında anlamlı derecede fark bulunmamıştır. Ortaokul mezunları da diğer bütün eğitim gruplarından anlamlı derecede farklılık göstermektedir. Bunun yanında ilkokul mezunları ise lise mezunlarından anlamlı derecede fark göstermezken; diğerlerinden anlamlı olarak farklılık göstermektedir.

DDÖ’den alınan toplam ölçek puanlarının eğitim düzeyleriyle anlamlı değişiklikler gösterdiği saptanmıştır. Tukey HSD Post-Hoc testi ile ölçekten alınan toplam puan ortalamaları arasında bulunan anlamlı farkın yönüne bakıldığında ise üniversite mezunları ($\bar{X}=5,44$), ortaokul mezunlarından ($\bar{X}=9,10$) anlamlı derecede daha düşük puan almışlardır ($F=3,637$; $p=0,017$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Eğitim gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yaratan bütün puan ortalamaları, *Tablo 9*’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Eğitim Gruplarına Göre Anlamlı Fark Bulunan Maddeler

Eğitim Düzeyi	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
Toplam Uyarı Sayısı	4,23	10,60	5,63	2,80
Konuşmanın Fakirleşmesi Puan Ortalaması	0,42	1,65	1,22	0,33
Amacın Zayıflaması Puan Ortalaması	0,33	1,50	0,36	0,11
Düşünce Tekrarı Puan Ortalaması	2,02	2,28	1,41	1,19
Düşünce Fakirleşmesi Puan Ortalaması	2,77	5,43	2,98	1,63
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	6,31	9,10	7,36	5,44

4.2.8 Sosyodemografik verilerin DDÖ puanları ile ilişkisi

DDÖ puanları ile medeni durum, çalışma durumu gibi birçok sosyodemografik veri istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki göstermiştir. Anlamlı derecede ilişki gösteren sosyodemografik veriler ve ortaya çıkan ölçek puanları aşağıda gösterilmiştir.

4.2.8.1 Medeni durum

Araştırmada iki gruba ayrılan bütün değişkenler t testi ile değerlendirilmiştir. Yapılan t testi analizlerine göre %95 güven aralığında anlamlı farklılık gösteren değişkenlerden biri de medeni durumdur. Evli ya da bekâr olmak, Olağandışı Mantık, Düşünce Dağınıklığı ve DDÖ toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farka neden olmuştur. T testi sonuçlarına göre evli olanların olağandışı mantık puanları ($\bar{X}=1,17$), bekâr olanlardan ($\bar{X}=2,01$) istatistiksel olarak daha düşüktür ($t= -3,046$; $p=0,003$).

Evlilerin Düşünce Dağınıklığı puan ortalamaları ($\bar{X}=2,84$), bekârların puan ortalamalarından ($\bar{X}=4,51$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ($t= -3,175$; $p=0,002$). Ayrıca son

olarak da evlilerin ölçekten aldıkları toplam puan ortalamaları ($\bar{X}=5,82$), bekârların puan ortalamalarından ($\bar{X}=7,63$) istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur ($t= -2,174$; $p=0,033$). Medeni duruma göre oluşan Olağandışı Mantık, Düşünce Dağınıklığı ve Toplam Ölçek Puan Ortalamaları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Medeni Duruma Göre Anlamlı Fark Bulunan Puan Ortalamaları

Medeni Durum	Evli	Bekâr
Olağandışı Mantık Puan Ortalaması	1,17	2,01
Düşünce Dağınıklığı Puan Ortalaması	2,84	4,51
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	5,82	7,63

4.2.8.2 Çalışma durumu

Çalışıyor ya da çalışmıyor olmak da DDÖ’den alınan puanlar açısından anlamlı farklılık ortaya çıkarmıştır. Anlamlı farklılık gösteren maddeler ise Olağandışı Cümle Yapısı, Olağandışı Mantık ve toplam ölçek puanlarıdır. Çalışanların Olağandışı Cümle Yapısı puan ortalamaları ($\bar{X}=0,14$), çalışmayanlardan ($\bar{X}=0,38$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($t= -2,135$; $p=0,036$).

Çalışanların Olağandışı Mantık puan ortalamaları ($\bar{X}=1,40$), çalışmayanların puan ortalamalarından ($\bar{X}=2,01$) anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($t= -2,006$; $p=0,048$). Ayrıca son olarak da çalışanlar ($\bar{X}=5,99$), toplam ölçek puanı açısından çalışmayanlardan ($\bar{X}=7,87$) daha düşük puan almışlardır ($t= -2,402$; $p=0,019$).

Çalışanlar bahsedilen her üç maddede de çalışmayanlardan daha iyi performans göstermişlerdir. Çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunan puan ortalamaları Tablo 11’de yansıtılmıştır.

Tablo 11: Çalışma Durumuna Göre Anlamlı Fark Bulunan Puan Ortalamaları

Çalışma Durumu	Çalışıyor	Çalışmıyor
Olağandışı Cümle Yapısı Puan Ortalaması	0,14	0,38
Olağandışı Mantık Puan Ortalaması	1,40	2,01
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	5,99	7,87

4.2.8.3. Çoğunlukla yaşanan bölge

Katılımcılara hayatlarının en çok geçtiği bölge sorulmuş ve bunun sonucunda da il ve ilçe olmak üzere iki farklı grup ortaya çıkmıştır. Bu iki grubun arasında da Konuşmanın Fakirleşmesi maddesi, Düşünce Fakirleşmesi kategorisi ve DDÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur.

İlde yaşayanların Konuşmanın Fakirleşmesi puan ortalamaları ($\bar{X}=0,64$), ilçede yaşayanların puan ortalamalarından ($\bar{X}=1,42$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($t= -2,129$; $p=0,039$). İlde yaşayanlar ($\bar{X}=2,59$), Düşünce Fakirleşmesi kategori puanları açısından da ilçede yaşayanlardan ($\bar{X}=3,83$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük puan elde etmişlerdir ($t= -2,448$; $p=0,017$). Son olarak da ilde yaşayanların DDÖ toplam puanları ($\bar{X}=6,39$), ilçede yaşayanların puanlarından ($\bar{X}=8,05$) anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t= -2,054$; $p=0,043$).

Hayatının çoğunluğunu il merkezinde yaşayarak geçirenler, ilçe merkezinde yaşayarak geçirenlerden bahsedilen her üç maddede de istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük puan elde etmişlerdir. Yaşanılan bölgeye göre anlamlı fark ortaya çıkan ortalama puanlar Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Çoğunlukla Yaşanılan Yere Göre Anlamlı Fark Bulunan Puan Ortalamaları

Çoğunlukla Yaşadığı Yer	İl	İlçe
Konuşmanın Fakirleşmesi Puan Ortalaması	0,64	1,42
Düşünce Fakirleşmesi Puan Ortalaması	2,59	3,83
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	6,39	8,05

4.2.8.4. Ailede psikiyatrik hastalığın varlığı

Bireyin ailesinde psikiyatrik rahatsızlık (madde kullanım bozukluğu hariç) bulunması puan ortalamaları açısından anlamlı düzeyde farka neden olmuştur. Aile üyelerinde psikiyatrik rahatsızlık olan bireylerin Düşünce Dağınıklığı puan ortalamaları ($\bar{X}=5,01$), aile üyeleri arasında psikiyatrik rahatsızlık olmayan bireylerin puan ortalamalarından ($\bar{X}=3,61$) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($t= 2,087$; $p=0,040$). Ailesinde psikiyatrik bozukluk bulunanların Düşünce Dağınıklığı puanları anlamlı olarak daha yüksektir ve ölçeğin bu kategorisinde daha kötü bir performans göstermişlerdir. Buna rağmen Toplam Ölçek Puanları arasında bir farklılık gözlemlenmemiştir. Sonuçlar Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13: Ailede Psikiyatrik Bozukluk Varsa Düşünce Dağınıklığı Puan Ortalaması

Ailede Psikiyatrik Hastalık	Evet	Hayır
Düşünce Dağınıklığı Puan Ortalaması	5,01	3,61

4.2.8.5. Ailede madde bağımlılığının varlığı

Katılımcıların aile öykülerinde madde kullanım bozukluğu olan bir bireyin olup olmaması da anlamlı farklılık ortaya çıkmasına neden olmuştur. Anlamlı farklılık ortaya çıkan maddeler, Toplam Uyarı Sayısı, Amacın Zayıflaması ve Düşünce Fakirleşmesi puanlarıdır. Yapılan t testi sonuçlarına göre; ailesinde madde kullanım bozukluğu olanların Toplam Uyarı Sayısı ortalaması ($\bar{X}=3,48$), ailesinde madde kullanım bozukluğu olmayanların ortalama puanlarından ($\bar{X}=6,53$) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($t= -2,749$; $p=0,007$).

Ailesinde madde kullanım bozukluğu olan bireylerin Amacın Zayıflaması puanları ($\bar{X}=0,16$), olmayanlardan ($\bar{X}=6,53$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($t= -3,186$; $p=0,002$). Son olarak da ailesinde madde kullanım bozukluğu olanların Düşünce Fakirleşmesi puan ortalamaları ($\bar{X}=2,11$), olmayanlardan ($\bar{X}=3,47$) anlamlı düzeyde daha düşüktür ($t= -3,228$; $p=0,002$). Bununla beraber ölçekten alınan toplam puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Oluşan bu farklar, Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Ailede Madde Kullanım Bozukluğu Varsa Anlamlı Farklılık Bulunan Maddeler

Ailede Madde Bağımlılığı	Evet	Hayır
Toplam Uyarı Sayısı Ortalaması	3,48	6,53
Amacın Zayıflaması Puan Ortalaması	0,16	0,65
Düşünce Fakirleşmesi Puan Ortalaması	2,11	3,47

4.2.9. Ayaktan veya yataklı tedavi alan MKB hastaları

Madde kullanım bozukluğu olanlar arasında ölçek puanları açısından yataklı ya da ayaktan tedavi almanın anlamlı fark ortaya çıkarıp çıkarmadığı t testi ile sınanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonrasında yataklı tedavi almış olanların DDÖ toplam puanları ($\bar{X}=6,10$), yataklı tedavi görmeyenlerden ($\bar{X}=8,36$) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($t= 2,164$;

p=0,040). Ayaktan veya yataklı tedavi almaya göre ortaya çıkan DDÖ toplam puanları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15: Ayaktan veya Yataklı Tedavi Almaya Göre Toplam Ölçek Puan Ortalaması

Ayaktan veya Yataklı Tedavi Alma Durumu	Ayaktan	Yataklı
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	8,36	6,10

4.2.10. Psikiyatrik tedavi gören MKB hastaları

Çalışmada her ne kadar madde kullanım bozukluğu dışında psikiyatrik tedavi görenler çalışma dışı bırakılmak istendiyse de bununla beraber yaş, cinsiyet ve eğitimin eşitlenmek istenmiş olması katılımcı bulmayı neredeyse olanaksız kılmıştır. Madde kullanım bozukluğu hastaları arasında psikiyatrik hastalık ve dolayısıyla da psikiyatrik tedavi görme oranı da bilindiği üzere yüksektir. Bu nedenle de çalışmaya psikiyatrik tedavi görenler de alınmıştır.

Madde kullanım bozukluğu olanlar arasında psikiyatrik tedavi görenler ile görmeyenlerin puanlarında anlamlı bir farklılaşma var mı diye bakıldığında psikiyatrik tedavi görmeyenlerin Olağandışı Mantık puanlarının ($\bar{X}=1,18$), psikiyatrik tedavi görenlerden ($\bar{X}=2,52$) anlamlı derecede daha düşük olduğu gözlenmiştir ($t= 2,687$; $p=0,012$). Buna rağmen alt kategori veya toplam ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır. Sonuçlar Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: Madde Kullanım Bozukluğu Olanlar Arasında Psikiyatrik Tedavi Almaya Göre Olağandışı Mantık Puan Ortalaması

Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Evet	Hayır
Olağandışı Mantık Puan Ortalaması	2,52	1,18

4.2.11. Aile ilişkileri

Katılımcılara ailesiyle ilişkileri de sorulmuş ve aile ilişkileri ile Konuşmanın Fakirleşmesi ($F=3,266$; $p=0,044$) ve Olağandışı Mantık puanları ($F=5,015$; $p=0,009$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan LSD Post-Hoc testine göre aile ilişkilerini “iyi” olarak niteleyenlerin Konuşmanın Fakirleşmesi puanları ($\bar{X}=0,68$), “kötü” olarak niteleyenlerden ($\bar{X}=1,93$) anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Aile ilişkilerine göre anlamlı fark bulunan bir diğer madde de Olağandışı Mantık puanıdır. Post-Hoc testi ile anlamlılığın yönüne bakıldığında aile ilişkilerini “iyi” olarak niteleyenler ($\bar{X}=1,44$), “orta” olarak niteleyenlerden ($\bar{X}=2,53$), anlamlı derecede daha düşük puan almış; “iyi” ve “kötü” olarak niteleyenler ($\bar{X}=1,57$) arasında ise anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Aile ilişkilerine göre ortaya çıkan anlamlı puan farkları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Aile İlişkilerine Göre Anlamlı Fark Bulunan Puan Ortalamaları

Aile İlişkileri	İyi	Orta	Kötü
Konuşmanın Fakirleşmesi Puan Ortalaması	0,68	1,32	1,93
Olağandışı Mantık Puan Ortalaması	1,44	2,53	1,57

4.2.12. Anlamlı fark bulunmayan değişkenler

Puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunan değişkenler yukarıda listelenmiştir. Bunların dışında birçok değişkende puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Yapılan istatistiksel analizlere göre ölçek puanları ile yaş, cinsiyet, katılımcının gelir düzeyi, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, adli olay kaydı ve sorulara cevap verme süreleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Bununla birlikte sigara ve alkol kullananların ölçek puanları, kullanmayanlardan anlamlı derece fark gösterse de sigara, alkol ve madde son kullanım tarihi, kullanım miktarı ve başlangıç yaşları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Madde bağımlısı katılımcılar arasında da herhangi bir zamanda halüsinasyon ve illüzyon görenlerin ortalama puanları arasında da anlamlı bir fark saptanamamıştır.



5. Tartışma

Ortaya çıkan sonuçlara göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireyler, “**Uyarı Sayısı**”, “**Amacın Zayıflaması**”, “**Düşünce Tekrarı**”, “**Olağandışı Kelime Kullanımı**”, “**Olağandışı Mantık**” maddeleri ile “**Düşünce Fakirleşmesi**” kategorisi açısından psikotik bozukluk tanısı almış bireylerden anlamlı derecede farklılık göstermemiştir. Ölçeğin bu maddeleri, madde kullanım bozukluğu hastalarında bozulma gösteren ilk örnekler olabilir ve dolayısıyla da zaman içinde psikotik bozukluk hastalarına daha çok benzemiş olabilir.

Bununla beraber madde kullanım bozukluğu olan bireyler, “**Olağandışı Cümle Yapısı**” maddesi ile “**Düşünce Dağınıklığı**” kategorisi ve **Düşünce ve Dil Ölçeği toplam puanı** açısından psikotik bozukluğu olan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi bir performans gösterebilirler de kontrol grubundan da istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü bir performans göstermişlerdir. Bahsedilen bu puanlar, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin daha geç bozulma gösterdiği ve bu bireylerin psikotik bozukluk tanısı almış hastalara zaman içerisinde gittikçe daha çok benzeme ihtimali olan ölçek puanlarını kapsıyor olabilir.

Sadece uyuşturucu madde kullanım bozukluğu olanlar arasında (alkol kullanım bozukluğu hariç) madde kullanım süresi açısından bakıldığında ise yalnızca “**Düşünce Tekrarı**” maddesinde anlamlı fark ortaya çıkmış, diğerlerinde anlamlı bir farka rastlanmamıştır. 10 yıl ve üzeri uyuşturucu madde kullananlar, 0-4 yıl ve 5-9 yıl arası uyuşturucu madde kullananlardan daha az düşünce tekrarı göstermiş ve dolayısıyla daha iyi bir performans ortaya koymuşlardır. 10 yıl ve üzerinde madde kullananların ortalamalarının ($\bar{X}=0,25$) “**Düşünce Tekrarı**” puanları açısından sağlıklı kontrollerin ortalamalarından bile daha iyi olması ($\bar{X}=1,07$), ilginç bir bulgu olarak göze çarpmaktadır ve daha ileri araştırmaların yapılmasını gerektirmektedir.

Yine sadece madde kullanım bozukluğu grubu içerisinde alkol kullanım süresi, “**Düşünce Fakirleşmesi**” kategori puanlarında anlamlı farka neden olmuştur. Ağır olmayan alkol kullanımının bilişsel performansa olumlu katkı yaptığı bilinmektedir (Elias, Elias, D’Agostino, Silbershatz, & Wolf, 1999; Kalmijn, Van Boxtel, Verschuren, Jolles, & Launer, 2002; Stampfer, Jae, Chen, Cherry, & Grodstein, 2005). Alkolün belirli bir zaman aralığında maksimum yarar göstermesi nedeniyle 10-19 yıl arası alkol kullananlar, 0-9 yıl ve 20 yıl ve üzeri alkol kullananlardan daha iyi performans göstermiş olabilirler. Zira ağır alkol kullanımının bilişsel performansı kötü yönde etkilediği bilinmektedir (Edelstein, Kritz-Silverstein, & Barrett-Connor, 1998).

Çalışmada literatüre de uygun olarak anlamlı fark bulunan bir diğer değişken de sigara kullanımınıdır. Sigara kullananların toplam ölçek puanları, toplam uyarı sayıları ve olağandışı cümle yapısı puanları, sigara kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Ulaş ve ark., (2015)'nin de bulgularına uygun olarak sigara içenlerde düşünce bozukluğu puanları anlamlı olarak düşmektedir. Bu sonuç kendi kendine tedavi (self medication) teorisini destekler görünmektedir. Sigaranın şizofreni hastalarındaki dikkat ve bilişsel işlevler üzerindeki olumlu etkisi daha önce gösterilmiştir; (Ahlers ve ark., 2014; Güneyer, 2015; Winterer, 2010) ortaya çıkan anlamlı farkın buradan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ayrıca çalışmada madde kullanım bozukluğu grubunu oluşturan katılımcıların tamamının sigara kullanımının olduğu görülmüştür. Şizofrenlerin de sigara tüketimi yüksek olmakla beraber madde kullanım bozukluğu grubu ile karşılaştırıldığında sigara kullanan kişi sayısının daha az olduğu görülmüştür. Ulaş vd., (2015)'nin çalışmasında da gösterildiği gibi sigara kullanımının düşünce bozuklukları üzerine olumlu bir etkisi vardır. Sigara kullanımının düşünce bozuklukları üzerine olumlu etki yapması, madde kullanım bozukluğu grubunda tütün kullanımını artırıyor olabilir.

Alkol kullanımı olan bireyler (alkol kullanım bozukluğu + sosyal içiciler) de DDÖ'de daha iyi performans göstermişlerdir. Alkol kullanımı ölçekteki birçok puanı etkilemiştir. Literatürde alkol kullanımının bilişsel performansı arttırdığını gösteren araştırmalar varsa da (Kalmijn vd., 2002; Stampfer vd., 2005) alkol kullanımı ile düşünce bozuklukları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Alkol, bilişsel performansı artırmanın yanında düşünce bozuklukları açısından da olumlu bir performans göstermeye yardımcı oluyor gibi görünmektedir.

Alkol kullanım süresi (alkol kullanım bozukluğu + sosyal içici), ölçeğin “Olağandışı Kelime Kullanım” puan ortalamasını olumlu yönde etkilemiştir. 0-9 yıl arasındaki kullanıcıların, 10-19 yıl ile 20 yıl üzeri katılımcılardan daha iyi performans gösterme nedenleri, alkolün bilişsel yararının belirli bir optimum süreye sahip olması ve sonrasında bozucu bir etki göstermesi nedeniyle olabilir.

Literatüre bakıldığında alkolün bilişsel performansı olumlu yönde etkilediğine yönelik birçok çalışma vardır. Özellikle kadınlarda alkolün olumlu bilişsel etkilerinin erkeklere göre daha fazla ortaya çıktığı (Dufouil, Ducimetière, & Alperovitch, 1997; Stampfer vd., 2005) ve ağır olmayan

alkol tüketiminin bilişsel performans üzerindeki yararı gösterilmiştir (Elias vd., 1999; Kalmijn vd., 2002).

Düşünce bozukluğu gösteren bazı psikiyatrik hastalıkların kadınlarda alkol kullanımını arttırıyor olması da muhtemel görünmektedir. Zira katılımcılar içinde, kadınlarda madde kullanım bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik bozukluk sayısı azımsanamayacak bir sayıdaydı. Bir diğer önemli husus da madde kullanım bozukluğu grubunun neredeyse tamamının alkol kullanıyor ya da kullanmış (alkolü bırakan alkol kullanım bozukluğu hastaları dâhil) olmasıdır. Bu kişiler de aynı sigarada olduğu gibi alkolün düşünce bozukluğu üzerine yaptığı olumlu etki nedeniyle yüksek oranda alkol kullanıyor olabilirler.

Ölçekten alınan toplam puan, kategori puanları ve birçok ölçek maddesi ile eğitim arasında da anlamlı fark ortaya çıkmıştır. Literatürde bunu destekleyen başka çalışmalar da vardır (Güneyer, 2015; Polat, 2010; Ulaş ve ark., 2015; Yalınçetin, 2014). Eğitimin, insanın dünyayı anlama ve dünyaya bakış açısını değiştiren önemli bir olgu olması bu sonuçları ortaya çıkarmış olabilir.

Katılımcının kendi gelir düzeyi, istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı fark yaratmazken ailesinin gelir düzeyi ise düşünce bozuklukları açısından anlamlı fark yaratmıştır. Çalışmaya katılanların aile gelirleri arasında sadece en düşük ve en yüksek gelir grubundakilerde böyle bir farkın ortaya çıkması, yüksek gelirlielerin eğitim, tedavi gibi olanaklara ulaşma imkânlarının daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

Ulaş ve ark., (2015), Güneyer (2015), Ercan (2014) ve Yalınçetin (2014), kendi çalışmalarında medeni durum ve ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulamamasına rağmen, çalışmamızda anlamlı fark bulunmuştur. Evlilik, kişi açısından düşünce bozuklukları bağlamında koruyucu bir etken gibi görünmektedir.

Bu çalışmada medeni durum sadece “evli” ya da “bekâr” olmak üzere iki kategori altında toplandı. Dul veya boşanmış gibi sınıflamalar kullanılmadı. Bu nedenle diğer çalışmalarla aradaki farklılaşma ortaya çıkmış olabilir. Bir diğer neden de katılımcı gruplarının farklı olmasından dolayı meydana gelmiş olabilir. Medeni duruma göre anlamlı fark bulamayan çalışmalar sadece şizofreni hastaları ile yapılmışken mevcut çalışma, madde bağımlıları, psikoz hastaları ve sağlıklı kontrollerle yapılmıştır.

Katılımcıların ölçek puanlarını etkileyen bir diğer etmen de çalışma durumlarıdır. Çalışanların çalışmayanlara göre daha iyi bir performans göstermeleri işsizliğin önemli bir stres kaynağı

olması ve Andreasen (1986)'in iddia ettiği gibi stresin düşünce bozukluklarını etkilemesi nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Katılımcıların çoğunlukla yaşadıkları bölge olarak “il” ve “ilçe” cevapları öne çıkmış, bununla birlikte aralarında anlamlı derecede fark bulunmuştur. Bunun nedeni il merkezinde yaşayanların, ilçe merkezinde yaşayanlara göre daha iyi sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşma şanslarının olması ve dolayısıyla daha iyi bir tedavi ve eğitim alabilmeleri nedeniyle olabilir.

Anlamlı farklılığa neden olan iki diğer değişken de ailede psikiyatrik bozukluk ve madde bağımlılığı olan bireylerin varlığıdır. Bu sonuç düşünce bozukluğunun genetik olarak geçiş gösterdiği bulguların (Gooding ve ark., 2012; Ott ve ark., 2002) diğer çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Bununla beraber Polat (2010)'ın şizofren bireyler, şizofrenlerin sağlıklı kardeşleri ve kontrollerle yaptığı çalışmada kardeşler ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulamamış olması bu sonuçla çelişmektedir. Farkın ortaya çıkma nedeni kardeşlerden ziyade anne, baba gibi bireylerin psikiyatrik bozukluk sahibi olmasının katılımcı üzerinde daha çok önem teşkil etmesi nedeniyle olabilir. Bu durum hem bir genetik bağlantı nedeniyle hem de önemli bir stresör olması nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Bahsedildiği gibi ailede bağımlı bir bireyin varlığı da DDÖ'den alınan puanları etkiliyor görünmektedir ve bu kişiler anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır, yani daha iyi bir performans göstermişlerdir. Bu çalışmada da görüldüğü üzere çalışan kişilerin DDÖ'de daha iyi bir performans gösterdikleri ve sorumluluk almanın performansı arttırdığı söylenebilir. Ailesinde bağımlı birey olanların daha çok sorumluluk alması gerekmele beraber koruyucu bir faktör olarak ortaya çıkıyor olabilir. Çalışmada veri toplanırken sağlıklı katılımcıların çoğu madde kullanım bozukluğu olanların yanında bağımlılık polikliniğine gelen kişilerden oluşmaktaydı. Kendi yakınlarını bağımlılık tedavisine getiren kişilerin sorumluluk düzeyleri yüksek olarak kabul edilebilir ve çalışma durumunun olumlu etkisi gibi bir fayda ortaya çıkıyor olabilir.

Anlamlı fark bulunan bir diğer değişken de madde kullanım bozukluğu olan katılımcılar arasında ayaktan ve yataklı tedavi almış olmaktır. Yataklı tedavi almış olanların almamış olanlara göre anlamlı derecede daha iyi performans göstermeleri tedavi koşullarıyla alakalı olabilir. Yataklı tedavi almış olanlar daha iyi tedavi koşulları ve bakım hizmetlerine ulaşmış olmaları nedeniyle bu farklılık ortaya çıkmış olabilir.

Yine sadece madde kullanım bozukluğu grubu arasında bakıldığı zaman çeşitli psikiyatrik tedavi almış olanların “Olağandışı Mantık” puanları, herhangi bir psikiyatrik tedavi almamış

bağımlılardan anlamlı olarak fark göstermiş ama bunun dışında kalan hiçbir maddede anlamlı fark göstermemiştir. Psikiyatrik hastalık geçmişi, madde kullanım bozukluğu olanların “Olağandışı Mantık” puanını arttırıyor görünmektedir.

Bununla birlikte tüm katılımcılar arasında (psikoz, kontrol ve madde kullanım bozukluğu) sigara ve alkol kullananların (sosyal içici + madde kullanım bozukluğu) ölçek puanları kullanmayanlardan anlamlı derece fark gösterse de sigara ve alkol son kullanım tarihi, kullanım miktarı, başlangıç yaşı ve kullanım süreleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Ayrıca madde kullanım bozukluğu olanlarda, madde son kullanım tarihi, kullanım miktarı ve başlangıç yaşı arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bununla birlikte madde kullanım bozukluğu olanlar arasında herhangi bir zamanda halüsinasyon ve illüzyon görenlerin ortalama puanları arasında da anlamlı bir fark saptanamamıştır.

6. Sonuç ve Öneriler

Mevcut çalışma, madde bağımlılarının sistematik olarak düşünce bozukluğu gösterip göstermediğini ölçen bilinen ilk çalışmadır. Çalışmanın da gösterdiği gibi madde bağımlılarında önemli oranda düşünce bozuklukları vardır. Bağımlılar ölçeğin birçok puanı açısından psikoz hastalarından anlamlı farklılık göstermemiştir. Yani bir anlamda psikoz hastaları ve madde kullanım bozukluğu grubunun bahsedilen puanları benzeşmiştir.

Bağımlılar, ölçeğin bazı puanları açısından psikoz hastalarından daha iyi performans göstermişlerse de kontrol grubundan da anlamlı derece kötü bir performans ortaya koymuşlardır. Bu da aslında düşünce bozukluklarının madde bağımlılığında önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular ışığında madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavileri sırasında düşünce bozuklukları da önem verilmesi gereken bir sorun olarak görünmektedir.

Düşünce bozuklukları sağlıklı bireylerde bile görülse de miktarı daha az olduğu için psikoz ve madde bağımlılarına nazaran bu durum daha önemsiz görünmektedir. Andreasen (1986)'e göre sağlıklı bireyler yorgunluk ve stres gibi durumlarda düşünce bozuklukları gösterebilmektedir. Bu durum tedavide düşünce bozukluğunun varlığından ziyade düşünce bozukluğunun oranını önemsememiz gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmayla madde bağımlılarında da düşünce bozukluklarının varlığının ve bunun önemli bir orana sahip olduğunun gösterilmiş olması, düşünce bozukluklarının sanılandan daha yaygın bir durum olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)'ni oluşturan Liddle ve ark., (2002) düşünce bozukluklarının herkeste var olduğunu fakat derecesi değiştiğini ve bu nedenle de düşünce bozukluklarının bir spektrum ya da az veya çok var gibi değerlendirmek gerektiğini önermektedir. Bu düşünceden hareketle psikoz hastaları düşünce bozuklukları açısından en kötü performansı gösteren grupken sağlıklı insanlar da en iyi performansı gösteren grup olarak görünmektedir. Bu çalışmanın da gösterdiği üzere madde kullanım bozukluğu olan bireyler sağlıklı olan kişiler ve psikoz hastaları arasındaki dağılımın ortasında yer alıyor görünmektedir.

Bu çalışma, ayrıca madde kullanımına bağlı psikozun daha iyi anlaşılmasında önemli bir boşluğu da doldurmaktadır. Bundan sonraki yapılacak çalışmalarda madde bağımlılarının düşünce bozuklukları açısından boyamsal olarak ele alınması bu konunun daha iyi açıklanmasını sağlayabilir.

Bunun dışında madde kullanım bozukluğu hastaları arasında birçok farklı alt grup olması nedeniyle bütün grupları ayrı ayrı incelemek düşünce bozuklukları ve madde bağımlılığı arasındaki ilişkinin daha iyi açıklanmasını beraberinde getirecektir.



7. Kaynaklar

- Adler, C. M., Goldberg, T. E., Malhotra, A. K., Pickar, D., & Breier, A. (1998). Effects of ketamine on thought disorder, working memory, and semantic memory in healthy volunteers. *Biological Psychiatry*, 43(11), 811–816. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(97\)00556-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(97)00556-8)
- Adler, C. M., Malhotra, A. K., Elman, I., Goldberg, T., Egan, M., Pickar, D., & Breier, A. (1999). Comparison of ketamine-induced thought disorder in healthy volunteers and thought disorder in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1646–1649. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1646>
- Ahlers, E., Hahn, E., Ta, T. M. T., Goudarzi, E., Dettling, M., & Neuhaus, A. H. (2014). Smoking improves divided attention in schizophrenia. *Psychopharmacology*, 231, 3871–3877. Tarihinde adresinden erişildi <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=61e6039a-5b64-4003-ab6d-1625c4dc8a8e%40pdc-v-sessmgr06>
- Akvardarlar, Y., Arıkan, Z., Berkman, K., Dilbaz, N., Oral, G., Uluğ, B., & Mete, L. (2011). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı*. Ankara: Pozitif Matbaa: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Andreasen, N. C. (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia bulletin*, 12(3), 473–482. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.3.473>
- Andreasen, N. C., & Grove, W. M. (1986). Thought, language, and communication in schizophrenia: diagnosis and prognosis. *Schizophrenia bulletin*, 12(3), 348–359. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.3.348>
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)* (5. baskı). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P. (2005). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia spectrum. Follaw up study of 535 incident cases. *The British journal of psychiatry*, 187(6), 510–515.
- Badcock, J. C., Dragovic, M., Garrett, C., & Jablensky, A. (2011). Action (verb) fluency in schizophrenia: Getting a grip on odd speech. *Schizophrenia Research*, 126(1–3), 138–143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.004>

- Barrera, A., McKenna, P. J., & Berrios, G. E. (2008). Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157(1–3), 225–234.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.09.017>
- Batel, P. (2000). Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry*, 15(2), 115–122.
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00203-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00203-0)
- Brüne, M. (2004). Schizophrenia - An evolutionary enigma? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28(1), 41–53. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2003.10.002>
- Buck, B., Minor, K. S., & Lysaker, P. H. (2015). Differential lexical correlates of social cognition and metacognition in schizophrenia; A study of spontaneously-generated life narratives. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 138–145.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.015>
- Burns, J. K. (2006). Psychosis: A costly by-product of social brain evolution in Homo sapiens. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(5), 797–814. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.01.006>
- Carlson, N. R. (2016). *Physiology of behavior*. Pearson Higher Education.
- Cavelti, M., Kircher, T., Nagels, A., Strik, W., & Homan, P. (2018). Is formal thought disorder in schizophrenia related to structural and functional aberrations in the language network? A systematic review of neuroimaging findings. *Schizophrenia Research*, 199, 2–16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.051>
- Champagne-Lavau, M., & Stip, E. (2010). Pragmatic and executive dysfunction in schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, 23(3), 285–296.
<https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2009.08.009>
- Covington, M. A., He, C., Brown, C., Naçi, L., McClain, J. T., Fjordbak, B. S., ... Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77(1), 85–98. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.01.016>
- Crow, T. J. (1997a). Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species. *Schizophrenia research*, 19(28(2-3)), 127–141.
- Crow, T. J. (1997b). Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophrenia Research*, 28(2–3), 127–141. <https://doi.org/10.1016/S0920->

- Crow, T. J. (2010). The nuclear symptoms of schizophrenia reveal the four quadrant structure of language and its deictic frame. *Journal of Neurolinguistics*, 23(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2009.08.005>
- D’Souza, D. C., Ahn, K., Bhakta, S., Elander, J., Singh, N., Nadim, H., ... Ranganathan, M. (2012). Nicotine fails to attenuate ketamine-induced cognitive deficits and negative and positive symptoms in humans: Implications for schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 72(9), 785–794. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.05.009>
- Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, T., Açıkgöz, Ç., Erdinç, I. B., & Telci, Ş. (2005). Madde Kullanımına Bağlı Gelişen Psikotik Bozuklukta Atipik Antipsikotik Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Dependence*, 6, 136–141.
- De Zulueta, F. I. S., Gene-Cos, N., & Grachev, S. (2001). Differential psychotic symptomatology in polyglot patients: Case reports and their implications. *British Journal of Medical Psychology*, 74(3), 277–292. <https://doi.org/10.1348/000711201160966>
- Dufouil, C., Ducimetière, P., & Alperovitch, A. (1997). Sex differences in the association between alcohol consumption and cognitive performance. *American Journal of Epidemiology*, 146(5), 405–412. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009293>
- Edelstein, S. L., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (1998). Prospective Association of Smoking and Alcohol Use with Cognitive Function in an Elderly Cohort. *Journal of Women’s Health*, 7(10).
- Elias, P. K., Elias, M. F., D’Agostino, R. B., Silbershatz, H., & Wolf, P. A. (1999). Alcohol consumption and cognitive performance in the Framingham Heart Study. *American Journal of Epidemiology*, 150(6), 580–589.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010056>
- Ercan, A. (2014). *Şizofrenide Dil Bozukluğu, Klinik Özellikler ve Bilişsel Beceriler ile İlişkisi*. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ.
- Geçtan, E. (2006). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gooding, D. C., Coleman, M. J., Roberts, S. A., Shenton, M. E., Levy, D. L., & Erlenmeyer-Kimling, L. (2012). Thought disorder in offspring of schizophrenic parents: Findings

- from the New York high-risk project. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 263–271.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbq061>
- Güneyer, D. (2015). *Şizofreni Hastalarında Zihin Teoremi ve Bu Teoremin Düşünce - Dil Yapısı İle İlişkisi*. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ.
- Johns, A. (2001). Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 116–122.
Tarihinde adresinden erişildi <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0022206613&partnerID=40&md5=ce4b55f98f75ce9cb22602cc9a1b768d>
- Johnston, M. H., & Holzman, P. S. (1979). *Assessing schizophrenic thinking: A clinical and research instrument for measuring thought disorder*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jordaan, G. P., & Emsley, R. (2014). Alcohol-induced psychotic disorder: A review. *Metabolic Brain Disease*, 29(2), 231–243. <https://doi.org/10.1007/s11011-013-9457-4>
- Kalmijn, S., Van Boxtel, M. P. J., Verschuren, M. W. M., Jolles, J., & Launer, L. J. (2002). Cigarette smoking and alcohol consumption in relation to cognitive performance in middle age. *American Journal of Epidemiology*, 156(10), 936–944.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwf135>
- Ketteler, D., & Ketteler, S. (2010). Is schizophrenia “the price that Homo sapiens pays for language”? Subcortical language processing as the missing link between evolution and language disorder in psychosis - A neurolinguistic approach. *Journal of Neurolinguistics*, 23(4), 342–353. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2010.04.003>
- Khokhar, J. Y., Dwiel, L. L., Henricks, A. M., Doucette, W. T., & Green, A. I. (2018). The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia Research*, 194, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.016>
- Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., ... Nagels, A. (2014). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal thought and language disorder (TALD). *Schizophrenia Research*, 160(1–3), 216–221.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.024>
- Kulaksızoğlu, I. B., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ., & Yazıcı, O. (2009). *Psikiyatri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Kuperberg, G. R., Kreher, D. A., & Ditman, T. (2010). What can Event-related Potentials tell us about language, and perhaps even thought, in schizophrenia? *International Journal of*

- Psychophysiology*, 75(2), 66–76. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2009.09.005>
- Levy, D. L., Coleman, M. J., Sung, H., Ji, F., Matthysse, S., Mendell, N. R., & Titone, D. (2010). The genetic basis of thought disorder and language and communication disturbances in schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, 23(3), 176–192. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2009.08.003>
- Liddle, P. F., Caissie, S. L., Ngan, E. T. C., Quested, D. J., Bates, A. T., White, R., ... Anderson, C. M. (2002). Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 181(4), 326–330.
- Malhotra, A. K., Pinals, D. A., Adler, C. M., Elman, I., Clifton, A., Pickar, D., & Breier, A. (1997). Ketamine-induced exacerbation of psychotic symptoms and cognitive impairment in neuroleptic-free schizophrenics. *Neuropsychopharmacology*, 17(3), 141–150. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(97\)00036-5](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(97)00036-5)
- Marengo, J., & Harrow, M. (1985). Thought disorder: A function of schizophrenia, mania, or psychosis? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(1), 35–41.
- Marini, A., Spoletini, I., Rubino, I. A., Ciuffa, M., Bria, P., Martinotti, G., ... Spalletta, G. (2008). The language of schizophrenia: An analysis of micro and macrolinguistic abilities and their neuropsychological correlates. *Schizophrenia Research*, 105(1–3), 144–155. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.07.011>
- Moro, A., Bambini, V., Bosia, M., Anselmetti, S., Riccaboni, R., Cappa, S. F., ... Cavallaro, R. (2015). Detecting syntactic and semantic anomalies in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 79, 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.10.030>
- Mutlu, E. (2018). *Düşünce ve dil bozukluğu ölçeğinin türkçe uyarlaması ve şizofrenide düşünce bozukluğunun hastalık şiddeti, bilişsel işlevler, genel ve sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisi*. Hacettepe Üniversitesi.
- Newcomer, J. W., Farber, N. B., Jevtovic-Todorovic, V., Selke, G., Melson, A. K., Hershey, T., ... Olney, J. W. (1999). Ketamine-induced NMDA receptor hypofunction as a model of memory impairment and psychosis. *Neuropsychopharmacology*, 20(2), 106–118. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(98\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(98)00067-0)
- Ott, S. L., Roberts, S., Rock, D., Allen, J., & Erlenmeyer-Kimling, L. (2002). Positive and negative thought disorder and psychopathology in childhood among subjects with

- adulthood schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2–3), 231–239.
[https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00339-5](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00339-5)
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pawełczyk, A., Kotlicka-Antczak, M., Łojek, E., Ruszpel, A., & Pawełczyk, T. (2018). Schizophrenia patients have higher-order language and extralinguistic impairments. *Schizophrenia Research*, 192, 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.030>
- Polat, S. (2010). *Şizofreni Hastaları ve Kardeşlerinde Düşünce Bozukluğu ve Aile İşlevleri ile İlişkileri*. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ. Tarihinde adresinden erişildi
http://toad.edam.com.tr/sites/default/files/pdf/pozitif-ve-negatif-sendrom-olcegi-panss-toad_0.pdf
- Polimeni, J., & Reiss, J. P. (2003). Evolutionary perspectives on schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 34–39. <https://doi.org/10.1177/070674370304800107>
- Radanovic, M., Sousa, R. T. de, Valiengo, L., Gattaz, W. F., & Forlenza, O. V. (2013). Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia TT - Alteração formal do pensamento e prejuízo da linguagem na esquizofrenia. *Arq Neuropsiquiatr*, 71(1), 55–60. Tarihinde adresinden erişildi
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000100012
- Roche, E., Creed, L., Macmahon, D., Brennan, D., & Clarke, M. (2015). The Epidemiology and Associated Phenomenology of Formal Thought Disorder: A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 951–962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu129>
- Roche, E., Segurado, R., Renwick, L., McClenaghan, A., Sexton, S., Frawley, T., ... Clarke, M. (2015). Language disturbance and functioning in first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 235, 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.008>
- Rusaka, M., & Rancans, E. (2014). A prospective follow-up study of first-episode acute transient psychotic disorder in Latvia. *Annals of General Psychiatry*, 13(1), 2–9.
<https://doi.org/10.1186/1744-859X-13-4>
- Sans-Sansa, B., McKenna, P. J., Canales-Rodríguez, E. J., Ortiz-Gil, J., López-Araquistain, L., Sarró, S., ... Pomarol-Clotet, E. (2013). Association of formal thought disorder in schizophrenia with structural brain abnormalities in language-related cortical regions. *Schizophrenia Research*, 146(1–3), 308–313.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.032>

Southwood, F., Schoeman, R., & Emsley, R. (2009). Bilingualism and psychosis: A linguistic analysis of a patient with differential symptom severity across languages. *Southern African Linguistics and Applied Language Studies*, 27(2), 163–171.

<https://doi.org/10.2989/SALALS.2009.27.2.4.867>

Srinivasan, S., Bettella, F., Mattingdal, M., Wang, Y., Witoelar, A., Schork, A. J., ... Andreassen, O. A. (2016). Genetic Markers of Human Evolution Are Enriched in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 80(4), 284–292.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.009>

Stampfer, M. J., Jae, H. K., Chen, J., Cherry, R., & Grodstein, F. (2005). Effects of moderate alcohol consumption on cognitive function in women. *New England Journal of Medicine*, 352(3), 245–253. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041152>

Stephane, M., Kuskowski, M., & Gundel, J. (2014). Abnormal dynamics of language in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 216(3), 320–324.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.027>

Sumner, P. J., Bell, I. H., & Rossell, S. L. (2018). A systematic review of task-based functional neuroimaging studies investigating language, semantic and executive processes in thought disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 94(December 2017), 59–75. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.08.005>

Titone, D. (2010). Language, communication, & schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, 23(3), 173–175. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2010.01.003>

Tonelli, H. A. (2014). How semantic deficits in schizotypy help understand language and thought disorders in schizophrenia: a systematic and integrative review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(2), 75–88. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0053>

Uher, R. (2009). The role of genetic variation in the causation of mental illness: An evolution-informed framework. *Molecular Psychiatry*, 14(12), 1072–1082.

<https://doi.org/10.1038/mp.2009.85>

Ulaş, H., Alptekin, K., Özbay, D., Akdede, B. B., Çakır, E., Tümüklü, M., ... Akvardar, Y. (2007). Düşünce ve Dil Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik

Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77–85.

Ulaş, H., Yalınçetin, B., Tolga Binbay, Kivircik, B. B., Polat, S., Özbay, D., ... Alptekin, K. (2015). Şizofreni hastalarında düşünce ve dil bozukluğunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(5), 307–313. <https://doi.org/10.5455/apd.1414070778>

Uzbay, T. İ. (2015). *Madde Bağımlılığı: Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

Var, L. (2014). *Şizofrenide Antipsikotik İlaçların Düşünce - Dil Bozukluğu Üzerine Etkisi*. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ.

Wilcox, J. A. (1990). Thought disorder and relapse in schizophrenia. *Psychopathology*, 23(3), 153–156.

Winterer, G. (2010, Mart). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>

Yalincetin, B., Bora, E., Binbay, T., Ulas, H., Akdede, B. B., & Alptekin, K. (2017). Formal thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 185, 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.12.015>

Yalınçetin, B. (2014). *Şizofrenide Düşünce - Dil Bozukluğunun Belirtilerin İyileşmesi ve Psikososyal Düzelmeye İlişkisi*. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ.

8. Ekler

Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Şizofrenik Bozukluk Tanılı Hastalar ile Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği Puanlarının Sağlıklı Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

OLGU RAPOR FORMU

Uygulama Tarihi:

Olgu No:

Grubu:

Testleri Uygulama Sırası

1. Sosyodemografik Veri Formu
2. Düşünce ve Dil Ölçeği

1.. Cinsiyet:

2. Yaş:

3. Doğum Yılı:

4. Medeni Durum:

5. Eğitim Düzeyi (Son Mezun Olunan Okul):

6. Anne Eğitim Düzeyi (Son Mezun Olunan Okul):

7. Baba Eğitim Düzeyi (Son Mezun Olunan Okul):

8. Çalışma Durumu:

9. Meslek:

10. Kendisinin Aylık Geliri (Rakamla):

11. Yaşadığı Hanenin Aylık Geliri (Rakamla):

12. Ailenizle İlişkiniz Nasıldır: Çok Kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok İyi ()

13. Çoğunlukla Yaşadığınız Bölge: İl () İlçe () Kasaba () Köy ()

14. Ailenizde herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış olan var mı: Yakınlığı: Tanısı:

15. Ailenizde halen aktif ya da geçmişte madde kullanımı olan var mı: Yakınlığı: Mad.:

16. Sigara Kullanım Durumu: Evet () Hayır ()

Kullanım Süresi: Başlangıç Yaşı: Miktarı: Sıklık: SKT:

17. Alkol Kullanım Durumu: Evet () Hayır ()

Kullanım Süresi: Başlangıç Yaşı: Miktarı: Sıklık: SKT:

Şizofrenik Bozukluk Tanılı Hastalar ile Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastaların Düşünce ve Dil Ölçeği Puanlarının Sağlıklı Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

18. Sigara ve Alkol Dışında Madde Kullanımı: Evet () Hayır () Maddenin Tipi/Adı:
Kullanım Süresi: Başlangıç Yaşı: Miktarı: Sıklık: SKT:
19. Madde Kullanımı ya da Yoksunluk (Uzun Süreli Kullanmama) Sırasında veya Sonrasında Sadece Sizin Görüp yahut Duyduğunuz Sesler ve Görüntüler Oldu mu: Evet () Hayır ()
20. Madde Kullanımı ya da Yoksunluk (Uzun Süreli Kullanmama) Sırasında veya Sonrasında Herhangi Bir Nesneyi Olduğundan Farklı Algıladığınız Oldu mu: Evet () Hayır ()
21. Herhangi Bir Bağımlılık Tedavisi Gördünüz mü: Evet () Hayır ()
Evet ise; Ayaktan () Yataklı ()
22. Herhangi Bir Psikiyatrik Tedavi Gördünüz mü: Evet () Hayır ()
Evet ise; Ayaktan () Yataklı ()
23. Herhangi Bir Adli Olay Kaydı ya da Suç Geçmişiniz Var mı: Evet () Hayır ()

DDÖ Ölçeği Puanları

1-Düşünce Fakirleşmesi Kategorisi Puanı:

- a-Konuşmanın fakirliği Puanı:
b-Amacın zayıflaması Puanı:
c-Perseverasyon (Tekrarlar) Puanı:

DDÖ Toplam Puanı:

Uyarı Sayısı:

2-Düşünce Dağınıklığı Kategorisi Puanı:

- a-Çözülme Puanı:
b-Olağandışı kelime kullanımı Puanı:
c-Olağandışı cümle yapısı Puanı:
d-Olağandışı mantık Puanı:
e-Çelinebilirlik Puanı:

Ek 2. Düşünce ve Dil Ölçeği'nin Yönergesi

Uygulamada konuşmayı başlatmak için Tematik Algı Testi (TAT) 'nden alınan resimler kullanılır. Kullanılan resimlerin standart TAT sıralaması şu şekildedir:

- 2 - çiftlik sahnesi
- 6GF - pipolu adam, küçük altıgen masanın yanındaki kadın
- 17GF - rıhtımın yanında köprüdeki kadın
- 13B - kulübe girişindeki genç çocuk
- 4 - uzaklara bakan bir adamın omzuna elini koymuş kadın
- 5 - salonun kapısını açan kadın
- 12BG - su ve kayığın bulunduğu ormanlık arazi
- 20 - sokak feneri direğine doğru eğilmiş insan figürü

DDÖ'de tanımlanan kategoriler şunlardır:

1- Düşünce Fakirleşmesi

- a. Konuşmanın fakirleşmesi
- b. Amacın zayıflaması
- c. Düşüncelerin tekrarlanması (Perseverasyon)

2- Düşünce Dağınıklığı

- a. Çözülme
- b. Olağandışı kelime kullanımı
- c. Olağandışı cümle yapısı
- d. Olağandışı mantık
- e. Çelinebilirlik

DDÖ Görüşmesi Uygulama Protokolü

Test materyali; arka yüzleri numaralanmış, sabit bir sırada bulunan 8 resimlik setten oluşur. Deneğe her resim için 1 dakika boyunca konuşması söylenir. Bir dakikalık serbest yanıt, deneğin söylediği sıra dışı veya idiosenkratik yanıtları açıklamasını içeren soruşturma evresi ile devam eder.

Uygulayıcı testi şu sözlerle başlatır:

“Size her defasında bir resim göstereceğim. Her resmi önünüze koyduğumda, sizden resmi bana mümkün olduğu kadar anlatmanızı isteyeceğim. Bana resimde ne gördüğünüzü ve ne olabileceğini anlatınız.”

Daha sonra uygulayıcı ilk resmi deneğin önüne koyar ve şöyle der:

“İşte ilk resim. Lütfen bana resmi anlatınız.”

Deneğe resme yanıt vermesi için 1 dakika süre tanınır. Denek spontan olarak durursa, deneğin devam etmesini cesaretlendirmek için yönlendirici olmayan uyarıda bulunulur.

“Başka bir şey var mı?”

“Daha fazla bir şey söyleyebilir misiniz?”

“Ne olduğunu düşünüyorsunuz?”

“Daha ayrıntılı bir tanım yapabilir misiniz?”

Gereken uyarı sayısı not edilir.

Uygulayıcı, serbest yanıt süresince deneğin verdiği sıra dışı veya idiyosenkratik yanıtlar gibi düşünce bozukluğu örneklerini kaydeder. Belli bir cevabın anormal olarak derecelendirilip derecelendirilmeyeceğine dair son yargı soruşturma aşamasından sonra yapılır. Uygulayıcı serbest yanıt evresinde olası anormallikleri kaydederken eşiğini düşük tutmalıdır.

1 dakikadan sonra uygulayıcı şöyle der:

“Teşekkür ederim. Şimdi size birkaç soru sormak istiyorum.”

Daha sonra uygulayıcı deneğin yanıtlarının nedenlerine ilişkin kısa bir soruşturma yapar. Bu soruşturma tüm anlaşılma temaları, tüm alışlagelmedik veya idiyosenkratik cevapları içeren temaları kapsamalıdır. Uygulayıcı cevabın anormalliğini değerlendirmek için sorgulanan cevapları kullanır. Soruşturma sırasında ortaya konan düşünce bozukluğuna ilişkin ek örnekler bozukluğun geçerli tipi için puanlanır.

Uygulayıcı sonra ilk resmi kaldırır. Yukarıdaki işlem kalan 7 resim için şu giriş yönergesi kullanılarak tekrarlanır:

“Burada bir sonraki resim var. Lütfen bana resmi anlatınız.”

Maddelerin Tanımlanması ve Derecelendirilmesi için Protokol

1- Düşünce Fakirleşmesi

a. Konuşmanın Fakirleşmesi

Bu madde konuşma miktarında azalmayı yansıtır. Resimlere verilen tepkiler, sorulara verilen yanıtlar kısadır ve ayrıntıdan yoksundur (Eğer sıfat, zarf veya niteliksel bilgi eksikliği varsa; konuşmanın fakirleşmesi puanına ek olarak amacın zayıflaması da 0.25 olarak puanlanabilir). DDÖ'nün diğer maddelerinden farklı olarak bu madde, her bir soru ya da uyarıya verilen yanıtın uzunluğuna ilişkin anormalliği ortaya koymak yerine, niceliksel bir değerlendirme gerektirir. Her bir resme verilen genel cevap için 0, 0.25, 0.5, 0.75 ya da 1 şeklinde puan verilir.

0 Birey uzun duraklamalar olmaksızın 1 dakika boyunca konuşur. Dakikada en az 50 sözcük hızını başarır. 1 uyarıya kadar izin verilir.

0.25 1 dakikada konuşulan kelime sayısı 40 ile 49 arasındadır. Bir uyarı kabul edilebilir.

0.5 Cümleler kısadır. Konuşma akışını sağlayabilmek için bir veya daha fazla uyarı gerekir.

0.75 Birkaç kısa cümle veya cümlecikten sonra ilk uyarı gerekir ve uyarıların çoğuna tek bir cümle ya da daha azı ile cevap alınır.

1.0 Tek bir kısa cümleden sonra ilk uyarı gerekli olur ve tüm uyarılara kısa bir cümleyle cevap alınır ya da hiç cevap alınmaz.

b. Amacın Zayıflaması

Amacın zayıflaması, düşünce dürtüsünün kaybını yansıtır. Düşünceler olması gereken ayrıntılardan yoksundur. Bilgi vermeyen genellemeler kullanılır ve çok az bilgi içeren boş konuşmalar olur. Çok sayıda birbiriyle yarışan hedeften birine odaklanamama sorunu olan amacın istikrarsızlığından (çağrışım çözüklüğü gibi olgularda kendini gösterir) farklı bir durumdur. Aksine, amacın zayıflaması düşünce miktarında azalmayla ilişkilidir. Böylece amacı zayıflamış kişinin konuşmasının başlıca özelliği, gerekli detayların olmaması ve/veya az bilgi içeren boş cümleciklerin aşırı kullanılmasıdır.

Normal konuşmada çok az bilgi taşıyan kalıplar bir dizi bilgilendirici kalıplar arasına serpiştirilmiştir. Bu durum, düşünceler sıralanırken konuşan ile dinleyici arasındaki iletişimin sürekliliğini sağlar. Boş cümleciklerin kullanımı ancak tüm konuşmanın büyük bir kısmını oluşturduğunda anormal olarak kabul edilir. Amacın zayıflamasına konuşma fakirliği (konuşma

miktarının azalması) de eşlik edebilir ama bu gerekli değildir. Asıl önemli olan, konuşulan kelime sayısına oranla çok az bilginin aktarılmasıdır.

0 Normal:

Söylenenlerin çoğunluğu özgün bilgi taşır ve bazı niteliksel bilgi içerir.

0.25 Ayrıntılandırılmamış düşünceler:

Düşünceler normal gelişimden yoksundur. Konuşmada az sayıda sıfat, zarf veya değiştirici cümlecik kullanılır. Örneğin, kişi resmi tanımlarken bir seri cümleyle resmin içeriğini listeler: “burada vardır.”, ancak nesnelere ait hiçbir niteliği tanımlamaz. (Düzeltilen yanlış başlangıçları değerlendirmeyiniz.)

0.5 Genelleme:

Konuşma özgün değildir ve az bilgi içeren üstü kapalı genellemelerle karakterizedir. Örneğin kişi resmi tanımlarken, “bir şeyler oluyor” diyebilir; ancak ne olduğuna dair hiçbir fikir bildirmemektedir.

1.0 Boş konuşma:

Neredeyse bütün konuşma bilgi içermeyen kalıplardan oluşur (“biliyorsunuz”, “durun/bir dakika” gibi). Denek açık bir amacı olmaksızın cümleye başlayabilir ve sonra cümleyi tamamlamayı başaramaz. Ancak, deneğin yanlış başlayıp, ardından cümleye yeniden başladığı ve açıklanacak düşüncüyü açıkça ortaya koyduğu durumları dışlayınız.

c. Düşüncelerin Tekrarlanması (Perseverasyon)

Düşüncelerin veya temaların anlamsız biçimde tekrarı. Tekrarların gösterilen resme bağlı uyarıdan bağımsız olarak geliştiği anlara ağırlık veriniz.

Tekrarın bir dayanağı olup olmadığına karar vermek gereklidir. Örneğin, aşağıdaki koşullarda düşüncelerin ya da sözcüklerin tekrarı genellikle düşünce perseverasyonu olarak puanlanmaz:

1- hemen ardından düzeltilen yanlış başlamaların tekrarı (kekemeliği değerlendirmeyin)

2- vurgulamak amacı ile kasıtlı yapılan tekrar

3- yeni materyalin eklenmesi ile oluşan düşüncelerin tekrarı

4- bilinçli özetleme

5- görüşmecinin uyarısı düşünceye itiraz gibi yorumlanarak kişi tarafından aynı düşüncenin tekrar edilmesi.

0.25 Basit Tekrar:

Resme cevap verirken daha önce açıklanan düşüncenin tekrarı. Daha önceden açıklanmış bir düşünce ayrıntılandırılıyorsa bunu saymayınız. Örneğin aşağıdaki durum tekrar sayılamaz. “Adam tarlayı sürüyor. Adam tarlayı düz arıklarla sürüyor.” Ayrıca, uyarı sonrası daha fazla bilgi vermek için bilinçli olarak fikrin tekrarlama durumu da dışlayınız. Örnek, “daha önce söylediğim gibi.”

0.5 Desteksiz Tekrar:

Resmin (ya da önceki herhangi bir resmin) bir bölümüne ilişkin daha önceden dile getirilen özgün bir düşüncenin resmin başka bir bölümüne ya da parçasına yeterli bir gerekçe olmadan uygulanması. Ancak, bu yanlış uygulama resimdeki kanıtla çelişmez. Örneğin 1. resimde, "kitabı tutan kız hamile" denmesi; her ne kadar bu iddiayı destekleyecek ya da yadsıyacak kanıt olmasa da (mantıklı bir gözlemlerle “ağaca dayanan kadın hamile”).

1.0 Karşıt tekrar:

Resmin bir bölümüyle (veya daha önceki resimle) bağlantılı olarak önceden açıklanmış bir düşünce, resimde görülene zıt olmasına veya resimle ilgili olmamasına rağmen tekrarlanır. Örneğin 3. resme karşılık verirken "kadın ata biniyor" denmesi açıkça görüldüğü gibi 1. resimden türetilmiş bir fikrin tekrarı ("adam ata biniyor").

2- Düşünce Dağınıklığı

a. Çözülme

Düşünceler arası bağlantı çok azdır veya yoktur ya da düşünce akışına konu dışı düşünceler girer. Çözülme, spontan konuşma akışı sırasında ortaya çıkabilir (Andreasen tarafından raydan çıkma olarak adlandırılmıştır) veya sorulara uygunsuz veya teğetsel cevaplar vermek şeklinde görülebilir (Andreasen tarafından teğetsellik/teğet geçme olarak adlandırılmıştır).

0.25 Rastgele Yorumlar

Bağlantıları çok az olan veya bağlantısız düşüncelerin doluşması; ancak denek hızla orijinal düşünce akışına döner. Saplantının dış bir uyaran tarafından oluşması durumundaki dikkat dağılmasını dahil etmeyiniz.

0.5 Sapma

Denek, yavaş biçimde konunun dışına sürüklenerek resimle ilgisi olmayan maddeleri konuşmaya başlar. Gerekirse, uygulamacı deneği resme dönmesi konusunda uyarmalıdır. Uyarıdan sonra sapmanın tekrarlama ayrı bir sapma olarak derecelenmelidir.

0.75 Mantıksal Olmayan Bağlantılar

Denek, aralarında yeterli mantıksal bağlantı olmaksızın bir düşünceden diğerine atlar; ancak düşünceler arasında bazı bağlantılar fark edilebilir. Uyaklı (klang) çağrışımlar bu maddenin örneği olarak kabul edilir.

1.0 İlgisiz Yanıtlar

Resimle cevaplar arasında fark edilebilir bir bağlantı yoktur. Karşıt tekrarlar olarak değerlendirilmesi gereken bir önceki resme ait düşünce tekrarlarını dışlayın.

b. Olağandışı Kelime Kullanımı

Kelimelerin kullanımı alışlagelmedik biçimdedir veya uydurulmuştur. Tek bir resme cevap verirken bir kelime bir kereden daha çok sayıda kullanılmışsa sadece ilk kullanımı derecelendiriniz. Ancak uygunsuz kelime tekrar tekrar kullanıldığında, düşünce tekrarları olarak değerlendirmeyi göz önüne alınız.

0.25 Olağandışı Kelime Kullanımı

Sıradan kelimeler konu dışında kullanılır veya daha sık kullanılan ve anlamı daha net ortaya koyan kelime yerine daha ender kullanılan bir kelime seçilir.

0.5 Özel Terminoloji

Gerçek bir kelimenin geleneksel anlamı dışında kullanımı ya da kelimelerin geleneksel olmayan bir şekilde eklenip bir araya getirilmesi ve yeni bir sözcük oluşturulması.

Örneğin, “elayakkabı” (eldiven anlamında). Kabul gören argo veya konuşma diline ait ifadeleri dışlayınız.

1.0 Neolojizm

Deneğin yarattığı yanlış kelimeler. Yanlış söyleyişleri dışlayın.

c. Olağandışı Cümle Yapısı

Cümlelerin yapısı alışılmadıktır. Anlamı ayırt etmeyi zorlaştıran cümle yapılarının olağandışılığına daha büyük bir ağırlık verilmelidir. Düşük eğitime bağlanabilecek dilbilgisi yanlışlıkları ile oluşturulan cümleler olağandışı olarak derecelendirilmemelidir.

0.25 Çok resmi veya ukalaca ifadeler

0.50 Cümlelerin tuhaf yapısı

1.0 Anlaşılmaz Cümleler

Cümlelerin uygunsuz bir şekilde yan yana gelmiş parçalardan meydana gelmiş olması nedeniyle anlam taşınamaması. Sözcük salatası.

d. Olağandışı Mantık (Mantıksal Olmayan Nedenselleştirme)

Yetersiz kanıtlara veya hatalı mantığa dayanarak sonuçlara ulaşmak. Bir ifadenin olağandışı bir mantığı yansıttığına, sorgulama evresinden sonra karar verilmelidir. Araştırmacı, serbest yanıt evresindeki tüm alışlagelmedik cevapları not etmeli ve bu düşüncelere dayanarak bir sorgulama yürütmelidir. Akla yatkın spekülasyonlara (tahminlere) izin veriniz. (Örneğin 3. resimde köprü üstündeki kadının depresif olduğu spekülasyonu akla uygundur.) Eğer uygun olmayan bir ifade sadece tekrara dayanıyorsa olağandışı mantık olarak derecelendirilmez. Bununla birlikte, eğer bir denek bir tekrar durumu için akla uygun olmayan bir açıklama veriyorsa tekrar ve olağandışı mantığın ikisi birden kaydedilmelidir.

0.25 Doğrulanmamış Sonuçlar

Denek çok az bir kanıta dayanarak kesin bir iddiada bulunur. Örnek, 1. resimde “çiftçiye zarar veren şiddetli bir kuraklık mevcuttur”. Deneğin düşüncesinin bir spekülasyon olduğunu kabul ettiği durumları dışlayınız.

0.5 Mantığa Sığmayan Usa Vurma

Herhangi bir mantıksal temeli olmaksızın veya yanlış mantıksal çıkarsamalara dayanarak denek bir sonuca ulaşır.

1.0 Karşıtlık

Sonuçlar kanıtlarla çelişir.

e. Çelinebilirlik

Dış bir uyarandan kaynaklanan konu dışı fikirlerin zihne doluşması. Çelinebilirliğin kesin olduğu tüm durumlar 1,0 puandır.

DDÖ uygulamasında kullanılan TAT resim seti



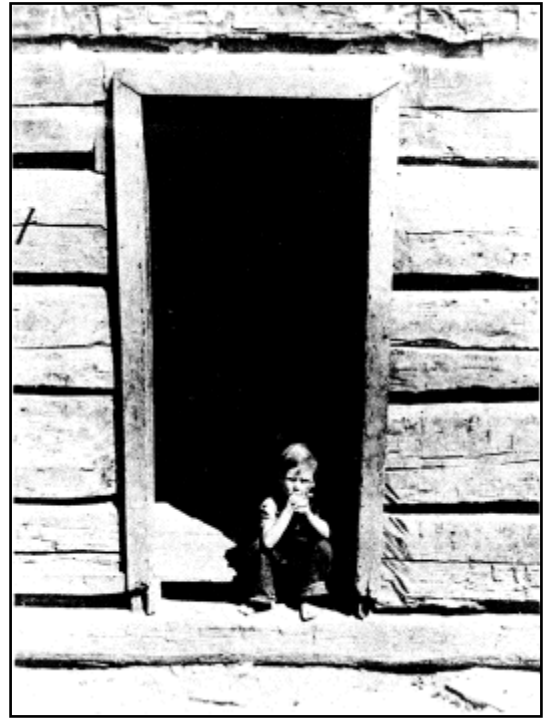
Resim 1) TAT 2



Resim 2) TAT 6GF



Resim 3) TAT 17GF



Resim 4) TAT 13B



Resim 5) TAT 4



Resim 6) TAT 5



Resim 7) TAT 12BG



Resim 8) TAT 20



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofrenik Bozukluk Tanılı Hastalar İle Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastaların Düşünce ve dil Ölçeği Puanlarının Sağlıklı Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması.				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ayşe ENDER ALTINTOPRAK				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi				
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	-				
	BİLGİLENDİRME FORMU					
	VERİ İZLEME FORMU/ ANKET	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	DİĞER	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 19-5.1T/37	Tarih: 15.05.2019				
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU Başkan	Halk Sağlığı AD	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Şafak DAĞHAN Başkan Yardımcısı	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Sadık AKŞİT Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofrenik Bozukluk Tanılı Hastalar İle Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastaların Düşünce ve dil Ölçeği Puanlarının Sağlıklı Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması.
ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu: 19-5.1T/ 37				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayhan DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	Toplantıya Katılmadı
Prof. Dr. Murat ULUKUŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Ceyda KABAROĞLU Üye	Klinik Biyokimya BD.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD. Klinik Biyokimya BD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Özen Önen SERTÖZ Raportör Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Günay YETİK ANACAK Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. H. Oya TÜRKOĞLU ÇAKAL Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Recı MESERİ Üye	Beslenme ve Diyetetik AD	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Tahir ATİK Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD Çocuk Genetik BD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

- * Araştırma ile İlişki
- * Toplantıda Bulunma

9. Teşekkür

Çalışmaya katılımcı alırken bana yardımcı olan Ege Üniversitesi Bağımlılık Polikliniği çalışanları ile Ege Üniversitesi Psikoz Birimi çalışanlarına;

İstatiksel analizlerimin yapılmasında çok değerli yardımlarını benden esirgemeyen değerli meslektaşım ve arkadaşım Bahtım Kütük'e;

Uyguladığım Düşünce ve Dil Ölçeğini daha önce kendi çalışmasında uygulayan ve ölçekle alakalı sorularıma çekinmeden cevap veren Berna Yalınçetin'e;

En önemlisi de araştırmama katılarak bu çalışmanın ortaya çıkmasında çok önemli bir yer teşkil eden bütün katılımcılara teşekkürü bir borç bilirim.

10. Özgeçmiş

2012 yılında Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünden mezun oldum. Mezun olurken seçmeli kapsamda olan “Tez” dersini alarak “Psiko-sosyal Değişkenler Açısından Seçmen Davranışları” adlı tez çalışmamı tamamladım. Daha sonrasında aynı tez çalışmasını 2013 yılında Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi’nde sundum. Mezuniyet sonrasında alanda ve birçok özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde psikolog olarak çalıştım. Aynı zamanda askerlik hizmetimi de uzun dönem yedek subay olarak ve birliğimin Rehberlik ve Danışmanlık Merkezi’nde mesleğimi icra ederek yaptım. 2017 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Danışmanlığı Programına kabul edildim.

İzmir 2022

Atilla Atış