



T.C.

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ

**PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI HASTALARDA VE
SAğLIKLI KONTROLLERDE AşIRI ÖNEM ATFETME ÖLÇEğİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIşMASI**

Dr. Süheyla Sena şAHİN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2025



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

**PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI HASTALARDA VE
SAĞLIKLI KONTROLLERDE AŞIRI ÖNEM ATFETME ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Süheyla Sena ŞAHİN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Buket GÜNGÖR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2025

TEŞEKKÜR

Öncelikle, mesleki hayatım boyunca bana en değerli deneyimleri kazandıran ve onlardan çok şey öğrendiğim kıymetli hastalarım,

Bilgi birikimine daima hayranlık duyduğum, tecrübesiyle her zaman yolumu aydınlatan; üzerimde emeği çok büyük olan ve asistanı olmayı her zaman bir şans olarak gördüğüm değerli hocam Dr. Şahap Nurettin Erkoç'a,

Her zaman destekleyici, yol gösterici ve güven veren yaklaşımıyla mesleki duruşuna hayranlık duyduğum; nezaketi ve anlayışıyla her zaman yanımda hissettiğim, klinik şefim ve tez danışmanım Doç. Dr. Buket Güngör'e,

Tez sürecimde rehberliği ve katkılarıyla bana yol gösteren Dr. Yusuf Ezel Yıldırım'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübeleriyle hem mesleki hem de insani gelişimime büyük katkı sağlayan hocalarım Prof. Dr. Murat Erkıran, Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım, Prof. Dr. Fatih Öncü, Uzm. Dr. Ahmet Türkcan, Prof. Dr. Dilek Ataklı ve Prof. Dr. Gül Karaçetin'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bilgi ve deneyimiyle bana çok şey katan Uzm. Dr. Ayça Öngel Atar'a ve her zaman desteğini hissettiren kıdemlim Uzm. Dr. Muhammet Ali Karaca'ya,

Başta Dr. Rüstem Doğan Uzlar, Dr. Ali Yavuz, Dr. Sena Yavuz ve Dr. Utkan Cevat Gün olmak üzere 15. Psikiyatri Kliniği'nde birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve çalışanlarına; ayrıca diğer bölümlerde birlikte görev aldığım tüm uzman ve asistan hekimlere,

Tez sürecini paylaştığım ve bu yolculuğu daha neşeli, daha kolay hale getiren Dr. Dilara Akça'ya; dostluğunu her zaman hissettiren Dr. Yasin Kurt'a; desteği ve neşesiyle bu süreci güzelleştiren Dr. Elif Özalp'a,

Her zaman yanımda olan, benim için yol gösterici, sırdaş ve dost olan canım abime,ve sevgisini her an hissettiğim, varlığı benim için en büyük mutluluk kaynaklarından biri olan canım kardeşime,

Ve sevgileri, emekleri ve sonsuz fedakârlıklarıyla bugünlere gelmemi sağlayan, her kararımda yanımda olan, bana koşulsuz destek veren canım anneme ve babama,

En içten şekilde teşekkür ediyorum.

Dr. Süheyla Sena ŞAHİN

İstanbul,2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ÇALIŞMANIN AMACI:	3
1.3. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ:	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. PSİKOZ VE ŞİZOFRENİ KAVRAMI	4
2.1.1. Şizofreni ve Psikozla Giden Bozuklukların Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.2. Psikotik Bozuklukların Epidemiyolojisi	6
2.1.3. Psikoz Risk Sendromları	7
2.1.3.1. Psikozun Prodromal Dönemi	7
2.1.3.2. Riskli Mental Durumlar / Ultra Yüksek Risk	8
2.1.4. Psikotik Bozuklukların Etiyolojisi	10
2.1.4.1. Genetik Çalışmalar	11
2.1.4.2. Nörodejeneratif ve Nörogelişimsel Hipotez	12
2.1.4.3. Nörokimyasal Hipotez	13
2.1.4.4. Çevresel faktörler	15
2.2. PSİKOTİK BOZUKLUKLAR VE AŞIRI ÖNEM ATFETME TEORİSİ ...	16
2.2.1. Önem Atfetme (Salience) Kavramı	16
2.2.2. Aşırı Önem Atfetme Teorisi	16

2.2.3. Aşırı Önem Atfetme Ölçüm Araçları	20
2.3. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ	21
2.3.1. Güvenirlik.....	22
2.3.1.1. İç Tutarlılık Güvenilirliği.....	22
2.3.1.2. Test-Yeniden Test Güvenilirliği	22
2.3.2. Geçerlik	22
2.3.2.1. Yapı Geçerliği	23
2.3.3. ROC Analizi ve Kesim Noktası	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. ETİK PROSEDÜRLER	24
3.2. PSİKOLİNGÜİSTİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ/ DİL UYARLAMASI	24
3.3. ÖRNEKLEM SEÇİMİ	24
3.4. İŞLEM.....	27
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	28
3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	31
4. BULGULAR	33
4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER	33
4.1.1. Sosyo-demografik Özellikler.....	33
4.1.2. Psikiyatrik ve Klinik Öykü.....	36
4.2. ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRMELERİ	37
4.3. AŞIRI ÖNEM ATFETME ÖLÇEĞİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ	39
4.3.1. Yapı Geçerliliği	40
4.3.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)	40
4.3.2. İç Tutarlılık-Güvenirlik Analizi	41
4.4. ROC ANALİZİ VE KESİM PUANI	43

4.5. ASI VE KLİNİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ.....	44
4.5.1. Vakalarda Aşırı Önem Atfetme Ölçeği ile Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki	44
4.5.2. Psikometrik Ölçümlerin Dağılımı	44
4.5.3. Vakalarda ASI, PANSS, CAPE, BDÖ ve GAS Düzeyleri Arası Korelasyon.....	45
4.5.4. Kontrol Grubunda ASI, BDÖ ve CAPE Puanları Arası Korelasyon	46
5. TARTIŞMA	47
5.1. SINIRLILIKLAR	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
7. KAYNAKLAR.....	60

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ACC** : Ön singulat korteks (*Anterior Cingulate Cortex*)
- AFA** : Açıklayıcı Faktör Analizi (*Exploratory Factor Analysis*)
- APS** : Silik Pozitif Semptom Sendromu (*Attenuated Positive Symptom Syndrome*)
- ARMS** : Riskli Mental Durum (*At Risk Mental States*)
- ASB** : Aşırı Önem Atfetme (*Aberrant Saliency Bias*)
- ASI** : Aşırı Önem Atfetme Ölçeği (*Aberrant Saliency Inventory*)
- AUC** : Eğri Altı Alan (*Area Under Curve*)
- BDÖ** : Büyüsel Düşünce Ölçeği (*Magical Ideation Scale – MIS*)
- BDT** : Bilişsel Davranışçı Terapi
- CAARMS** : Riskli Mental Durumlar İçin Kapsamlı Değerlendirme (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*)
- CAPE** : Psişik Yaşantılar Toplum Değerlendirmesi (*Community Assessment of Psychic Experiences*)
- CFI** : Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (*Comparative Fit Index*)
- CHR** : Klinik Yüksek Risk (*Clinical High Risk*)
- COMT** : Katekol-O-Metil Transferaz
- COPS** : Psikoz-Risk Sendromları Kriterleri (*Criteria of Psychosis-Risk Syndromes*)
- DAOA** : D-Aminoasit Oksidaz Aktivatörü (G30 ve DAO)
- DFA** : Doğrulayıcı Faktör Analizi (*Confirmatory Factor Analysis*)
- DISC1** : Şizofrenide Bozulmuş Protein (*Disrupted in Schizophrenia 1*)

DRN	: Dorsal Raphe Çekirdeği
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (<i>World Health Organization – WHO</i>)
EKT	: Elektrokonvülsif Terapi
EPA	: Avrupa Psikiyatri Derneği (<i>European Psychiatric Association</i>)
FEP	: İlk Psikoz Epizodu (<i>First Episode Psychosis</i>)
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (<i>Functional Magnetic Resonance Imaging</i>)
GABRB2	: GABA-A Reseptör Alt Birimi Beta-2
GAS	: Global Değerlendirme Ölçeği (<i>Global Assessment Scale</i>)
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (<i>International Classification of Diseases</i>)
KG	: Kontrol Grubu
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin Testi
MID	: Parasal Teşvik Gecikme Paradigması (<i>Monetary Incentive Delay Paradigm</i>)
MIS	: Magical Ideation Scale
NMDA	: N-Metil-D-Aspartat
NPV	: Negatif Prediktif Değer (<i>Negative Predictive Value</i>)
NRG1	: Neuregulin 1
Ort	: Ortalama
PACE	: Kişisel Destek ve Kriz Değerlendirme Kliniği (<i>Personal Assistance and Crisis Evaluation</i>)

PANSS	: Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (<i>Positive and Negative Symptom Scale</i>)
PPV	: Pozitif Prediktif Değer (<i>Positive Predictive Value</i>)
PRS	: Psikoz Risk Sendromu
RMSEA	: Kök Ortalama Hata Karesi (<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>)
ROC	: Alıcı İşletim Karakteristiği (<i>Receiver Operating Characteristic</i>)
SAT	: Önem Atfetme Görevi (<i>Saliency Attribution Task</i>)
SCID	: DSM Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (<i>Structured Clinical Interview for DSM Disorders</i>)
SIPS	: Psikoz Risk Sendromları İçin Yapılandırılmış Görüşme (<i>Structured Interview of Psychosis-Risk Syndromes</i>)
SOPS	: Prodromal Semptomlar Ölçeği (<i>Scale of Prodromal Symptoms</i>)
SRMR	: Standartlaştırılmış Kök Ortalama Hatalı Yaklaşım (<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>)
SS	: Standart Sapma
t	: Bağımsız Gruplar t Testi
TLI	: Tucker-Lewis İndeksi (<i>Tucker-Lewis Index</i>)
UHR	: Ultra Yüksek Risk (<i>Ultra High Risk</i>)
VG	: Vaka Grubu
VTA	: Ventral Tegmental Alan
X²	: Ki-Kare Testi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Ultra Yüksek Risk (UHR) kriterlerinin genel tanımı.....	8
Tablo 2. Vaka ve KG arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması	36
Tablo 3. Vakaların Klinik Özellikleri.....	37
Tablo 4. Araştırmada değerlendirilen Vaka ve KG arasında ASI maddelerine evet yanıtını verenlerin oranı	38
Tablo 5. Vaka ve KG arasında ASI puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 6. Cinsiyete göre Vaka ve KG arasında ASI puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 7. ASI Uyum İyiliği Değerleri	40
Tablo 8. ASI madde çıkarıldığında, ölçek ortalaması, varyansı, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach's α katsayılarını	42
Tablo 9. ASI test-tekrar test sonuçları.....	43
Tablo 10. ASI ROC Analizi sonucu.....	43
Tablo 11. Vakalarda ASI'nın yaş ve hastalık süresi ile ilişkisi.....	44
Tablo 12. Psikometrik ölçümlerin dağılımı.....	45
Tablo 13. Vakalarda ASI, PANSS, BDÖ, CAPE pozitif belirtiler alt ölçeği ve GAS puanları arasındaki ilişki	46
Tablo 14. KG'da ASI ve BDÖ, CAPE puanları arasındaki ilişki	46

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.** Dopaminden Önem Atfetmeye, Önem Atfetmeden Psikoza: Antipsikotikler Nasıl "Antipsikotik" Olur? 18
- Şekil 2.** Aşırı Önem Atfetme Ölçeği (ASI) İçin Hata Varyansları ve Faktör Yükleri , Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları 41
- Şekil 3.** Vaka ve Kontrol Grubu Arasında ASI Puanlarının Ayırt Ediciliği 43



ÖZET

PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI HASTALARDA VE SAĞLIKLI KONTROLLERDE AŞIRI ÖNEM ATFETME ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Dr. Süheyla Sena ŞAHİN

AMAÇ: Kapur'un "önem atfetme" hipotezi, psikozun dopaminerjik sistemdeki düzensizliklerden kaynaklandığını öne sürer. Dopaminin anormal salınımı, önemsiz uyarılara aşırı anlam yüklenmesine ve bunun sonucunda hezeyan ve psikotik belirtilerin gelişmesine yol açar. Bu süreci değerlendirmek amacıyla Cicero ve arkadaşları tarafından geliştirilen Aberrant Salience Inventory (ASI), önem atfetme süreçlerini ölçen öz-bildirim ölçeğidir. Çeşitli dillerde yapılan psikometrik çalışmalar, ölçeğin psikozun erken tanısında kullanılabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada, ASI'nin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya DSM-5-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış remisyondaki 75 hasta ve hasta grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş 75 sağlıklı birey olmak üzere toplam 150 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara Aşırı Önem Atfetme Ölçeği (ASI), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ), Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (CAPE) ve Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) uygulanmıştır. Geçerlik analizleri Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) ile değerlendirilmiş; güvenilirlik Test-Tekrar Test yöntemi ve Cronbach's α katsayısı ile belirlenmiştir. ASI'nin ayırt ediciliği Eğri Altında Kalan Alan (AUC) değerinin hesaplandığı ROC analizi ile incelenmiştir.

BULGULAR: Hasta grubunun yaş ortalaması ($43,67 \pm 11,76$), eğitim süresi ($10,75 \pm 3,69$) ve cinsiyet dağılımı (K/E: 25/50), kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Şizofreni tanılı bireylerin ASI puanları ($11,47 \pm 6,06$), kontrol grubuna ($6,51 \pm 5,34$) kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Faktör yapısını güçlendirmek amacıyla 8. ve 15. maddeler ölçekten çıkarılmış; bu düzenlemenin ardından modelin uyum iyiliği ve güvenilirlik düzeylerinde artış gözlenmiştir. Faktör analizleri, ölçeğin tek faktörlü yapısının model uyum iyiliği açısından yeterli olduğunu ortaya koymuştur (CFI = 0,99, TLI = 0,99, RMSEA = 0,01, SRMR = 0,05). İç tutarlılık analizinde Cronbach's $\alpha = 0,89$ olarak hesaplanmış ve bu, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Korelasyon analizleri, ASI puanlarının hasta grubunda PANSS pozitif belirtileri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur ($r = 0,232$, $p = 0,045$). Test-tekrar test güvenilirliği de yüksek bulunmuştur ($r = 0,939$, $p < 0,001$). ROC analizi sonuçları, ASI'nin şizofreni tanılı bireyleri sağlıklı kontrollerden ayırt etme gücünün orta düzeyde olduğunu göstermiştir (AUC = 0,735) ve belirlenen kesme puanı 7,5 olarak hesaplanmıştır (duyarlık = %72, özgüllük = %65).

SONUÇ: ASI'nin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin psikoz riskiyle ilişkili değişkenlerle anlamlı düzeyde

bağlantılı olduğu ve psikotik bireyleri sağlıklı kontrollerden ayırt etme gücünün yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, ASI'nin psikoz riski taşıyan bireylerin değerlendirilmesi ve klinik uygulamalarda kullanılabilirlik etkili bir araç olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: Aşırı Önem Atfetme Ölçeği, Psikotik Bozukluk, Psikoza yatkınlık, Geçerlik, Güvenirlik



ABSTRACT

VALIDATION OF THE TURKISH VERSION OF THE ABERRANT SALIENCE INVENTORY IN PATIENTS WITH PSYCHOSIS AND NON-CLINICAL PARTICIPANTS

Dr. Süheyla Sena ŞAHİN

AIM: Kapur's "salience" hypothesis suggests that psychosis results from dysregulation in the dopaminergic system. Abnormal dopamine release leads to the excessive attribution of meaning to irrelevant stimuli, contributing to delusions and psychotic symptoms. The Aberrant Salience Inventory (ASI), developed by Cicero et al., is a self-report scale that assesses salience attribution processes. Psychometric studies in various languages indicate that ASI may be useful in the early diagnosis of psychosis. This study aimed to adapt the ASI into Turkish and evaluate its psychometric properties, including validity and reliability.

MATERIALS AND METHODS: The study included a total of 150 participants, comprising 75 patients diagnosed with schizophrenia in accordance with DSM-5-TR criteria who were clinically in remission, and 75 healthy individuals matched with the patient group in terms of age, gender, and educational level. Participants completed the Aberrant Salience Inventory (ASI), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Magical Ideation Scale (MIS), Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE), and Global Assessment Scale (GAS). Validity was assessed using Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA), while reliability was determined through the Test-Retest method and Cronbach's α coefficient. The discriminative ability of the ASI was examined using Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis.

RESULTS: The mean age (43.67 ± 11.76), duration of education (10.75 ± 3.69), and gender distribution (F/M: 25/50) of the patient group did not significantly differ from the control group ($p > 0.05$). Participants diagnosed with schizophrenia had significantly higher ASI scores (11.47 ± 6.06) compared to controls (6.51 ± 5.34). To improve the factor structure of the ASI, items 8 and 15 were removed from the scale; this adjustment resulted in improved model fit and reliability. Factor analyses demonstrated that the ASI's single-factor structure exhibited adequate goodness-of-fit indices (CFI = 0.99, TLI = 0.99, RMSEA = 0.01, SRMR = 0.05). Internal consistency analysis indicated Cronbach's $\alpha = 0.89$, suggesting high internal consistency. Correlation analyses revealed a significant association between ASI scores and PANSS positive symptom scores in the patient group ($r = 0.232$, $p = 0.045$). Test-retest reliability was also high ($r = 0.939$, $p < 0.001$). ROC analysis indicated that the ASI had moderate accuracy in differentiating participants with schizophrenia from healthy controls (AUC = 0.735), with an optimal cutoff score of 7.5 (sensitivity = 72%, specificity = 65%).

CONCLUSION: The Turkish version of the ASI demonstrated strong validity and reliability as a measurement tool. The scale showed significant associations with variables related to psychosis risk and exhibited strong discriminative ability in

distinguishing patients with psychosis from healthy controls. These findings indicate that the ASI can be effectively utilized for assessing individuals at risk for psychosis and for clinical assessment.

Key Words: Aberrant Salience Inventory, Psychotic Disorder, Psychosis Proneness, Validity, Reliability



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Şizofreninin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, günümüzdeki görüşler, bu hastalığın benzer belirtiler ve bulgular sergileyen, ancak farklı etiyolojik süreçlere sahip birçok hastalığı içeren heterojen bir sendrom olduğu yönünde birleşmektedir (1). Hastalığın erken evresi olarak kabul edilen prodromal dönem, şizofreniye geçiş açısından kritik bir rol oynar (2). Bazı araştırmalar, tedavi edilmemiş psikozun veya prodromal döneminin uzun süre devam etmesinin, daha olumsuz bir seyir izleyebileceğini öne sürmektedir (3).

Kapur, "Salience" (önem atfetme) hipotezini ortaya atarak, psikotik semptomları olanlarda biyolojik kökenli zihinsel değişiklikler ile fenomenolojik değişiklikler arasındaki bağlantıyı açıklamaya çalışmıştır (4,5). Aşırı önem atfetme, normalde önemsiz kabul edilen uyarıcılara anormal bir şekilde önem atama veya yanlış bir şekilde anlam yükleme durumunu ifade eder. Bu hipoteze göre, mesolimbik dopamin salınımındaki disfonksiyon, dış ve iç uyaranlara aşırı bir önem atfetmeye neden olur. Bu durum, hastanın anormal belirgin deneyimler yaşamasına ve bu deneyimlerle başa çıkmak için sanrılar ve halüsinasyonlar geliştirmesine yol açar. Kapur, her hastanın psikotik semptomlarının derecesinin farklı olmasını ve farklı psikotik içeriklere sahip olmasını da aşırı önem atfetme hipotezi ile açıklamıştır (4).

Psikozun prodromal döneminde, bireyler normalde önemsiz kabul edilen uyaranlara anormal bir şekilde anlam yükleyebilirler (6). Kapur, hastaların prodromal dönemde yaşadıkları deneyimleri tam anlamlandıramadıkları ve hastaneye başvurmadıkları, tanı aldıktan sonra prodromal dönemde yaşadıkları bu deneyimleri ifade etmeye başladıklarını ve psikotik yaşantılarını söze döktüklerini belirtmiştir (4).

Psikotik semptomların kategorik bir değerlendirmeden ziyade boyutsal bir yaklaşımla ele alınması sayesinde bu deneyimin farklı yönlerini açıklayabileceğine dair modeller öne sürülmüştür (7). Bu model psikozu, geniş psikoz fenotipi (extended psychosis phenotype) kavramı çerçevesinde, psikotik fenotipi, psikotik bozukluklara sahip insanlarda psikotik semptomların ve sağlıklı bireylerde psikoz benzeri deneyimlerin çalışılmasını sağlayan süreklilik (continuum) modeli ve kavramı

yönünden ele alır (7). Sağlıklı bireylerde psikoz benzeri deneyimler ile psikotik bozukluğa sahip kişilerdeki psikotik semptomlar farklı fenomenler olarak görülebilir, ancak önceki araştırmalar, psikoz benzeri deneyimlerin, kalitatif olarak psikotik fenotipe benzer ancak niceliksel olarak daha az şiddetli olan bir "ara" fenotip olarak görülebileceğini önermektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, daha çok şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklarda görüldüğü düşünülen psikotik belirtilerin klinik olmayan örnekleme de görüldüğünü göstermektedir (8). Bu eşik altı belirtiler “psişik deneyimler” ya da “psikoz benzeri yaşantılar” olarak adlandırılmakta ve psikotik bozuklukların sesler duyma, şüphecilik, alınganlık gibi pozitif ve içe kapanma, konuşma yoksunluğu, düşüncenin fakirleşmesi gibi negatif belirtilerini içerebilmektedir. Sonuç olarak geniş psikoz fenotipi, süreklilik gösteren bir yelpaze olarak düşünülebilir; bu yelpazenin bir ucunda, bireyin belirgin bir rahatsızlık duymadığı veya yardım arama gereksinimi hissetmediği, kısa süreli psikotik deneyimler (örneğin, zaman zaman sesler duyduğunu sanma veya kendisi hakkında konuşulduğunu düşünme) yer alırken, diğer ucunda ise şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar bulunmaktadır.

Bu fenomeni daha iyi anlamak amacıyla geliştirilen Aberrant Salience Inventory (ASI) nın psikometrik özellikleri farklı dillerde incelenmiş ve yapılan araştırmalar psikozun erken dönem tanısında da uygun bir ölçek olabileceğini göstermektedir (9–11). 2023 yılında yapılan bir meta-analize göre, "Aberrant Salience Inventory (ASI)" psikotik bireyleri psikotik olmayan kontrol gruplarından ayırt etmede tatmin edici sonuçlar göstermiştir (9). ASI, ayrıca Bütünsel Düşünce Ölçeği gibi şizotipi ölçekleri ile yüksek korelasyon göstermektedir, bu da şizotipal özelliklerin ve psikoz riskinin değerlendirilmesinde önemli bir araç olduğunu işaret etmektedir (10).

Son çalışmalar, ASI puanlarının ultra yüksek risk (UHR) gruplarındaki bireylerle ilk epizod psikoz (FEP) hastaları arasında benzer olduğunu göstermiştir. Azzali ve ark. (2022) ile Poletti ve ark. (2022) tarafından yapılan bu çalışmalar, ASI'nin UHR bireylerde de güvenilir bir değerlendirme aracı olduğunu desteklemektedir (12,13). Bu bulgular, ASI'nin, psikoz riski taşıyan bireylerin erken tanı ve müdahalesinde etkili bir araç olduğunu göstermektedir.

Yapılan alışmalar, aşırı önem atfetmenin değerlendirilmesinin, psikoz riski taşıyan bireyleri tanımak ve tedavi etmek için önemli bir araç olabileceğini göstermektedir (9). Son yıllarda, önem atfetme hipotezi üzerine yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Ancak, bu kavramı ölçmek için geliştirilmiş araçlar sınırlıdır. Aşırı önem atfetmeyi değerlendiren yalnızca "Aberrant Salience Inventory (ASI)" olmak üzere tek bir öz-değerlendirme anketi olsa da bu ölçeğin henüz Türkçe geçerlik çalışması yapılmamıştır.

Aşırı nem Atfetme kavramı, şizofreni alanındaki araştırmalarda önemli bir yere sahiptir ve hastalığın mekanizmalarını anlamamıza yardımcı olabilir. ASI'nın Türkçe'ye uyarlanması, Türk popülasyonunda yüksek riskli bireylerde erken tanı konulması ve erken tedaviye başlanması önemli bir araç olabilir. Ölçek, psikoz belirtileri ve psikoz riski taşıyan bireyler üzerinde yapılan araştırmalarda kullanılabilir. Ayrıca, bozulmuş önem atfetmenin şizofreni semptomları ile ilişkisini değerlendirmek, hastalığın ve tedavinin yönetiminde yol gösterici olabilir. Özellikle psikoz gelişimini öngörebilme yeteneği nedeniyle uzun vadeli çalışmalarda değerli bir araç olabilir. Psikotik bozuklukların mekanizmalarını anlamak ve tedavi etmek üzerine yapılan araştırmalara yeni bir bakış açısı getirebilir.

1.2. ÇALIşMANIN AMACI:

Çalışmanın amacı, Cicero ve ark. tarafından geliştirilen ve orijinal dili İngilizce olan Aberrant Salience Inventory leğinin Türkçe'ye uyarlamak üzere psikometrik özelliklerini belirlemekle birlikte geçerlik ve güvenirliğini test etmektir. Türkçe dilinde aşırı önem atfetme hipotezini ölçmek için uygun ölçeğin eksikliği yürüttüğümüz çalışmanın önemini artırmaktadır.

1.3. ÇALIşMANIN HİPOTEZLERİ:

Aşırı nem Atfetme leği Türkçe diline anlaşılır bir şekilde tercüme edilebilir ve Türkçe dilinde geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Büyüsel Düşünce leği ve Toplumda Psişik Yaşantıları Değerlendirme leği'nin Aşırı nem Atfetme leği ile psikoz risk sendromunu değerlendirmede duyarlık ve özgüllükleri benzerdir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PSİKOZ VE ŞİZOFRENİ KAVRAMI

2.1.1. Şizofreni ve Psikozla Giden Bozuklukların Tanımı ve Tarihçesi

Psikoz, bireyin gerçekliği algılama ve değerlendirme yetisinin ciddi şekilde bozulduğu, düşünce, duygu ve davranışlarda düzensizliklerin gözlemlendiği bir ruhsal durumdur (14). Klinik terminolojide "psikotik semptom", özellikle sanrılar ve halüsinasyonlar gibi bilişsel veya algısal işlevlerde bozulmayı tanımlamak için kullanılır. "Psikotik bozukluk" ise bu semptomların belirli tanı kriterlerini karşıladığı ve kişinin işlevselliğini etkileyen durumlarda kullanılan klinik bir tanıyı ifade eder (15).

Şizofreni, zihinsel, duygusal ve davranışsal düzeyde çeşitli semptomlarla karakterize edilen bir psikiyatrik bozukluktur. Hastalığın belirtileri büyük ölçüde değişkenlik gösterir ve kişiden kişiye farklılık arz eder, bu nedenle tedavi ve klinik seyir açısından büyük bir çeşitlilik gösterir (16). Şizofreninin temel belirtileri arasında varsanılar, sanrılar ve dezorganize davranış gibi pozitif belirtiler; duygusal küntlük, konuşmanın azalması, motivasyon kaybı ve zevk almama gibi negatif belirtiler ile dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel bozukluklar yer alır (17). Negatif belirtiler ve bilişsel bozukluklar, şizofreni hastalarında uzun süreli morbidite ve işlevsellik kaybının başlıca nedenleridir (18). İşlev kaybına sebep olması ile hem bireyi hem de toplumu etkilemektedir (19).

Psikiyatrik hastalıklar, yüzyıllar boyunca bilim insanlarının araştırmalarına konu olmuştur. Şizofreni, 19. yüzyıldan bu yana ruh sağlığı alanında çalışan uzmanları en çok meşgul eden ve bugün hâlâ birçok yönü tam olarak aydınlatılamamış bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni terimi insanlık tarihinin son yüzyılında kullanılıyor olsa da benzer semptomlara dair tanımlamalar çok daha eskiye, M.Ö. 1400'lerdeki Hinduizmin en eski ve kutsal metinlerinden olan Vedalar 'a kadar uzanmaktadır (20).

M.Ö. 5. yüzyılda, Hipokrat, ruhsal hastalıkları ilk kez tıbbi bir durum olarak ele almış ve bu hastalıkların vücut sıvılarındaki dengesizlikten kaynaklandığını öne sürmüştür (21). Ortaçağ Avrupa'sında ise ruhsal hastalıklara sahip kişiler, ruhlarını

şeytana satmış olarak kabul ediliyor ve bu nedenle diri diri yakılarak cezalandırılıyorlardı. 18. yüzyıla kadar, ruhsal hastalığı olanlar toplumdan uzaklaştırılması ve kapatılması gereken bireyler olarak görülüyordu. Ancak 1790'larda, Fransız doktor Philippe Pinel, ruhsal hastalığı olan kişileri toplumdan dışlamak yerine tedavi etmeye yönelik adımlar atarak, modern psikiyatriye giden yolda önemli değişiklikler başlatmıştır (22).

Şizofreni terimi, Yunanca "schizo" (bölünmüş) ve "phrenos" (ruh ya da akıl) kelimelerinin birleşiminden türemiştir. İlk olarak 1860'ta, Morel "démence précoce" (erken bunama) terimini kullanmıştır (23). 19. yüzyılın sonlarında Emil Kraepelin, bu kavramı "dementia praecox" olarak genç yetişkinlerde zihinsel işlevlerin bozulması şeklinde tanımlamış ve bu bozukluğu katatoni, hebefreni, basit ve paranoid tipler olarak alt gruplara ayırmıştır (24).

Eugen Bleuler ise 1911'de, "şizofreni" terimini tanıtarak hastalığın zihinsel yarıma ve gerçeklik algısının bozulması gibi özelliklerini vurgulamıştır. Bleuler, belirtileri temel (duygulanım bozuklukları, çağrışım bozukluk, ambivalans, otizm) ve ikincil (sanrılar, varsanımlar, katatoni) olarak sınıflandırmıştır (25). Daha sonra, şizoafektif bozukluk, şizofreniform psikozlar ve farklı şizofreni türleri gibi ayrımlar Amerikalı ve Avrupalı klinisyenler tarafından geliştirilmiştir (26).

1930'larda Schneider, şizofreni için belirleyici olduğunu düşündüğü birinci sıra belirtileri tanımlamıştır. Bu belirtiler; hastanın kendi hakkında yorum yapan sesler duyması, düşüncelerinin sesli olarak söylendiğini işitmesi, kendi arasında tartışan sesleri duyması gibi işitsel varsanımları içerir. Ayrıca düşünce sokulması, düşünce çalınması, düşüncelerin kontrol edilmesi, başkaları tarafından okunması veya çevreye yayılması, sanrısız algılar ve dış güçler tarafından bedenin kontrol edilmesi düşüncesi de bu belirtiler arasında yer almaktadır (27).

Şizofreni terimi, DSM ve ICD'de zamanla çeşitli değişiklikler geçirerek günümüze kadar korunmuş ve önemli bir tanı kategorisi olarak varlığını sürdürmüştür (28). 1952'de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-I'de, şizofreni "şizofrenik reaksiyonlar" başlığı altında tanımlanmış ve basit, hebefrenik, katatonik, paranoid, akut farklılaşmamış, kronik farklılaşmamış, şizoduygusal, çocukluk

döneminde başlayan ve rezidüel gibi dokuz alt tipe ayrılmıştır. Bu tanımlamalar, psikodinamik yaklaşımlardan yoğun biçimde etkilenmiştir (29).

1968'de yayımlanan DSM-II, DSM-I'e kıyasla çok az değişiklik içeriyordu, ancak tanımlarda "reaksiyon" kelimesi kaldırılarak sadece "şizofreni" terimi kullanıldı. Ayrıca, şizofreninin afektif psikozlardan daha iyi ayırt edilmesi için düzenlemeler yapıldı. DSM-II de büyük ölçüde psikodinamik bakış açısına sahipti. 1980'de DSM-III, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) ile daha uyumlu hale getirilmek amacıyla yayımlandı. Bu sürüm, şizofreni tanımını daha kesin kriterlerle yeniden ele alarak, kronik gidişat, işlevsellikte bozulma ve pozitif belirtiler gibi unsurları vurguladı. Bu dönemde, şizofreni "şizofrenik bozukluk" olarak adlandırıldı ve net tanı ölçütleri belirlendi (30).

DSM-5 ile şizofreni ve psikotik bozukluklar daha geniş bir spektrum yaklaşımıyla ele alınmıştır. Önceki sürümlerde önemli görülen birinci sıra belirtiler ve alt tipler kaldırılmış, bunun yerine tanılar daha kapsamlı bir çerçevede değerlendirilmiştir (30).

2.1.2. Psikotik Bozuklukların Epidemiyolojisi

Psikotik bozuklukların sıklık ve yaygınlıkları oldukça değişkenlik göstermektedir. Yapılmış kapsamlı bir çalışmada psikotik belirtilerin yaşam boyu görülme oranının %3,63 olduğu belirtilmiştir (31). Psikoz spektrumunu ele alan bir sistematik derleme, genel popülasyonda eşik altı psikoz benzeri deneyimlerin %8, psikotik semptomların %4 ve tüm psikotik bozuklukların ise yaklaşık %3 oranında görüldüğünü ortaya koymuştur (8).

Şizofreninin insidansı ve prevalansı üzerine yapılan birçok araştırma, hastalığın görülme sıklığının cinsiyet, göçmenlik durumu ve şehir ya da kırsal yaşam gibi faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (32). İnsidansın %0,4 ile %0,7 arasında değiştiği ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Avrupa ve Asya'da şizofreni sıklığının %0,85 olduğu rapor edilmiştir. Şehirlerde hastalığın daha yaygın olduğu, kırsal alanlarda ise daha az rastlandığı belirtilmektedir (14). Nokta prevalansı, her 1000 kişide ortalama 4,5 olarak belirlenmiş, bireyin yaşamı boyunca hastalığa yakalanma riski ise %0,6 civarında hesaplanmıştır (32).

Türkiye’de şizofreni epidemiyolojisine dair sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. 2011 yılında yapılan kesitsel bir epidemiyolojik araştırmada, şizofreni prevalansının 1000 kişide 8,9 olduğu tespit edilmiştir (31).

Bazı çalışmalar, hastalığın prevalans ve insidans değerleri açısından cinsiyetler arasında belirgin bir fark olmadığını belirtmiştir (33). Ancak şizofreninin erkeklerde daha sık görüldüğünü gösteren bir çalışmada erkek/kadın oranı 1.4 olduğunu belirtmiştir (34). Erkeklerde hastalığın en sık görüldüğü yaş aralığı 15-25 iken, kadınlarda 25-35 yaş aralığı en yaygın dönem olarak belirlenmiştir; ayrıca, kadınlarda 55-64 yaş aralığında ikinci bir artış gözlenmektedir (22,35,36).

2.1.3. Psikoz Risk Sendromları

2.1.3.1. Psikozun Prodromal Dönemi

Prodrom, geriye dönük olarak tanımlanan bir kavramdır, çünkü psikotik bir hastalık tam anlamıyla ortaya çıkmadan önce kesin olarak teşhis edilemez (37). Psikotik hastalıklarda prodrom, bireyin premorbid işlevselliğinde değişimlerle kendini gösteren zihinsel durum özelliklerini kapsar ve bu süreç, belirgin psikotik semptomların başlamasına kadar devam eder (38,39). Eğer prodrom, şizofreninin erken aşaması olarak görülürse, herhangi bir müdahale yapılmadığında psikozun kaçınılmaz olarak gelişmesi beklenir. Ancak, prodrom yalnızca bir risk faktörü olarak ele alındığında, psikotik bir epizoda ilerleme oranı daha düşüktür ve bu durum psikozun her zaman kaçınılmaz bir sonuç olmadığını, ancak bireyde artmış bir yatkınlık olduğunu gösterir (40,41).

Şizofreni tanısı almış hastaların %80-90’ı, psikotik hale gelmeden önce algı, inanç, biliş, duygudurum, duygulanım ve davranışlarda önemli değişiklikler yaşadığını ifade etmektedir. Ancak, hastaların %10-20’sinde, belirgin bir prodromal dönem olmadan psikotik semptomlar ani bir şekilde ortaya çıkar (2). Genellikle bu süreçte önce özgül olmayan ve negatif belirtiler gözlemlenir, ardından silik pozitif belirtiler gelişir. Şizofreni vakalarının büyük bir kısmında prodromal bir dönem bulunmasına rağmen, prodromal semptomları olan bireylerde psikotik bir hastalığın gelişme olasılığı hala net değildir. Bu nedenle, risk altında olan bireyleri belirlemek ve doğru şekilde değerlendirmek kritik öneme sahiptir (40).

2.1.3.2. Riskli Mental Durumlar / Ultra Yüksek Risk

Prodromal dönemdeki bireylerin yaklaşık üçte birinde zamanla psikoz geliştiği bilinmektedir. Ancak bu döneme özgü belirtilerin düşük özgüllüğe sahip olması, bazı bireylerin yanlış pozitif olarak değerlendirilmesine neden olmakta ve tanısız süreçte önemli güçlükler yaratmaktadır (42). Bu durum, prodromal belirtilerin daha hassas ölçütlerle tanımlanması gerekliliğini gündeme getirmiştir.

Bu alandaki farkındalığın artmasıyla birlikte, Avustralya'nın Melbourne kentinde yer alan *Personal Assessment and Crisis Evaluation (PACE)* kliniği, psikotik bozukluk açısından risk taşıyan bireylerin değerlendirilmesi ve tedavisi amacıyla kurulmuş öncü merkezlerden biri olmuştur. Klinik, psikotik belirtilere benzer ancak subklinik düzeyde kalan ve yardım arayışı içinde olan bireyleri hedef alarak "ultra yüksek risk" (UHR) durumlarını tanımlamak üzere sistematik bir sınıflandırma geliştirmiştir (43,44).

Tablo 1. Ultra Yüksek Risk (UHR) kriterlerinin genel tanımı

<u>Semptomatik yaklaşım</u>
A. En az 1 kısa aralıklı kendi kendini sınırlayan psikotik belirti varlığı
Varsanı
Sanrı
Düşünce bozukluğu
B. En az 1 hafif psikotik semptom varlığı
Referansiyel düşünceler
Tuhaf inanışlar veya büyüsel düşünceler (grandiyöz düşünceler dahil)
Paranoid fikirler
Sıradışı algısal deneyimler
Tuhaf düşünme ve konuşma
<u>İyi tanımlanmış durumsal süreklilik yaklaşımı</u>
C. Genetik risk faktörlerinin varlığı ve son dönemde işlevsellikte belirgin azalma (psikotik aile öyküsü, şizotipal kişilik bozukluğu)

- I) 15-30 yaş arasında olmak
- II) Klinik yardım talebi içinde olmak veya yardım talebiyle yönlendirilmek
- III) A, B veya C olarak tanımlanmış olan alt-grupların en az 1'ine dahil olmak (45)

Ultra-yüksek risk (UHR) grubuna dahil edilen bireyler, belirtilerine göre aşağıdaki üç sendromdan birinde sınıflandırılır:

1.Eşik Altı Pozitif Semptom Sendromu (Attenuated Positive Symptom Syndrome-APS): Son 12 ay içinde başlamış veya kötüleşmiş olan, eşik altı pozitif semptomların varlığıyla tanımlanır. Ayrıca, bu belirtilerin son bir ay içinde haftada en az bir kez gözlemlenmiş olması gereklidir.

2.Kısa Süreli Aralıklı Psikotik Sendrom (Brief Limited Intermittent Psychotic Syndrome-BLIPS): Şiddetli psikotik semptomlar olmasına rağmen bu belirtiler genellikle kısa süreli veya anlık olarak ortaya çıkar. BLIPS tanısı koyulabilmesi için, psikotik belirtilerin son üç ay içinde başlamış olması ve ayda en az bir kez birkaç dakika boyunca devam etmesi gerekmektedir. Ayrıca, bu belirtiler acil bir duruma yol açmamalı ve psikotik bir bozukluk ihtimali dışlanmış olmalıdır.

3.Genetik Risk ve Yakın Dönemde Kötüleşme Sendromu (Genetic Risk and Recent Deterioration Syndrome-GR): Son 12 ay içindeki değerlendirmelere kıyasla, geçen ay yapılan Global Değerlendirme ölçeği sonuçlarında en az %30'luk bir düşüş tespit edilen ve şizotipal kişilik bozukluğu ya da psikotik bozukluk geçmişi bulunan birinci derece akrabaya sahip bireyler.

Bu kriterler, psikozun erken teşhis edilmesini ve potansiyel olarak önleyici müdahalelerin uygulanmasını mümkün kılmak için önemli bir çerçeve sunmaktadır (46-49).

Ultra yüksek risk kriterlerini değerlendirmek için kullanılan araçlar arasında Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) ve Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS) yer almaktadır. Bu araçlar, semptomların yoğunluğunu ve süresini ölçerek psikoz riskini daha hassas bir şekilde belirlemeyi sağlar (46,50).

DSM-5'in "İleri Araştırma Gerektiren Konular" başlığı altında yer alan "Atenüe Psikoz Sendromu" (APS) (Eşik Altı Psikoz Sendromu) tanımı da bu yaklaşımı destekler niteliktedir. APS'nin tanımlanması, prodromal dönemdeki bireylerin daha iyi tanınmasını ve bu vakalardan elde edilen klinik gözlemlerin güncel

psikiyatri pratiğine entegre edilmesini sağlamıştır. Tanı ölçütlerinin belirlenmesinde ise büyük ölçüde SIPS, kısmen de CAARMS görüşme araçlarının kriterlerinden yararlanılmıştır (51).

Tanı ölçütlerinde, özellikle zayıf düzeyde pozitif semptomların varlığına odaklanılmakta; bu belirtilerin şiddet ve sıklık bakımından normalden sapma göstermesi, ancak gerçeği değerlendirme yetisinin korunmuş olması gerektiği belirtilmektedir. Tanı açısından dikkat çeken bir diğer unsur, bu semptomların son bir yıl içinde başlamış veya belirgin biçimde kötüleşmiş olmasıdır. Ayrıca bireyin ya da yakın çevresinin işlevsellikte belirgin bir azalma nedeniyle tedavi arayışına yönelmiş olması, tanının klinik geçerliliğini artırmaktadır. Tanı koyulabilmesi için belirtilerin başka bir DSM-5 bozukluğu ile daha iyi açıklanamaması ve bireyin daha önce psikotik bir bozukluk tanısı almamış olması da temel koşullar arasında yer almaktadır (52).

Ancak, DSM-5'in metin revizyonu olan DSM-5-TR ile, tanı ölçütlerinde önemli bir güncelleme yapılmıştır. Önceki sürümde yer alan "gerçeği değerlendirme yetisi göreceli olarak korunmuş" ifadesi, sanrı ve varsanı gibi gerçeklik bozulmalarını tanımlarken bu yetinin varlığını ileri sürmesi açısından mantıksal bir çelişki yaratmaktaydı. Bu nedenle, DSM-5-TR'de bu ifade metinden çıkarılmış; bunun yerine sanrı, halüsinasyon ve dezorganize konuşmanın atenüe (eşik altı) formları daha açık şekilde tanımlanmış ve bunların tam psikotik belirtilerden ayırt edilebilmesini sağlayacak bir "geçit kriteri" yapısı olarak tanıya dahil edilmiştir. Bu değişiklik, tanı koyma sürecinin daha tutarlı ve klinik olarak anlamlı hale gelmesini hedeflemektedir (53).

2.1.4. Psikotik Bozuklukların Etiyolojisi

Şizofreninin ortaya çıkış nedenlerini açıklamaya yönelik araştırmalar uzun süredir devam etmesine rağmen, hastalığın kesin bir sebebi henüz belirlenememiştir. Şizofreninin, güçlü genetik, çevresel ve gelişimsel faktörlerle bağlantılı ciddi bir nöropsikiyatrik bozukluk olduğu düşünülmekte olup etiyolojisiyle ilgili çeşitli hipotezler öne sürülmüştür (54).

2.1.4.1. Genetik Çalışmalar

Yıllar boyunca aile, ikiz çalışmaları ve evlat edinilen bireyler üzerinde toplanan geniş çaplı veriler, şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluklarına yatkınlıkta karmaşık bir genetik bileşenin etkili olduğunu göstermektedir (55).

Şizofreni hastalarının yakınlarında, genel popülasyona kıyasla hastalık geliştirme riski daha yüksektir. Çocuklarda şizofreni gelişme riskinin her iki ebeveynin de şizofreni hastası olduğu durumlarda yaklaşık %40'a yükseldiği, bu riskin birinci derece akrabalarda %10 ve ikinci derece akrabalarda %3 olduğu belirtilmektedir (56).

Şizofreni, tek bir genin sorumlu olmadığı, çok sayıda genin katkıda bulunduğu poligenik bir hastalıktır (19). Genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (genome-wide association studies) sonucunda, birçok yaygın genetik varyantın yanı sıra az sayıda belirgin genomik varyant tespit edilmiştir. 2014 yılında yapılan en kapsamlı araştırma, şizofreninin etiyolojisinde dopamin sentezi, salınımı ve reseptörleri ile ilgili genler (özellikle DRD2), voltaj bağımlı kalsiyum kanalları, glutamaterjik nörotransmisyonla ilgili genler, B-lenfositler ve kompleman aracılı bağışıklık sistemine ait genlerin rol oynadığını ortaya koymuştur (57).

Neuregulin 1 (NRG1), hücre büyümesi, farklılaşma, sinyal iletimi ve miyelinizasyon süreçlerinde rol oynarken, Dystrobrevin bağlayıcı protein 1 (dysbindin, DTNBP1) ise akson stabilitesinde önemli bir görev üstlenmektedir. Bu iki gen, şizofreni ile en güçlü ilişkiyi gösteren genler arasında sayılmaktadır. Ayrıca, hücre adezyonu, dentritik büyüme ve hücre göçünde kritik bir rol oynayan Disrupted in schizophrenia 1 (DISC1), NMDA reseptör kofaktörü olarak işlev gören D-serini yıkan D aminoasit oksidaz aktivatörü (DAOA/G30 ve DAO), katekolamin metabolizmasında yer alan Katekol-O-metil transferaz (COMT), inhibitör nörotransmitter GABA'nın GABA-A reseptör alt birimi beta-2 (GABRB2) ve transkripsiyon faktörü Zinc finger protein 804A (ZNF804A) genlerinin de şizofreni ile bağlantısı tespit edilmiştir(39). Buna ek olarak, 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q ve 22q kromozomlarındaki bölgelerin şizofreniyle ilişkili olabileceği konusunda güçlü kanıtlar elde edilmiştir (55).

Şizofreni, en yüksek kalıtlabilirliğe sahip nöropsikiyatrik bozukluklardan biri olarak bilirse de hastalığa katkıda bulunan çevresel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (21).

2.1.4.2. Nörodejeneratif ve Nörogelişimsel Hipotez

1970'ler ve 1980'lerde teorisyenlerin geliştirdiği Freudyen yaklaşımlar, yerini giderek biyolojik psikiyatrinin yükselişine bıraktı. Bu değişimle birlikte, şizofreninin doğasına ilişkin iki ana kuram olan nörodejeneratif ve nörogelişimsel hipotezler etiyolojik tartışmalara önemli katkılar sundu (58).

Kraepelin'in "Dementia praecox" kavramı, şizofreninin ilerleyici, geri dönüşü olmayan bir beyin hastalığı olduğunu ve bilişsel işlevlerdeki gerilemenin sürekli bir bozulmayı temsil ettiğini savunuyordu (58,59). Nörodejeneratif hipotez, beyin yapılarında yaşanan ilerleyici bozulmaları ve bilişsel gerilemeyi bu bağlamda açıklamaya çalışır. Ancak, yapılan postmortem çalışmalarda nörodejeneratif hastalıklarda sıkça görülen anormal protein birikimi ve gliozisin şizofrenide nadiren gözlenmesi, bu kuramı kısmen zayıflatmaktadır (58). Buna rağmen, bazı araştırmalar kortikal bölgelerde anormal protein birikimlerinin varlığını ortaya koyarak nörodejeneratif hipotezi desteklemiştir (60). Ayrıca, nörodejeneratif model biyokimyasal değişikliklere de odaklanır. NMDA reseptör işlevinde azalma, beyindeki eksitator nörotransmisyonun aksamasına neden olurken, serbest radikallerin neden olduğu oksidatif stres sinir hücrelerine zarar verir (65). Mikroglial aktivitenin artışı, merkezi sinir sisteminde bir inflamatuvar yanıtı tetikler ve bu durum, sinir hücrelerinin yapısal bütünlüğünü daha da bozar. Nöroinflamasyonun, hastalığın ilerleyişinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir; yüksek mikroglial aktivite ve periferal inflamatuvar belirteçlerdeki artış, dejeneratif süreçlerin göstergesi olarak kabul edilir. Bu biyolojik değişimler, şizofreninin yaşla birlikte kötüleşen semptomlarını ve beyindeki yapısal bozulmayı açıklamakta önemli bir katkı sağlar (58,62).

Öte yandan, nörogelişimsel model şizofreniyi, prenatal, perinatal veya erken çocukluk döneminde genetik ve çevresel faktörlerin beyin gelişimini olumsuz etkilediği bir süreç olarak ele alır (58,63). Nöronal migrasyon bozuklukları ve değişen nöral plastisite, şizofreni gelişiminde önemli rol oynayan yapısal anormalliklere yol

açabilir. Beyin görüntüleme çalışmaları, hastalığın erken dönemlerinde azalan kortikal hacim ve genişlemiş ventriküllerin, beyin hasarının psikoza önce başladığını göstermektedir. Bu kuram, erken yaşamda yaşanan travma, stres ve genetik yatkınlığın, bireylerin nörogelişimsel süreçlerini etkileyerek ileride psikoza gelişimine katkıda bulunabileceğini savunur (58). Kaufmann ve ekibinin çalışması, şizofreninin erken nörogelişimsel bozukluklarının, hastalığın ileri aşamalarında bilişsel ve klinik işlevlerdeki düşüşle bağlantılı olduğunu vurgular. Sonuç olarak, nörogelişimsel model, erken dönem beyin gelişimi etkilerinin uzun süreli sonuçları olabileceğini belirtir (64).

2.1.4.3. Nörokimyasal Hipotez

Şizofreninin etiolojisinde nörotransmitterlerin rolünü anlamak amacıyla yapılan çok sayıda araştırma, beyindeki biyokimyasal aktiviteyi aydınlatmaya çalışmış ve özellikle dopamin, serotonin, noradrenalin, glutamat ve GABA gibi nörotransmitterler üzerinde yoğunlaşmıştır (19,65).

a) Dopamin hipotezi: Dopamin hipotezi, şizofreninin biyokimyasal temelini açıklamaya yönelik ilk ve en kalıcı teorilerden biri olarak tanınır (66). Hipotez, 1950'lerde ve 1960'larda yapılan araştırmalarla şekillenmiş ve Arvid Carlsson'un öncülüğünde dopaminin yalnızca bir öncül madde değil, sinir iletimi için kritik bir nörotransmitter olduğunu keşfetmesiyle güç kazanmıştır. Carlsson ve Margit Lindqvist'in çalışmaları, antipsikotik ilaçların dopamin metabolizmasını artırdığını göstermiştir (67). Bunun yanında, rezepinin dopamin geri alımını engelleyerek psikotik semptomları hafifletmesi ve amfetamin gibi dopamin salınımını artıran maddelerin psikotik belirtilere yol açabilmesi, bu hipotezi destekleyen önemli bulgular arasında yer almıştır (68,69). Ancak, bu hipotezin ilk versiyonu, şizofreniyi tek bir boyut üzerinden ele almış ve genetik veya nörogelişimsel faktörlerle ilişkilendirmemiştir (66).

1991 yılında Davis ve ark., dopamin hipotezini güncelleyerek "değiştirilmiş dopamin hipotezi"ni ortaya koymuşlardır (70). Bu model, beyin farklı bölgelerindeki dopamin seviyelerinin şizofreninin çeşitli belirtileri üzerindeki etkilerini ele almıştır. Prefrontal kortekste dopamin eksikliği (hipodopaminerji), negatif belirtiler ve bilişsel bozukluklarla ilişkilendirilirken; subkortikal bölgelerdeki dopamin fazlalığı

(hiperdopaminerji), pozitif semptomların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ayrıca, prefrontal dopamin eksikliğinin striatumda dopamin artışına yol açabileceği ve bu iki sistemin birbiriyle bağlantılı olduğu hayvan çalışmalarıyla desteklenmiştir. Bununla birlikte, bu modelin çoğunlukla hayvan çalışmaları ve dolaylı kanıtlara dayanması, modelin kapsamını sınırlayan bir unsur olarak değerlendirilmiştir (66).

2009 yılında Howes ve Kapur, dopamin hipotezini genişleterek “Dopamin Hipotezi: Versiyon III” modelini sunmuşlardır. Bu model, şizofrenide presinaptik dopamin işlev bozukluğunun temel mekanizma olduğunu öne sürmektedir. Genetik yatkınlık, çevresel stres faktörleri, travma ve madde kullanımı gibi risk faktörlerinin presinaptik dopamin aktivitesini artırarak psikoza tetiklediği belirtilmiştir. Howes ve Kapur’un çalışması, dopamin sistemindeki düzensizliğin, beyin yapısındaki diğer anormalliklerle birleşerek şizofreninin pozitif, negatif ve bilişsel semptomlarının ortaya çıkmasına katkıda bulunduğunu vurgulamaktadır. Bu model, şizofreniyi sadece dopamin sistemi üzerinden açıklamak yerine, genetik, çevresel ve nörogelişimsel süreçlerin bir araya geldiği kapsamlı bir çerçevede ele almayı hedeflemiştir (66).

b) Glutamat hipotezi: İlk olarak 1980 yılında Kim ve ark. şizofreni hastalarının beyin omurilik sıvısında düşük glutamat seviyeleri saptamasıyla öne sürülmüştür; ancak bu bulgu sonraki araştırmalarda tutarlı bir şekilde doğrulanamamıştır (71,72). İlerleyen yıllarda yapılan çalışmalar, NMDA reseptör antagonistlerinden fensiklidinin şizofreni hastalarında psikotik semptomları şiddetlendirdiğini ve sağlıklı bireylerde uygulandığında şizofreni benzeri pozitif ve negatif semptomlar ortaya çıkardığını göstermiştir (72–74). Bu bulgular, şizofreni patofizyolojisinde NMDA reseptörlerinin yetersiz çalışmasının önemli bir rol oynayabileceği hipotezini doğurmuştur (75).

c) Serotonin hipotezi: Strese yanıt olarak dorsal raphe çekirdeğinden (DRN) gelen aşırı serotonerjik uyarımın, şizofrenide kortikal nöronların işlevini bozabileceği öne sürülmüştür (76). Bu hipoteze göre, DRN'nin strese bağlı olarak uzun süreli ve potansiyel olarak kalıcı bir aşırı aktiviteye geçmesi, özellikle ön singulat korteks (ACC) ve dorsolateral frontal lob (DLFL) bölgelerinde anormal serotonerjik sinyal iletimine yol açar ve bu da şizofreninin psikiyatrik belirtilerini tetikler. Beyindeki ana kortikal serotonerjik reseptör olan 5-HT_{2A}, fosfolipaz A₂ ile bağlantılıdır; bu da

serotonin reseptörlerinin uyarılmasının, hücre zarındaki fosfolipitlerin sinyal iletimi sürecinde parçalanmasına neden olduğunu gösterir (77).

d) Gama-Aminobütirik Asit (GABA) hipotezi: GABA, merkezi sinir sistemindeki ana inhibitör nörotransmitterlerden biridir ve GABAerjik sistemdeki değişikliklerin şizofreni patofizyolojisinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Hem klinik hem de temel nörobilim araştırmalarında, şizofreninin anlaşılması için bu sistem defalarca incelenmiş, hatta hayvan modellerinde de kapsamlı bir şekilde çalışılmıştır (78). Araştırmalar, azalmış GABAerjik nörotransmisyonun şizofrenideki bilişsel bozukluklar ve artmış dopamin sentezi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Otopsi çalışmaları, genetik analizler ve prelinik bulgular da dahil olmak üzere pek çok veri, şizofrenide GABA sisteminde bozulmalara işaret etmektedir (79,80). Özellikle frontal kortekste, anterior singulat korteks (ACC) bölgesinde GABA yoğunluğunun belirgin şekilde azaldığı tespit edilmiştir. ACC'nin bilişsel işlevlerdeki kritik rolü göz önünde bulundurulduğunda, GABA hipoaktivitesinin şizofrenideki bilişsel bozulmalara neden olabileceği düşünülmektedir (80).

2.1.4.4. Çevresel faktörler

Prenatal ve perinatal faktörler: Şizofreni gelişiminde intrauterin faktörlerin etkisini araştıran bir çalışmada, perinatal komplikasyonların hastalık riskini beş kat artırdığı bildirilmiştir (81). Araştırmalar, doğumsal anomaliler veya uterin dönemde enfeksiyon öyküsü bulunan şizofreni hastalarında, genetik faktörlerin de etkisiyle hastalığın daha erken yaşlarda başladığını ortaya koymuştur. Ayrıca, bu anomalilerin veya enfeksiyonların ciddiyetinin artması durumunda, hastalığın başlangıç yaşının daha da erken olduğu, daha ağır bir klinik seyir izlediği ve negatif semptomların daha belirgin hale geldiği gösterilmiştir (82).

Sosyoekonomik düzey: Araştırmalar, düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin daha fazla stres ve zorlukla karşılaşmaları nedeniyle psikotik bozukluklara daha yatkın olduklarını göstermektedir (61).

Zorlu yaşam olayları: Psikoz riskinin artmasında çocukluk çağı travmalarının önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Özellikle, travmanın çok erken yaşlarda başlaması, süreklilik göstermesi ve beraberinde depresyon ile anksiyete gibi sorunların

görülmesi, prodromal dönemden psikoza geçişi tetikleyen başlıca faktörler arasında yer almaktadır (83).

Madde kullanımı: Psikotik bozukluk tanılı hastalarda madde kullanımının genel popülasyona göre daha yaygın olduğu görülmektedir (84). Hastalığın erken döneminden sonra bireylerde, anksiyeteyi kontrol altına almak ve psikotik belirtilerle başa çıkmak amacıyla alkol ve madde kullanımının arttığı gözlemlenmektedir (85). Literatür incelendiğinde ise, psikoz gelişimiyle en sık ilişkilendirilen maddelerin kannabinoid ve metamfetamin olduğu görülmektedir (84,86,87).

2.2. PSİKOTİK BOZUKLUKLAR VE AŞIRI ÖNEM ATFETME TEORİSİ

2.2.1. Önem Atfetme (Salience) Kavramı

Duyusal olarak karmaşık bir dünyada organizmaların temel zorluğu, ilgili uyaranları seçmek ve bunlara etkili bir şekilde yanıt vermektir. İnsan dünyası, sınırsız gibi görünen algısal girdilerin sınırlı bilişsel ve motor kaynaklar için rekabet ettiği bir ortam sunar. Bu süreçte dikkat, filtreleme, motivasyon ve eylem seçimi gibi mekanizmalar devreye girer (88,89). Uyaranların belirginliklerine göre önceliklendirilmesi, dikkatin odaklanmasını ve davranışların yönlendirilmesini sağlar. Önem atfetme (salience), bir uyarının bağlamına göre dikkat çekici veya anlamlı olarak algılanmasıdır ve dopamin sistemi bu süreçte merkezi bir rol oynar. Örneğin, aç bir tarla faresi, yiyecek aramaya odaklanırken, yukarıda bir yırtıcı kuşun gölgesi gibi ani bir tehdit bu arayışı haklı bir şekilde kesintiye uğratabilir (89). Bu seçim süreci, bazal gangliyon döngülerinde işlenir ve en önemli uyarının seçilmesi ile diğerlerinin bastırılmasını içerir. Dopamin hem algısal hem de davranışsal düzeyde bu sürecin düzenlenmesine katkıda bulunur (90,91). Önem atfetme ödül veya yenilik gibi farklı boyutları kapsayan çok yönlü bir kavramdır (89).

2.2.2. Aşırı Önem Atfetme Teorisi

Dopaminin şizofrenideki rolü, uzun yıllardır araştırmacılar arasında büyük ilgi uyandırmıştır. Miller (1984), dopaminin öğrenme süreçlerindeki rolüne dikkat çekmiş ve aşırı dopaminin, psikotik bireylerde asılsız ilişkilendirmelere yol açabileceğini savunmuştur (92). Gray (1981), hipokampusun duyuşsal bilgilerle geçmiş deneyimler

arasındaki uyumsuzlukları tespit eden bir “karşılaştırmacı” olarak işlev gördüğünü ve dopaminin bu süreçte merkezi bir rol oynadığını vurgulamıştır (93). McKenna ve Beninger dopamin artışının bireylerin alakasız uyaranlara aşırı tepki vermesine ve bu durumun hezeyanların oluşumuna katkıda bulunmasına yol açtığını belirtmişlerdir (94,95).

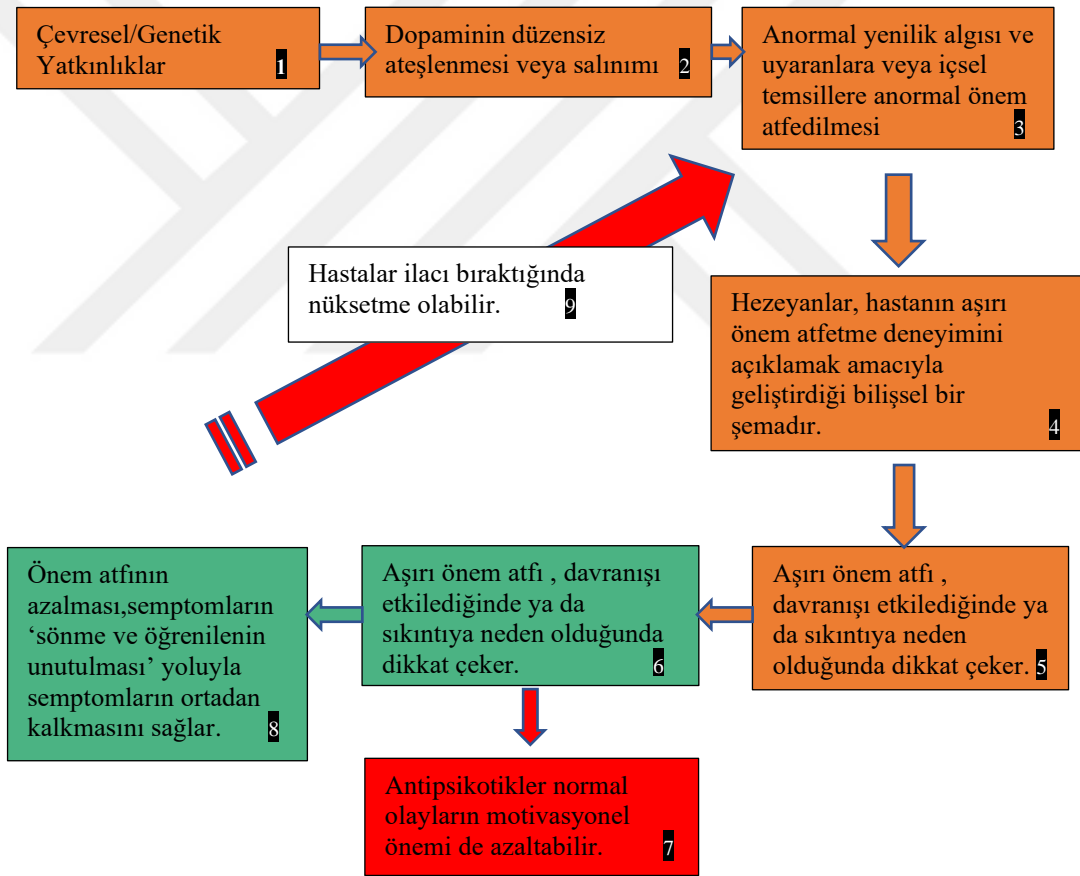
Dopamin, organizmanın çevresel uyarıcılara yanıtlarını şekillendiren temel nörotransmitterlerden biridir ve özellikle ödül, motivasyon, öğrenme ve yenilik algısı gibi önemli süreçlerde kilit bir görev üstlenir (96,97). Ödül mekanizması çalışırken, dopamin nöronları, bir ödül beklentisi oluştuğunda ya da beklenmedik bir ödülle karşılaşıldığında yoğun şekilde etkinleşir (98). Bu dopamin salınımı, organizmanın ödüle odaklanmasını ve öğrenme süreçlerini güçlendirmesini sağlar. Böylece, dopaminin bu etkisi, organizmanın hayatta kalmasını destekleyen ve çevresine daha iyi adapte olmasına yardımcı olan adaptif bir mekanizma olarak işlev görür (99).

Beyindeki dopamin nöronları, ventral tegmental alan (VTA) ve substantia nigra gibi bölgelerde yoğunlaşmıştır. Bu nöronlar, ödülle ilgili uyaranlara iki farklı tepki türü gösterir: fazik (ani) ve tonik (sürekli) aktivasyon. Fazik aktivasyon, ödül alındığında veya ödül beklentisini bildiren bir uyarana karşılaşıldığında, kısa süreli ve yoğun dopamin salınımıyla ortaya çıkar. Öte yandan, tonik aktivasyon, düşük seviyelerde sürekli dopamin salınımını ifade eder ve bireyin genel motivasyon durumunu düzenler (96,98).

Berridge ve Robinson (1998), dopaminin yalnızca ödül hissi yaratmadığını, aynı zamanda “motivasyonel önem” (incentive salience) süreçlerini de yönettiğini ileri sürmüşlerdir (96). Motivasyonel önem, bir uyarının birey için ne kadar dikkat çekici veya önemli hale geldiğini belirler. Dopamin, nötr bir uyarana bile önemli hale getirerek biçimde bireyin dikkatini çeker ve amaca yönelik davranışları tetikler. Subkortikal fonksiyonlar esnasında dopamin artışı, belirli uyaranların daha çekici veya tehdit edici algılanmasına neden olabilir. Örneğin, bir yiyecek parçası, dopamin salınımı ile sıradan bir nesne olmaktan çıkar ve ödül olarak algılanır, bu da bireyin harekete geçmesine yol açar (5,96,100).

2003 yılında Kapur, şizofreninin pozitif semptomlarının, "dış nesnelere ve içsel temsillere anormal önem atfedilmesi" sonucu ortaya çıkabileceğini öne sürmüştür (4). Kapur, antipsikotik ilaçların ise dopamin D2 reseptörlerini bloke ederek anormal motivasyonel önemi azaltmak suretiyle pozitif semptomları hafiflettiğini belirtmiştir (100). Ancak, bu mekanizmanın doğal bir sonucu olarak, antipsikotik ilaçlar yalnızca anormal önemi değil, aynı zamanda doğru ve uyarlanabilir önemi de baskılayabilir. Bu durum, pozitif semptomların gerilemesini sağlarken, aynı zamanda motivasyon kaybına bağlı apati ve anhedoni gibi olumsuz yan etkilere yol açabilir (101).

Dopaminden Önem Atfetmeye, Önem Atfetmeden Psikoza: Antipsikotikler Nasıl "Antipsikotik" Olur?



Şekil 1. Dopaminden Önem Atfetmeye, Önem Atfetmeden Psikoza: Antipsikotikler Nasıl "Antipsikotik" Olur?

Şema, dopamin iletiminin değişmesiyle ilişkili olarak psikopatolojinin kronolojik gelişimini ve antipsikotiklerin bu süreç üzerindeki etkisini dopamin blokajı aracılığıyla göstermektedir. Her bir kutuda yer alan numara, olayların sıralı ilerleyişini temsil etmektedir. Bu şekil, Kapur'un 2004 yılında yayımladığı çalışmadan Türkçeye uyarlanmıştır (102).

Psikozun prodromal döneminde, bireyler normalde önemsiz kabul edilen uyarılara anormal bir şekilde anlam yükleyebilir (6). Kapur, hastaların prodromal dönemde yaşadıkları deneyimleri tam anlamlandıramadıkları ve hastaneye başvurmadıkları, tanı aldıktan sonra prodromal dönemde yaşadıklarını ifade ettiklerini anekdotlar göstererek belirtmiştir (4). Örneğin, akut psikoz tanısı ile hastaneye yatırılan bir hasta prodromal dönemdeki deneyimlerini şöyle belirtmiştir: "Gelişen bir farkındalık kazandım... Duyularım keskinleşti. Çevremdeki küçük önemsiz şeylere büyülenmeye başladım"(103). Bu durum, bozulmuş önem atfetme kavramının psikozun ortaya çıkmasında önemli bir mekanizma olabileceği ve hastalık geliştirme riski taşıyan bireyler için belirleyici bir faktör olabileceği hipotezini destekler (10).

2005 yılında ise Kapur teorisini genişleterek nesnelere ve ilişkilere yenilik atfına odaklanmaktadır (102). Dopamin, yalnızca ödül ve motivasyon süreçlerinde değil, aynı zamanda yenilik algısında da kilit rol oynayan bir nörotransmitterdir. Beyin, beklenmedik veya yeni bir uyarana karşılaştığında, dopamin salınımı artar (97,104,105). Bu artış, bireyin dikkatini bu uyarana üzerinde yoğunlaştırır ve öğrenme ile keşfetme davranışlarını tetikler. Yenilik algısı, organizmanın çevresindeki değişikliklere hızlı ve esnek bir şekilde uyum sağlayabilmesini sağlar. Bu nedenle, dopaminin bu işlevi, öğrenme ve çevresel uyarılara uyum açısından kritik öneme sahiptir (106,107). Bu genişletme, psikozun sadece nörobiyolojik temellerini değil, aynı zamanda öğrenme ve algılama süreçlerindeki bozulmaları da açıklayan kapsamlı bir teori sunar.

Aşırı Önem Atfetme teorisi, psikotik bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasına yönelik yeni önerilere de ilham vermiştir. J. Van Os, bu teoriden esinlenerek, psikotik bozuklukları "Önem Atfetme Sendromu" adı altında birleştiren yeni bir kategorik tanı sistemi önermiştir. Van Os, psikotik semptomların yalnızca nörobiyolojik bir temele dayanmadığını, aynı zamanda bireylerin çevreyle etkileşiminde yaşadıkları algısal ve bilişsel bozukluklardan kaynaklandığını vurgulamıştır. Bu bağlamda, Aşırı Önem Atfetme Teorisi, psikotik bozukluklara daha esnek ve boyutsal bir yaklaşım sunarak klinik değerlendirme ve tedavi süreçlerine yenilikçi bir perspektif kazandırmıştır (5,108).

2.2.3. Aşırı Önem Atfetme Ölçüm Araçları

Aşırı Önem Atfetme hipotezi, psikozun ortaya çıkışını anlamak için kritik bir çerçeve sunar. Bu hipotezi test etmek ve aşırı önem atfetme süreçlerini nesnel olarak değerlendirmek için farklı ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bu araçlar, motivasyonel önem (incentive salience), ödül beklentisi ve uyarıların işlenmesi gibi süreçleri değerlendirmek için tasarlanmıştır. Bu çerçevede, Salience Attribution Task (SAT), Monetary Incentive Delay (MID) paradigması ve Aberrant Salience Inventory (ASI) gibi araçlar öne çıkmaktadır (10,101,109).

Salience Attribution Task (SAT), Rosier ve ark. (2008) tarafından geliştirilen bir görevdir ve uyarılara uygun ya da aşırı önem atfetme süreçlerini değerlendirmeyi amaçlar (101). Bu görevde bireylerden, ödül ilişkili uyarılara yanıt vermeleri (adaptif önem) veya ödülle ilgisiz uyarılara uygunsuz anlam yüklemeleri beklenir. SAT, açık ölçümler (örneğin, uyarının sonuçla ne kadar ilgili olduğunun derecelendirilmesi) ve dolaylı ölçümler (örneğin, tepki süreleri) kullanılarak bireylerin uyarılara yönelik tepkilerini değerlendirir. Araştırmalar, psikoz için yüksek risk taşıyan bireylerde aşırı önem artışı ve adaptif önemde (uyum sağlayıcı önem) azalma olduğunu göstermektedir (101,110).

Monetary Incentive Delay (MID) paradigması, ödül beklentisi ve ödül tahmini süreçlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Knutson ve ark. (2000) tarafından tanıtılan bu paradigma, bireylerin ödülle ilişkilendirdiği uyarılara yönelik beyin aktivitelerini incelemek için sıklıkla fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ile kullanılır. MID paradigması, katılımcıların belirli bir hedefe hızlı ve doğru şekilde yanıt vermeleri karşılığında bir ödül kazanabileceği görevlerden oluşur. Bu süreçte, ödülün büyüklüğü ve kazanma ihtimali gibi faktörler ödül beklentisiyle ilişkilendirilirken, beyin aktivitesi özellikle ventral striatum gibi ödülle bağlantılı bölgelerde ölçülür. MID paradigması, ödülle ilişkili motivasyonel süreçlerin nörobiyolojik temellerini anlamada önemli bir araç olarak kabul edilmektedir (110,111).

Aberrant Salience Inventory (ASI) ise psikozun temel mekanizmalarından biri olan aşırı önem atfetmeyi değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. ASI, bireylerin yaşamları boyunca deneyimledikleri aşırı önem atfetme algılarını ölçmeyi hedefler.

Ölçek, bireylerin nötr uyaranlara aşırı anlam yükleme, beklenmedik olaylara karşı duyusal yoğunluk, büyüleyici bulma ve anlam arayışı gibi davranışlarını değerlendirir (10). ASI, SAT ve MID gibi görev tabanlı araçlara kıyasla daha kolay uygulanabilir bir ölçüm yöntemi sunar ve klinik olmayan örneklemelerde de uygulanabilir. ASI'nin geliştirilmesindeki temel amaç hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonlarda aşırı önem atfetmenin ölçülmesi ve psikoz riski taşıyan bireylerin erken dönemde tespit edilmesidir (9,10). ASI'nin kısa ve kendiliğinden uygulanabilir bir test olması, özellikle çevrimiçi tarama ortamlarında geniş çaplı uygulamalar için uygun hale gelmesini sağlamaktadır. Kolonoskopi gibi fiziksel tarama araçlarının maliyet ve zorluklarıyla kıyaslandığında, ASI, psikoz gibi ciddi psikiyatrik durumların geniş popülasyonlarda taranması için düşük maliyetli ve etkili bir seçenek sunmaktadır (9,112).

Bu araçların geliştirilmesindeki temel mantık, psikozun biyolojik ve bilişsel mekanizmalarını daha iyi anlamak ve bireylerin ödül beklentisi, teşvik önemliliği ve uyaran işleme süreçlerindeki anormallikleri değerlendirmektir. SAT, adaptif (uyum sağlayıcı) ve aberan(anormal) önem arasındaki farkı nesnel olarak değerlendirirken; MID, ödül beklentisi ve dopamin aracılı süreçleri incelemektedir. ASI ise bireylerin öznel deneyimlerini ölçerek, aşırı önem atfetmenin psikolojik ve davranışsal yansımalarını değerlendirmek için bir temel sağlar. Bu ölçüm araçları, psikozun erken belirtilerini anlamak ve bu belirtilerin tedavisinde daha etkili yaklaşımlar geliştirmek için kritik öneme sahiptir (10,101,110,111).

2.3. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Psikiyatri ve psikoloji alanında, araştırmaların bilimselliğini sağlamak amacıyla sıkça ölçme araçları kullanılmaktadır. Ölçme, belirli kurallara uygun olarak bir özelliği sayısal sembollerle ifade etme işlemidir. Bir özelliği doğru bir şekilde ölçüp sayısal olarak değerlendirebilmek, bilimsel açıklama ve analiz yapmayı mümkün kılar. Bu nedenle, kullanılan ölçeklerin güvenilir ve objektif ölçüm yapabilmesi büyük önem taşır. Ölçeklerin standardize edilmesi, bilimsel bilgi üretimi için temel bir gerekliliktir. Bunun için, bir ölçme aracının iki temel psikometrik özelliğe sahip olması gerekir: güvenilirlik ve geçerlik (113).

2.3.1. Güvenirlilik

Güvenirlilik, bir ölçüm aracının aynı koşullarda yapılan benzer ölçümlerle tutarlı sonuçlar verip vermediğini değerlendiren bir kavramdır. Bir ölçüm aracının geçerli olabilmesi için öncelikle güvenilir olması gereklidir (114). Güvenirlilik, farklı yöntemlerle hesaplanabilir ve bu yöntemlerden iki tanesi sıklıkla kullanılır: iç tutarlılık güvenirliliği ve test-yeniden test güvenirliliği (113).

2.3.1.1. İç Tutarlılık Güvenirliliği

Bir ölçekteki maddelerin aynı kavramsal yapıyı ölçmesi ve birbiriyle tutarlılık göstermesi "iç tutarlılık" olarak adlandırılır. Bu yöntemle, aynı ölçüm aracını bir kez uygulayarak güvenirlilik düzeyi tahmin edilebilir. İç tutarlılık en yaygın olarak Cronbach Alfa katsayısı ile ölçülür. Katsayı ne kadar yüksekse, ölçek maddelerinin birbiriyle tutarlı olduğu ve aynı kavramı ölçtüğü anlaşılır. Cronbach Alfa katsayısının anlamlılık düzeyleri şu şekilde değerlendirilir:

$0 \leq \alpha < 0,40$: Güvenilir değil,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$: Düşük güvenirlilik,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$: Orta düzeyde güvenilir,

$0,80 \leq \alpha < 1,00$: Yüksek güvenirlilik (113,114).

2.3.1.2. Test-Yeniden Test Güvenirliliği

Bu yöntem, bir ölçüm aracının farklı zaman dilimlerinde aynı örnekleme uygulanarak zamana bağlı tutarlılığını test eder. Uygulamalar arasında geçen süre, bireylerin önceki ölçümü hatırlamasını önleyecek kadar uzun, ancak ölçülen özelliğin değişim göstermeyeceği kadar kısa olmalıdır. Genel olarak 2 ila 4 hafta arasında bir süre önerilir. Yeniden test genellikle örneklemin tamamına değil, belirli bir kısmına uygulanır. İlk ve ikinci uygulama arasındaki korelasyon hesaplanarak güvenirlilik düzeyi belirlenir (113,114).

2.3.2. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçeğin hedeflediği özelliği ne kadar doğru bir şekilde ölçtüğünü ifade eder (113). Geçerli bir ölçüm aracı, ölçmek istediği niteliği diğer değişkenlerden ayırt edebilir ve doğru sonuçlar üretebilir. Geçerlik katsayısının yüksek olması, ölçüm

aracının amacına uygun şekilde kullanılabilirliğini gösterir. Modern geçerlik değerlendirmelerinde yapı geçerliliği temel bir çerçeve olarak ele alınmaktadır (115).

2.3.2.1. Yapı Geçerliliği

Bir testin belirli bir nitelik veya özelliği ölçmek için tasarlandığı durumlarda devreye girer. Bir ölçüm aracının hedeflediği özelliği ne kadar doğru ölçtüğünü ve verilen yanıtların birbiriyle ne derece ilişkili olduğunu değerlendiren bir geçerlik türüdür (116).

Yapı geçerliliğini incelemek için kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir. Bu yöntem, ölçek maddelerine verilen yanıtların belirli bir örüntü oluşturup oluşturmadığını araştırır. Açımlayıcı faktör analizi, ölçekteki değişkenler arasındaki ilişkileri belirlerken; doğrulayıcı faktör analizi, önceden belirlenmiş hipotezleri test eder (117,118).

2.3.3. ROC Analizi ve Kesim Noktası

ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi, bir testin tanısal performansını değerlendirmek için kullanılır. Sürekli bir değişkenin farklı değerleri için duyarlılık ve özgüllük oranlarına dayalı kesim noktaları belirlenerek bir ROC eğrisi oluşturulur (119). ROC eğrisi altında kalan alan (AUC- Area Under Curve), testin ayırma yeteneğini gösterir. AUC değerleri şu şekilde yorumlanır:

- 0.90 - 1.00 → Mükemmel
- 0.80 - 0.90 → İyi
- 0.70 - 0.80 → Orta
- 0.60 - 0.70 → Zayıf
- 0.50 - 0.60 → Başarısız (120)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK PROSEDÜRLER

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Planlama Kurulu'nun 06.11.2024 tarih ve 1058 protokol numaralı kararı ile (EK-1), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.02.2025 tarih ve 25/77 protokol sayılı yazısı ile hem bilimsel hem de etik açıdan onaylanmış ve izin alınmıştır (EK-2).

Aberrant Salience Inventory ölçeğinin yazarları David C. Cicero ve John G. Kerns ile mail yoluyla irtibata geçilip ölçeğin Türkçe geçerlik/güvenilirlik çalışmasının yapılma izni alınmıştır (EK-3).

ASI öz bildirim anketinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, öncelikle ölçek maddelerinin psikolinguistik özellikleri değerlendirilmiş ve Türkçe uyarlaması gerçekleştirilmiştir.

3.2. PSİKOLİNGÜİSTİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ/ DİL UYARLAMASI

Çalışmanın bu aşamasında, ölçek, İngilizce bilen ve ana dili Türkçe olan iki bağımsız tercüman tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Yapılan çeviri, tez danışmanı öğretim üyeleri ve iki araştırmacı tarafından gözden geçirilip gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Sonrasında, ölçeğin orijinal İngilizce metnini görmemiş, ancak Türkçe ve İngilizce dillerinde anadil seviyesinde yazma ve konuşma becerisine sahip iki uzman tercüman tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir. Ölçek, çalışma kapsamı dışında kalan 20 kişiye uygulanarak anlaşılabilirlik, olası zorluklar ve format açısından değerlendirilmiş ve son haline ulaştırılmıştır.

3.3. ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışmanın evrenini, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı ayaktan tedavi ünitesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde DSM-5-TR'ye göre şizofreni tanısı almış remisyondaki hastalar ile gönüllü sağlıklı kontrol bireyler oluşturmuştur. Çalışma örneklemini ise

Şubat 2025- Mart 2025 tarihleri arasında dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden 75 remisyondaki hasta ve hasta grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş 75 sağlıklı kontrol grubundan oluşmuştur.

Remisyon değerlendirmesi için, Andreasen ve arkadaşlarının 2005 yılında tanımladığı "The Remission in Schizophrenia Working Group" kriterleri kullanılmıştır (121). Bu kriterler kapsamında, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nde belirtilen sekiz maddenin tümünde 3 veya daha düşük skor elde edilmesi remisyon için yeterli sayılmıştır. Ayrıca, semptomatik düzelmeye en az altı ay süreyle devam etmesi gerekliliği dikkate alınmıştır.

Pozitif belirtiler

1. Hezeyanlar
2. Düşünce dağınıklığı
3. Varsanı

Negatif belirtiler

1. Sosyal geri çekilme
2. Duygu durumunda küntleşme
3. Spontanlıkta azalma

Genel psikopatoloji

1. Postür ve kişiye özgü hareketler
2. Olağan dışı düşünce içeriği şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen 75 hastanın, en az sekiz hafta boyunca antipsikotik tedavi dozunda veya tedavi protokolünde değişiklik yapılmamış, yeni bir tedaviye geçiş olmamış ve yalnızca sedasyon amacıyla düşük doz ketiyapin veya klorpromazin eklenmiş ayaktan takip edilen hastalar olmasına özen gösterilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu ise aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerden oluşturulmuştur.

Örnekleme büyüklüğünün belirlenmesi için Catell (1978), ölçme aracındaki madde sayısının 3-6 katı civarında bir örneklem büyüklüğünün yeterli olacağını belirtirken (122), Hair, Black, Tatham ve Anderson (2010) en az 5 katı olması gerektiğini öne sürmektedir (123). Everitt (1975) ve Nunnally (1978) ise her bir madde

için mümkün olduğunca çok sayıda katılımcıya ulaşmanın önemli olduğunu, ancak madde başına en az 10 katılımcının olması gerektiğini savunmaktadır (124,125). Aşırı Önem Atfetme Ölçeği'nde 29 madde bulunması nedeniyle her bir madde için en az 5 katılımcı hedeflenmiş ve bu doğrultuda 75 hasta ve 75 sağlıklı kontrol grubu örnekleme dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil etme kriterleri

Hasta Grubunun Araştırmaya Alınma Kriterleri:

1. DSM 5-TR'ye göre delüzyonel bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk veya şizofreni tanısı almış olmak
2. 18 ve 65 yaş arasında olma
3. En az ilkokul mezunu olması

Hasta Grubunun Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

1. Değerlendirme sırasında DSM-5-TR'ye göre ek psikiyatrik hastalık tanısının olması
2. Ölçekleri doldurmasını engelleyecek mental bozulma ya da yetersizlik (mental retardasyon, deliryum)
3. Son 6 ay içinde EKT tedavisini almış olma
4. Ölçekleri doldurmasını etkileyecek tıbbi veya nörolojik durum bulunması (genetik sendromlar, epilepsi, kraniyal tümör, metabolik hastalık, vb.)
5. Kafa travması (bilinç kaybı içeren) veya beyin cerrahisi öyküsü bulunması
6. Aktif alkol, psikoaktif madde kullanımının olması

Sağlıklı Kontrol Grubunun Araştırmaya Alınma Kriterleri:

1. 18 ve 65 yaş arasında olma
2. En az ilkokul mezunu olması

Sağlıklı Kontrol Grubunun Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

1. Çalışmaya alındığı esnada herhangi bir ruhsal hastalığın bulunması
2. Geçmişte psikotik bozukluk (ör. şizofreni, şizoaffektif bozukluk, kısa psikotik bozukluk vb.) ya da bipolar bozukluk tanısı almış olması
3. Birinci ve ikinci derece akrabalarda şizofreni spektrum bozukluğu, bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluk tanısı alan birey bulunması
4. Ölçekleri doldurmasını engelleyecek mental bozulma ya da yetersizlik (mental retardasyon, deliryum)
5. Ölçekleri doldurmasını etkileyecek tıbbi veya nörolojik durum bulunması (genetik sendromlar, epilepsi, kraniyal tümör, metabolik hastalık, vb.)
6. Kafa travması (bilinç kaybı içeren) veya beyin cerrahisi öyküsü bulunması
7. Aktif alkol, psikoaktif madde kullanımının olması

3.4. İŞLEM

Çalışmamız kapsamında, uygun çeviri işlemlerinin tamamlanmasının ardından oluşturulan ölçek metni, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniğine başvuran ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde takip edilen hastalara uygulanmıştır. Ölçek uygulaması öncesinde, araştırmanın amacı ve uygulanacak ölçekler katılımcılara detaylı şekilde açıklanmış, bilgilendirilmiş onam formları imzalatılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcıların psikiyatrik muayeneleri, araştırma ekibinde yer alan psikiyatrist tarafından gerçekleştirilmiş ve DSM-5 tanı kriterlerine göre tanıları doğrulanmıştır. Katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu kullanılarak toplanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ve kontrol grubuna, Aşırı Önem Atfetme Ölçeği (ASI), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Büyüsel Düşünce Ölçeği, Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (CAPE) pozitif belirtiler alt ölçeği ve Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) uygulanmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması kapsamında, 30 katılımcıya ilk uygulamadan iki-dört hafta sonra

ASI Türkçe çeviri formu tekrar uygulanmış ve test-tekrar test yöntemiyle tutarlılık analizleri yapılmıştır.

Tüm bu süreçler başarıyla tamamlanarak, ölçeklerin psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

- 1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:** Çalışmanın araştırmacıları tarafınca hazırlanmış olan; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulan formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, hastalık öyküsü ve hastalığa dair klinik değişkenlere ilişkin ayrıntılı sorular içeren görüşme formudur.
- 2. Aşırı Önem Atfetme Ölçeği (Aberrant Saliency Inventory):** ASI, David C. Cicero ve John G. Kerns tarafından, başlangıçta psikoz deneyiminin fenomenolojik tanımları, şizofreninin prodromal evresine dair raporlar ve şizofreni hastalarının görüşmelerinin transkriptleri göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Maddelerin oluşturulmasında, dilin hedef kitlesi için basit ve uygun olmasına özen gösterilmiş, çift yönlü maddelerden kaçınılmıştır. Ölçek geliştirmek ve doğrulamak üzere dört farklı çalışma yapılmıştır. Birinci çalışma, ASI'nin beş faktörden oluştuğunu göstermiştir: Artan Anlam Yükleme (Increased Significance), Duyuların Keskinleşmesi (Senses Sharpening), Gelişmekte Olan Anlayış (Impending Understanding), Yoğun Duygusallık (Heightened Emotionality), Bilişsel Artış (Heightened Cognition). İlk faktör genellikle nötr uyaranlara artan anlamlılığı içerir ve diğer dört faktörün deneyimini sürdüren süreci temsil edebilir. İkinci faktör, algılama anormalliklerini içerir; duyu keskinleşmesi gibi subjektif algılama anormallikleri, aşırı önem atfetme deneyimde rol oynayabilir. Üçüncü faktör, anlamda artan hislerin deneyimini gösterir. Dördüncü ve beşinci faktörler, aşırı önem atfetme deneyimiyle ilişkilendirilen duyguları ve düşünceleri anlamaya çalışmaya yöneliktir. İkinci çalışma, ASI, psikoz eğilimi ve değişiklik ölçüleri ile güçlü bir ilişki gösterirken, dopamin seviyeleri ile ilişkili ölçümlerle orta düzeyde korelasyon göstermiştir.

Üçüncü çalışmada, Büyüsel Düşünce Ölçeği (Magical Ideation Scale) ve/veya Algıda Sapmalar Ölçeği (Perceptual Aberration Scale) puanları yüksek olan, dolayısıyla psikoz eğilimi gösteren bireylerin ASI puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu; buna karşın, yalnızca Sosyal Anhedoni Ölçeği (Social Anhedonia Scale) puanları yüksek olan, yani sosyal ilişkiler kurma isteği düşük ve sosyal etkileşimlerden haz duymayan bireylerin ASI puanlarının sağlıklı kontrol grubuyla benzer düzeyde olduğu bildirilmiştir. Dördüncü çalışmada ise, psikoz öyküsü bulunan bireylerin, psikoz tanısı olmayan ancak başka psikiyatrik bozukluklara sahip karşılaştırma grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ASI puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. ASI'nin iç tutarlılık güvenilirliğini desteklemiştir. Çalışmalar ASI'nin hem klinik hem de klinik dışı örneklemede aşırı önem atfetme ve psikoz eğilimini değerlendirmek için yararlı bir araç olduğunu göstermektedir (10).

3. **Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS):** Ölçek; Kay ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (126). Yarı yapılandırılmış bir görüşme ile şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklarda ortak görülen 30 belirtiyi 7 puanlı bir değerlendirme ile ölçen bir ölçektir. Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır. PANSS bu çalışmada pozitif, negatif belirtileri ve genel psikopatolojiyi değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Her madde 1'den (semptom yok) 7'ye kadar (çok ağır) derecelendirilmektedir. 30 maddenin toplam puanı PANSS total puanı olarak belirtilmekte ve 30-210 arasında değişmektedir. PANSS pozitif ve PANSS negatif belirtileri yedişer maddeden oluşmaktadır ve puanları 30 PANSS maddesinin 14'ünün değerlendirilmesiyle elde edilmektedir.
4. **Büyüsel Düşünce Ölçeği (Magical Ideation Scale):** Eckblad ve Chapman tarafından geliştirilen Büyüsel Düşünce Ölçeği, Atbaşoğlu ve ekibinin Türkçe'ye çevirip geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yaptığı bir ölçektir (127,128). Bu ölçek, 30 maddeden oluşur ve bu maddeler arasında doğru-yanlış seçenekleri bulunmaktadır. Ölçeğin içeriğinde 7 ters yönde

puanlandırılmış maddenin yanı sıra 23 düz yönlü madde yer alır. Ters maddeler, katılımcıların psikotik yatkınlığı veya bu tür eğilimleri yansıtmak üzere özel olarak seçilmiştir. Diğer 23 madde ise bireylerin büyüsel düşünce eğilimlerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçek, psikotik risklerin ve şizotipal özelliklerin değerlendirilmesi için kullanılan bir araçtır.

5. **Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (Community Assessment of Psychic Experiences):** 42 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Peters Hezeyan Envanteri'ni (Peters Delusion Inventory-PDI-21) temel alarak Jim van Os, Hélène Verdoux ve Manon Hanssen tarafından geliştirilmiştir (54). İlk geçerlik ve güvenilirlik çalışması Stefanis ve ark. (2002) tarafından yapılmıştır. Ölçek, Şizofrenide Gen-Çevre Etkileşimi Çalışması İçin Avrupa Şizofreni Ağı Dahilinde Türkiye Şizofreni Ağı Çalışması kapsamında Meram Can Saka ve ark. (2015) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Oya Mortan Sevi ve ark. (2019) tarafından yapılmıştır (129). Ölçek, pozitif psikotik yaşantılar için 20, negatif belirtiler için 14, depresif belirtiler için 8 olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Her deneyim için puanlanan sıklık ve sıkıntı düzeyi olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Ölçeği yanıtlarken, yaşanan deneyimlerin sıklığı, "kesinlikle hiçbir zaman" (1) ile "neredeyse sürekli" (4) arasında puanlanmaktadır. Eğer kişi deneyimleri 1 olarak puanlamadıysa, yarattığı sıkıntıyı da "kesinlikle hiçbir zaman" (1) ile "neredeyse sürekli" (4) arasında puanlamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, psikoze benzeri yaşantıların sıklığının ve yarattığı sıkıntının daha fazla olduğunu ifade etmektedir. Pozitif, negatif ve depresif alt ölçeklerin her biri için toplam puan elde edilebilmekte ve bu ölçekler ayrı ayrı kullanılabilir. Her bir belirtinin klinik olmayan örnekleme ne oranda görüldüğünü hesaplayabilmek için "hiçbir zaman" ve "bazen" şeklindeki yanıtlar 0, "sıklıkla" ve "neredeyse sürekli" şeklindeki yanıtlar ise 1 olarak kodlanmaktadır. Bu çalışmada pozitif psikotik yaşantılar alt ölçeği kullanılmıştır.

6. **Global Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment Scale):** 1976 yılında Endicott ve ark. tarafından geliştirilmiştir (130). Bu ölçek hem hasta hem de sağlıklı popülasyonlarda kullanılmak üzere tasarlanmıştır ve 0 ile 100 arasında değişen puanlar vermektedir. Yüksek skorlar, bireyin fonksiyonelliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Köhler ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda, GAS sonuçları şu şekilde kategorize edilmiştir: 61-100 arası skorlar iyi fonksiyonelliği, 31-60 arası skorlar orta düzeyde fonksiyonelliği, 30'un altındaki skorlar ise düşük fonksiyonelliği ifade etmektedir (131).

3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Veriler analiz edilirken, değişkenlerin dağılımını değerlendirmek amacıyla betimleyici istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Bu kapsamda, değişkenlerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler için sıklık ve yüzdelik dağılımlar elde edilmiş ve gruplar arası farklılıkların değerlendirilmesinde Ki-Kare testi (Chi-Square Test) kullanılmıştır.

İki grup arasındaki ortalama puanların karşılaştırılması için Bağımsız Gruplar t testi (Independent Samples t-Test) uygulanmıştır. Cinsiyet grupları arasında Aşırı Önem Atfetme Ölçeği (ASI) puanlarının karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Aşırı Önem Atfetme Ölçeği'nin (ASI) geçerliliğini değerlendirmek amacıyla önce Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmış ve ölçeğin faktör yapısı incelenmiştir. Sonrasında Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanarak modelin uyum iyiliği değerleri Ki-Kare (Chi-Square), Kök Ortalama Hata Karesi (Root Mean Square Error of Approximation - RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index - CFI), Tucker-Lewis İndeksi (Tucker-Lewis Index - TLI) ve Standartlaştırılmış Kök Ortalama Hatalı Yaklaşma (Standardized Root Mean Square Residual - SRMR) değerleri üzerinden değerlendirilmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach's α katsayısı hesaplanmıştır. Ayrıca test-tekrar test (test-retest) güvenilirliğini incelemek için iki

hafta arayla uygulanan ölçümlerin sonuçları üzerinde Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Şizofreni tanısı olan katılımcıların ASI puanları ile klinik özellikleri arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. İki grup arasında ASI puanlarının ayırt edici gücünü ölçmek amacıyla Alıcı İşletim Karakteristik Analizi (Receiver Operating Characteristic - ROC) gerçekleştirilmiş ve eğri altında kalan alan (Area Under Curve - AUC), duyarlılık (sensitivity) ve özgüllük (specificity) değerleri hesaplanmıştır.

Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiş ve veri analizleri IBM SPSS 26.0 ve Mplus 8 istatistik programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Araştırmaya toplam 150 kişi dahil edilmiştir. Bu katılımcıların 75'i DSM-5-TR tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış ve dahil etme kriterlerinde tanımlandığı üzere remisyon döneminde olan hastalardan, 75'i ise sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır.

4.1.1. Sosyo-demografik Özellikler

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalamaları incelendiğinde, vaka grubunda yaş ortalaması $43,67 \pm 11,76$ olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise yaş ortalaması $42,17 \pm 12,08$ hesaplanmıştır. Bağımsız Gruplar t testi sonuçlarına göre, vaka ve kontrol grupları arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,77$, $p=0,444$).

Araştırmaya dahil edilen vakaların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, vaka grubunda 25'i (%33,3) kadın ve 50'si (%66,7) erkek olmak üzere toplam 75 kişi bulunmaktadır. Kontrol grubunda ise 25'i (%33,3) kadın ve 50'si (%66,7) erkek olmak üzere toplam 75 kişi yer almıştır.

Araştırmada eğitim düzeyine ilişkin bulgulara göre, vaka grubunun (şizofreni hastaları) ortalama eğitim süresi 10,75 yıl ($SS=3,69$) iken, kontrol grubunun ortalama eğitim süresi 10,43 yıl ($SS=3,39$) olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi analizinde $t=0,55$, $p=0,582$ değeri elde edilmiştir. Bu sonuç, iki grup arasında eğitim süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların mesleki durumları incelendiğinde, vaka grubunda 14 kişi (%18,7) çalışan, 17 kişi (%22,7) emekli, 5 kişi (%6,7) düzensiz çalışan ve 39 kişi (%52,0) çalışmayan olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 55 kişi (%73,3) çalışan, 12 kişi (%16,0) emekli, 3 kişi (%4,0) düzensiz çalışan ve 5 kişi (%6,7) çalışmayan olarak tespit edilmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre, vaka ve kontrol grupları arasında mesleki durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=52,00$, $p<0,001$).

Katılımcıların medeni durum dağılımı incelendiğinde, vaka grubunda 53 kişi (%70,7) bekar, 15 kişi (%20,0) evli ve 7 kişi (%9,3) boşanmış veya dul olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 14 kişi (%18,7) bekar, 59 kişi (%78,7) evli ve 2 kişi (%2,7) boşanmış veya dul olarak tespit edilmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre, vaka ve kontrol grupları arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=51,64$, $p<0,001$).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde, vaka grubunda 59 kişi (%78,7) çocuğu olmayan ve 16 kişi (%21,3) çocuğu olan bireylerden oluşurken, kontrol grubunda 20 kişi (%26,7) çocuğu olmayan ve 55 kişi (%73,3) çocuğu olan bireyler bulunmaktadır. Ki-Kare testi sonuçlarına göre, çocuk sahibi olma durumu açısından vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=40,67$, $p<0,001$).

Katılımcıların yaşadıkları kişiler incelendiğinde, vaka grubunda 47 kişi (%62,7) anne-babasıyla, 14 kişi (%18,7) eş veya çocuklarıyla, 8 kişi (%10,7) diğer kişilerle ve 6 kişi (%8,0) yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 13 kişi (%17,3) anne-babasıyla, 57 kişi (%76,0) eş veya çocuklarıyla, 1 kişi (%1,3) diğer kişilerle ve 4 kişi (%5,3) yalnız yaşamaktadır. Ki-Kare testi sonuçlarına göre, yaşanan kişi açısından vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=51,15$, $p<0,001$).

Katılımcıların yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü incelendiğinde, vaka grubunda 60 (%80,0) kişi yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığını, 15 kişi (%20,0) ise olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunda ise 74 kişi (%98,7) yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığını, 1 kişi (%1,3) ise olduğunu ifade etmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre, yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumu açısından vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=13,71$, $p<0,001$).

Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımı durumları incelendiğinde, vaka grubunda 41 kişi (%54,7) sigara kullanmazken, 34 kişi (%45,3) sigara kullandığını belirtmiştir. Kontrol grubunda ise 44 kişi (%58,7) sigara kullanmadığını, 31 kişi (%41,3) sigara kullandığını ifade etmiştir. Alkol kullanımı açısından vaka grubunda

hiçbir katılımcı alkol kullanmadığını bildirirken (%100), kontrol grubunda 74 kişi (%98,7) alkol kullanmadığını, 1 kişi (%1,3) alkol kullandığını belirtmiştir. Madde kullanımı durumuna bakıldığında, vaka grubunda 74 kişi (%98,7) madde kullanmadığını, 1 kişi (%1,3) madde kullandığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda ise tüm katılımcılar (%100) madde kullanmadığını bildirmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre, sigara kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0,24$, $p=0,621$). Alkol kullanımı açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2=1,01$, $p=0,316$). Benzer şekilde, madde kullanımı açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($X^2=1,01$, $p=0,316$).

Katılımcıların adli öykü durumları incelendiğinde, vaka grubunda 72 kişi (%96) adli öyküsünün olmadığını, 3 kişi (%4,0) ise geçmişte adli bir öyküsünün bulunduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunda ise tüm katılımcılar (%100,0) adli öyküsünün olmadığını ifade etmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre, vaka ve kontrol grupları arasında adli öykü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=3,06$, $p=0,080$).

Tablo 2. Vaka ve KG arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması

		VAKA		KG		Analiz	p
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	25	33,3	25	33,3	-	-
	Erkek	50	66,7	50	66,7		
Meslek	Çalışır	14	18,7	55	73,3	X ² =52,00	<0,001
	Emekli	17	22,7	12	16,0		
	Düzensiz çalışma	5	6,7	3	4,0		
	Çalışmaz	39	52,0	5	6,7		
Medeni durum	Bekar	53	70,7	14	18,7	X ² =51,64	<0,001
	Evli	15	20,0	59	78,7		
	Boşanmış-dul	7	9,3	2	2,7		
Çocuk Sayısı	Yok	59	78,7	20	26,7	X ² =40,67	<0,001
	Var	16	21,3	55	73,3		
Yaşanılan kişi	Anne-baba	47	62,7	13	17,3	X ² =51,15	<0,001
	Eş veya çocuklar	14	18,7	57	76,0		
	Diğer	8	10,7	1	1,3		
	Yalnız	6	8,0	4	5,3		
Yakınlarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	60	80,0	74	98,7	X ² =13,71	<0,001
	Var	15	20,0	1	1,3		
Sigara	Yok	41	54,7	44	58,7	X ² =0,24	0,621
	Var	34	45,3	31	41,3		
Alkol	Yok	75	100,0	74	98,7	X ² =1,01	0,316
	Var	0	0,0	1	1,3		
Madde kullanımı	Yok	74	98,7	75	100,0	X ² =1,01	0,316
	Var	1	1,3	0	0,0		
Adli öykü	Yok	72	96,0	75	100,0	X ² =3,06	0,080
	Var	3	4,0	0	0,0		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.		
Yaş		43,67	11,76	42,17	12,08	t=0,77	0,444
Eğitim durumu		10,75	3,69	10,43	3,39	t=0,55	0,582

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, X²=Ki-Kare Testi, t=Bağımsız Gruplar t testi.

4.1.2. Psikiyatrik ve Klinik Öykü

Vakaların klinik özellikleri değerlendirildiğinde, 60 kişinin (%80) geçmişte hastaneye yatış öyküsüne sahip olduğu, 15 kişinin (%20) ise hastane yatışının bulunmadığı tespit edilmiştir. Elektrokonvülsif Terapi (EKT) öyküsü açısından

incelendiğinde, 30 kişinin (%40) EKT uygulaması geçmişi olduğu, 45 kişinin (%60) ise böyle bir öyküsünün bulunmadığı belirlenmiştir.

İlaç tedavisine uyum durumları değerlendirildiğinde, 70 kişinin (%93,3) tedavilerini düzenli olarak sürdürdüğü, 5 kişinin (%6,7) ise ilaç kullanımında düzensizlik gösterdiği görülmüştür.

Özkıyım girişimi öyküsü açısından değerlendirildiğinde, 62 kişinin (%82,7) özkıyım girişimi öyküsünün olmadığı, 13 kişinin (%17,3) ise geçmişte özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır.

Hastalık süresi incelendiğinde, ortalama hastalık süresinin $15,76 \pm 10,16$ yıl olduğu (minimum 1 yıl, maksimum 43 yıl) belirlenmiştir. İlk yatış yaşının ortalaması $30,05 \pm 10,01$ yıl, son yatış yaşının ortalaması ise $35,05 \pm 10,80$ yıl olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. Vakaların Klinik Özellikleri

		n	%
Hastane yatışı	Yok	15	20,0
	Var	60	80,0
EKT öyküsü	Yok	45	60,0
	Var	30	40,0
İlaç tedavisine uyumu:	Düzensiz	5	6,7
	Düzenli	70	93,3
Özkıyım girişimi	Yok	62	82,7
	Var	13	17,3
		Ort.±SS.	Min.-Maks.
Hastalık süresi		$15,76 \pm 10,16$	1,00-43,00
İlk yatış yaş		$30,05 \pm 10,01$	13,00-57,00
Son yatış yaş		$35,05 \pm 10,80$	18,00-58,00

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks.=Maksimum.

4.2. ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRMELERİ

Vaka ve kontrol gruplarının ASI maddelerine "evet" yanıtı verme oranları karşılaştırılmıştır. Vaka grubunda birçok maddeye verilen "evet" yanıtı, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Özellikle A4 ($p < 0,001$),

A12 (p<0,001), A18 (p<0,001), A22 (p<0,001), A23 (p<0,001) ve A28 (p<0,001) maddelerinde vaka grubunun kontrol grubuna göre belirgin şekilde daha yüksek oranlarda onay verdiği gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, A5 (p=0,303), A11 (p=0,236), A15 (p=0,863) ve A17 (p=0,288) maddelerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4. Araştırmada değerlendirilen Vaka ve KG arasında ASI maddelerine evet yanıtını verenlerin oranı

	VAKA		KG		p
	n	%	n	%	
1. Bazı önemsiz şeyler size birdenbire özellikle önemli veya anlamlı gelir mi?	38	50,7	24	32,0	0,020
2. Bazen çok büyük bir şeyin eşliğinde olduğunuzu ama ne olduğunu bilmediğinizi hisseders misiniz?	31	41,3	14	18,7	0,002
3. Duyularınız bazen daha keskinleşmiş ya da hassaslaşmış gibi geliyor mu?	45	60,0	31	41,3	0,022
4. Daha önce zihinsel gücünüzün zirvesine hızla ulaştığınızı hissettiniz mi?	37	49,3	13	17,3	<0,001
5. Daha önce fark etmediğiniz küçük detayları fark edip önemli bulduğunuz olur mu?	52	69,3	46	61,3	0,303
6. Bazen bir şeyi anlamamanızın ya da çözmenizin önemli olduğunu ama ne olduğunu bilmediğinizi hisseders misiniz?	33	44,0	14	18,7	0,001
7. Dini duygularınızın arttığı ya da daha mistik hissettiğiniz dönemler yaşar mısınız?	41	54,7	24	32,0	0,005
8. Kendinizi heyecanlı, korkmuş, acı çekiyor veya kaygılı hissedip hissetmediğinizi ayırt etmekte zorlandığınızı olur mu?	20	26,7	10	13,3	0,041
9. Farkındalığınızın yüksek olduğu dönemler yaşar mısınız?	50	66,7	34	45,3	0,008
10. Tesadüfi gibi görünen durumları veya olayları anlamlandırma ihtiyacı hissettiğiniz olur mu?	35	46,7	23	30,7	0,044
11. Bazen bir yapbozun eksik parçasını bulmuş gibi hissettiğiniz olur mu?	31	41,3	24	32,0	0,236
12. Bazen daha net duyabildiğinizi hissettiğiniz olur mu?	36	48,0	10	13,3	<0,001
13. Manevi mistik yönleri güçlü olan bir insan olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?	35	46,7	15	20,0	0,001
14. Normalde önemsiz görünen şeylerin uğursuz ya da olumsuz bir anlam kazandığı olur mu?	23	30,7	10	13,3	0,010
15. Şarkıların hayatınız için önemli bir anlam taşıdığı dönemler olur mu?	49	65,3	50	66,7	0,863
16. Normalde önem vermeyeceğiniz nesnelere önem atfettiğiniz olur mu?	28	37,3	12	16,0	0,003
17. Bazen çok büyük veya önemli bir şeyi anlamak ya da çözmek üzere olduğunuzu ama ne olduğunu bilmediğinizi hisseders misiniz?	26	34,7	20	26,7	0,288
18. Hiç tat alma duyunuzun daha keskin ya da hassas olduğunu hissettiniz mi?	31	41,3	5	6,7	<0,001
19. Evrenin gizemlerinin kendiliğinden size açıklandığını ya da sunulduğunu hissettiğiniz olur mu?	15	20,0	5	6,7	0,016
20. Normalde başa çıkabildiğiniz şeyler veya deneyimler tarafından aşırı uyarılmış hissettiğiniz ya da zorlandığınız dönemler geçirir misiniz?	49	65,3	34	45,3	0,014
21. Çevrenizdeki küçük şeylerden sıkça büyülediğiniz ya da aşırı derecede etkilendiğiniz olur mu?	24	32,0	12	16,0	0,022
22. Duyularınızın aşırı derecede güçlü veya net geldiği olur mu?	47	62,7	20	26,7	<0,001
23. Bütün bir dünyanın size açıldığını ya da fırsatlar sunduğunu hissettiğiniz olur mu?	26	34,7	7	9,3	<0,001
24. İçsel ve dışsal duyular arasındaki sınırlarınızın kalktığını hissettiğiniz olur mu?	19	25,3	8	10,7	0,019
25. Dünyanın değiştiğini hissettiğiniz ve buna bir açıklama yapmaya çalıştığınız olur mu?	36	48,0	23	30,7	0,030
26. Tarif edilemez bir aciliyet hissine kapıldığınız ve ne yapacağınızdan emin olamadığınız olur mu?	39	52,0	17	22,7	<0,001
27. Normalde sizi etkilemeyecek kişiler, olaylar, yerler veya fikirlere ilgi duyduğunuz olur mu?	24	32,0	15	20,0	0,094
28. Düşüncelerinizin ve algılarınızın özümseyebileceğinizden ya da işleyebileceğinizden daha hızlı geldiği olur mu?	35	46,7	13	17,3	<0,001
29. Daha önce fark etmediğiniz şeylerin özel bir anlam kazandığını fark ettiğiniz olur mu?	37	49,3	17	22,7	0,001

$X^2=Ki-Kare Testi$

Bağımsız Gruplar t testi sonuçlarına göre, vaka grubunun ASI ortalaması (11,47±6,06), kontrol grubundan (6,51±5,34) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (t=5,32, p<0,001).

Tablo 5. Vaka ve KG arasında ASI puanlarının karşılaştırılması

	VAKA		KG		Analiz	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
ASI	11,47	6,06	6,51	5,34	t=5,32	<0,001

Ort.=Ortalama, SS. =Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Vaka ve kontrol grupları arasında cinsiyete göre ASI puanlarının karşılaştırılmasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,547); vaka grubundaki kadınların ASI puan ortalaması 12,16 (SS=5,86), erkeklerin ise 11,12 (SS=6,19) olarak saptandı. Kontrol grubundaki kadınların ASI puan ortalaması 9,00 (SS=5,92), erkeklerin ise 5,26 (SS=4,59) olarak belirlendi, istatistiksel karşılaştırmaya göre kadınların puanları erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,007; Mann Whitney U testi). Vaka grubundaki kadınlar ile kontrol grubundaki kadınlar arasındaki ASI puan farkı (12,16 vs. 9,00) istatistiksel olarak farklı değildi (p=0,077). Ancak vaka grubundaki erkeklerin ASI puan ortalamaları, kontrol grubundaki erkeklerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksekti (11,12'ye karşı 5,26; p<0,001; Bağımsız Gruplar t testi).

Tablo 6. Cinsiyete göre Vaka ve KG arasında ASI puanlarının karşılaştırılması

	VAKA				KG				p			
	Kadın (1)		Erkek (2)		Kadın (3)		Erkek (4)					
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	1-2	3-4	1-3	2-4
ASI	12,16	5,86	11,12	6,19	9,00	5,92	5,26	4,59	0,547a	0,007a	0,077a	<0,001b

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, a=Mann Whitney U testi, b=Bağımsız Gruplar t testi.

4.3. AŞIRI ÖNEM ATFETME ÖLÇEĞİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

ASI geçerlik analizleri kapsamında, ölçek yapısının değerlendirilmesi amacıyla benzer ölçek geçerliği analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda PANSS, BDÖ, CAPE ve GAS ile ASI arasındaki korelasyonlar incelenmiştir (Tablo 13). Ayrıca, ROC analizi ile ASI'nin şizofreni (vaka) ve kontrol gruplarını ayırt etme gücü

değerlendirilmiş (Tablo 10), ölçeğin duyarlılık ve özgüllük değerleri belirlenmiştir. Ölçeğin faktör yapısı Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri (AFA ve DFA) ile incelenmiş ve Cronbach's α katsayısı kullanılarak iç tutarlılık güvenirligi değerlendirilmiştir.

4.3.1. Yapı Geçerliliği

4.3.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

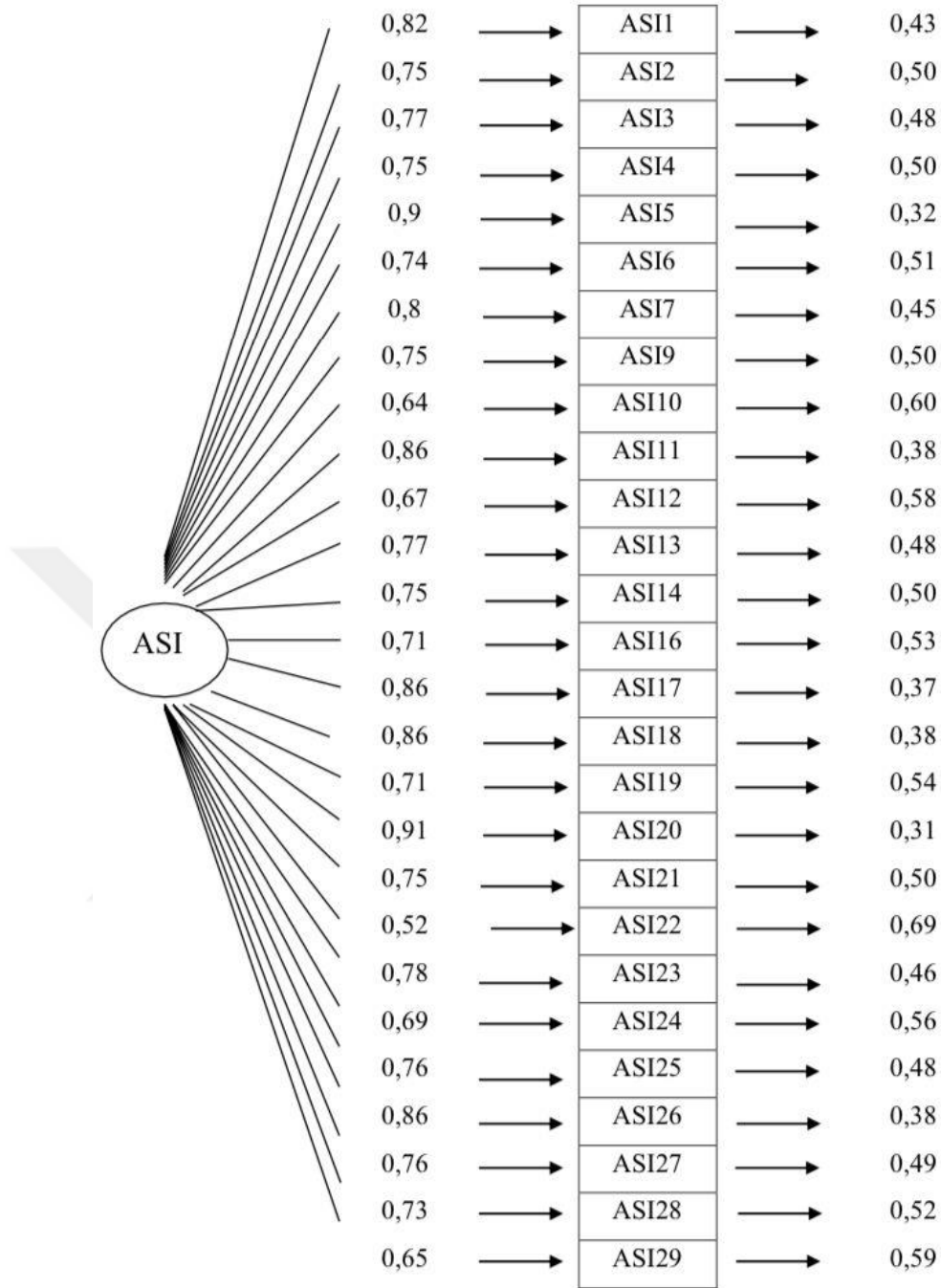
ASI'nın yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla AFA uygulanmadan önce, verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett's Testi yapılmıştır. KMO değeri 0,78 olarak hesaplanmış ve Bartlett's Testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Bu bulgular, faktör analizinin uygulanabilirliğini desteklemiştir. AFA sonucunda, ölçeğin iki faktörden oluştuğu tespit edilmiştir. Ancak, ikinci faktörde yalnızca iki madde (ASI8, ASI15) bulunduğu için, faktör analizi kriterlerine göre bu maddelerin çıkarılmasına karar verilmiştir. AFA sonuçlarına göre, ASI toplam varyansın %67,39'unu açıklayan tek faktörlü bir yapı göstermiştir.

ASI ölçeğinin faktör yapısının doğrulanması amacıyla DFA gerçekleştirilmiştir. DFA sonuçları, ölçeğin tek faktörlü yapısının model uyum iyiliği açısından yeterli düzeyde olduğunu göstermiştir. Modelin uyum iyiliği indeksleri tabloda gösterilmiştir.

Tablo 7. ASI Uyum İyiliği Değerleri

	ASI8 ve ASI15 Hariç Tutulduğunda	Tüm Maddeler dahil Edildiğinde
Ki-Kare	0,38	0,72
Sebestlik derecesi (df)	26	28
RMSEA	0,01	0,01
CFI	0,99	0,98
TLI	0,99	0,98
SRMR	0,05	0,07

Ki-Kare: Chi-Square, df: Degrees of Freedom (Sebestlik Derecesi) RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation CFI: Comparative Fit Index TLI: Tucker-Lewis Index SRMR: Standardized Root Mean Square Residual



Şekil 2. Aşırı Önem Atfetme Ölçeği (ASI) İçin Hata Varyansları ve Faktör Yükleri, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları

4.3.2. İç Tutarlılık-Güvenirlik Analizi

ASI maddelerine ait madde-toplam korelasyonları, madde çıkarıldığında ölçek ortalaması ve varyansı, ve Cronbach's α katsayıları değerlendirilmiştir. Madde-toplam korelasyonları 0,287 ile 0,640 arasında değişmektedir. En yüksek madde-toplam korelasyonu A22 maddesinde (0,640), en düşük madde-toplam korelasyonu ise A20

maddesinde (0,287) bulunmuştur. Tüm maddeler için madde-toplam korelasyonlarının 0,30'un üzerinde bulunmuştur.

ASI ölçeğinin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla hesaplanan Cronbach's α katsayısı, ASI 8 ve ASI 15 maddeleri çıkarıldığında 27 madde için 0,89, 29 madde için ise 0,882 olarak bulunmuştur. Herhangi bir maddenin ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach's α katsayısı 0,882 ile 0,890 arasında değişmektedir.

Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı oldukça yüksek olup, herhangi bir maddenin çıkarılması Cronbach's α değerinde belirgin bir artışa neden olmamaktadır. En düşük güvenilirlik katsayısı A22 maddesi çıkarıldığında ($\alpha = 0,882$), en yüksek güvenilirlik katsayısı ise A20 maddesi çıkarıldığında ($\alpha = 0,890$) hesaplanmıştır.

Tablo 8. ASI madde çıkarıldığında, ölçek ortalaması, varyansı, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach's α katsayılarını

	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonları	Madde Çıkarıldığında Cronbach's α Katsayıları
A1	9,007	37,792	,399	,887
A2	9,120	37,583	,473	,886
A3	8,913	37,435	,452	,886
A4	9,087	37,529	,467	,886
A5	8,767	38,408	,308	,889
A6	9,107	37,505	,480	,886
A7	8,987	37,678	,415	,887
A9	8,860	37,329	,474	,886
A10	9,033	36,865	,566	,883
A11	9,053	38,051	,365	,888
A12	9,113	37,242	,532	,884
A13	9,087	37,583	,458	,886
A14	9,200	37,839	,479	,886
A16	9,153	37,540	,501	,885
A17	9,113	38,249	,349	,888
A18	9,180	38,390	,355	,888
A19	9,287	38,233	,500	,886
A20	8,867	38,438	,287	,890
A21	9,180	37,746	,481	,886
A22	8,973	36,362	,640	,882
A23	9,200	38,013	,444	,886
A24	9,240	37,861	,516	,885
A25	9,027	37,462	,460	,886
A26	9,047	38,018	,369	,888
A27	9,160	37,800	,456	,886
A28	9,100	37,406	,495	,885
A29	9,060	36,929	,564	,884

Test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için ASI ölçeği 30 katılımcıya iki hafta arayla uygulanmıştır. Pearson Korelasyon Analizi sonucunda iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı $r=0,939$ olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 9. ASI test-tekrar test sonuçları

		ASI
ASI	r	0,939
	p	<0,001

r=Pearson Korelasyon Analizi.

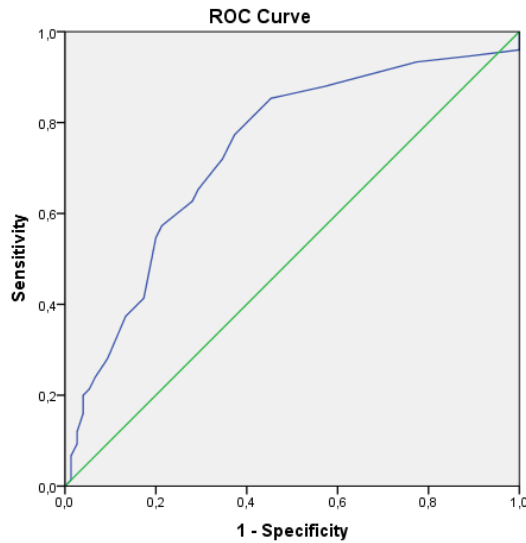
4.4. ROC ANALİZİ VE KESİM PUANI

ASI ölçeği için kesme noktaları hesaplanarak ROC eğrisi oluşturulmuştur. ROC analizi sonucunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,001$), ASI'nin vakalar ile kontrol grubunu ayırt etmede orta düzeyde bir performansa sahip olduğu bulundu (AUC = 0,735; %95 GA: 0,653 - 0,816). Analize göre, ASI'nin duyarlılığı %72, özgüllüğü %65 olup, kesme puanı 7,50 olarak belirlendi.

Tablo 10. ASI ROC Analizi sonucu

AUC	SH	p	95% GA		Duyarlık	Özgüllük	Kesme Puanı
			AL	ÜL			
,735	,041	<,001	,653	,816	0,72	0,65	7,50

GA=Güven Aralığı, *AL*=Alt Limit, *ÜL*=Üst Limit.



Şekil 3. Vaka ve KG Arasında ASI Puanlarının Ayırt Ediciliği

4.5. ASI VE KLİNİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

4.5.1. Vakalarda Aşırı Önem Atfetme Ölçeği ile Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki

Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, vakaların ASI puanları ile yaş ($r = 0,055$, $p = 0,638$), hastalık süresi ($r = 0,104$, $p = 0,372$), ilk yatış yaşı ($r = -0,022$, $p = 0,866$) ve son yatış yaşı ($r = -0,062$, $p = 0,639$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 11. Vakalarda ASI'nın yaş ve hastalık süresi ile ilişkisi

		ASI
Yaş	r	,055
	p	,638
Hastalık süresi	r	,104
	p	,372
İlk yatış yaşı	r	-,022
	p	,866
Son yatış yaşı	r	-,062
	p	,639

r=Pearson Korelasyon Analizi.

4.5.2. Psikometrik Ölçümlerin Dağılımı

Vakaların ASI, ASI Test-Tekrar Test, PANSS, BDÖ, CAPE pozitif alt ölçeği ve GAS sonuçları ayrıntılı olarak incelenmiştir. ASI puan ortalaması $8,99 \pm 6,21$ (minimum: 0,00; maksimum: 23,00), ASI test-tekrar test ortalaması $8,77 \pm 6,34$ (minimum: 0,00; maksimum: 19,00) olarak hesaplanmıştır. PANSS toplam skoru ortalaması $53,11 \pm 15,05$ (minimum: 1,00; maksimum: 92,00) olarak bulunmuştur. Pozitif belirtiler ortalaması $12,39 \pm 5,89$, negatif belirtiler ortalaması $14,97 \pm 4,80$ ve genel psikopatoloji alt ölçeği ortalaması $26,87 \pm 6,86$ 'dır. BDÖ toplam skoru ortalaması $6,93 \pm 4,54$, CAPE pozitif alt ölçek ortalaması ise $1,34 \pm 0,43$ olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların GAS skorları 31–100 aralığında dağılmış olup; en sık gözlenen kategoriler 61–70 (%25,3), 71–80 (%20,0) ve 81–90 (%24,0) aralıklarıdır. En düşük

gözlener aralık 31–40 (%12,0), en yüksek ise 91–100 (%6,7) olarak saptanmıştır. GAS kategori puanlarının ortalaması $67,03 \pm 15,50$ 'tir.

Tablo 12. Psikometrik ölçümlerin dağılımı

	n	Ort.	SS.	Min.	Maks
ASI	150	8,99	6,21	0,00	23,00
ASI TEST-TEKRAR TEST	30	8,77	6,34	0,00	19,00
PANSS TOTAL SKOR	75	53,11	15,05	1,00	92,00
PANSS POZİTİF BELİRTİLER	75	12,39	5,89	7,00	53,00
PANSS NEGATİF BELİRTİLER	75	14,97	4,80	7,00	28,00
PANSS GENEL PSİKOPATOLOJİ	75	26,87	6,86	14,00	47,00
BDÖ TOTAL	150	6,93	4,54	2,00	27,00
CAPE -POZİTİF ALT ÖLÇEĞİ	150	1,34	0,43	1,00	3,10
GAS	75	67,03	15,50	4,00	9,00

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, Min. = Minimum, Maks. = Maksimum.

ASI: Aşırı Önem Atfetme Ölçeği PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği BDÖ: Büyüsel Düşünce Ölçeği CAPE: Toplumda Psikik Yaşantılar Değerlendirme Ölçeği. GAS: Global Değerlendirme Ölçeği

4.5.3. Vakalarda ASI, PANSS, CAPE, BDÖ ve GAS Düzeyleri Arası

Korelasyon

Pearson Korelasyon Analizine göre, vakaların ASI puanları ile PANSS pozitif belirtiler alt ölçeği ($r = 0,232$, $p = 0,045$) ve BDÖ toplam puanı ($r = 0,398$, $p < 0,001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Ayrıca, ASI puanları ile CAPE Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği puanları arasında anlamlılığa yakın pozitif ilişki olduğu gözlemlendi ($r = 0,226$, $p = 0,051$). Buna ek olarak, ASI puanları ile GAS puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r = -0,356$, $p = 0,002$) tespit edildi.

Tablo 13. Vakalarda ASI, PANSS, BDÖ, CAPE pozitif belirtiler alt ölçeği ve GAS puanları arasındaki ilişki

		ASI
PANSS TOTAL SKOR	R	0,150
	P	0,199
PANSS POZİTİF BELİRTİLER	R	0,232
	P	0,045
PANSS NEGATİF BELİRTİLER	R	0,103
	P	0,379
PANSS GENEL PSİKOPATOLOJİ	R	0,153
	P	0,190
BDÖ	R	0,398
	P	<0,001
CAPE POZİTİF BELİRTİLER	R	0,226
	P	0,051
GAS	R	-0,356
	P	0,002

r=Pearson Korelasyon Analizi ,ASI: Aşırı Önem Atfetme Ölçeği PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği BDÖ:Büyüsel Düşünce Ölçeği CAPE: Toplumda Psikik Yaşantılar Değerlendirme Ölçeği. GAS: Global Değerlendirme Ölçeği

4.5.4. Kontrol Grubunda ASI, BDÖ ve CAPE Puanları Arası Korelasyon

Pearson Korelasyon Analizine göre, kontrol grubunun ASI puanları ile BDÖ toplam puanı ($r = 0,574$, $p < 0,001$) ve CAPE Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği ($r = 0,676$, $p < 0,001$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Tablo 14. KG'da ASI ve BDÖ, CAPE puanları arasındaki ilişki

		ASI
BDÖ TOTAL	R	0,574
	P	<0,001
CAPE POZİTİF BELİRTİLER	R	0,676
	P	<0,001

r=Pearson Korelasyon Analizi, ASI: Aşırı Önem Atfetme Ölçeği BDÖ:Büyüsel Düşünce Ölçeği CAPE: Toplumda Psikik Yaşantılar Değerlendirme Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Aberrant Salience Inventory (Aşırı Önem Atfetme Ölçeği)'nin Türkçe formunun psikoz tanılı bireyler ve sağlıklı kontroller üzerindeki geçerlik ve güvenilirlik özellikleri değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliği ve iç tutarlılık analizleri, ASI'nin güvenilir ve tutarlı bir değerlendirme aracı olduğunu desteklemektedir. Ayrıca, ASI puanlarının psikotik belirtiler ve diğer klinik ölçeklerle olan ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları, ASI'nin klinik ve araştırma bağlamda uygulanabilirliği hakkında önemli veriler sunmaktadır.

Bu çalışmada, vaka grubunun ASI puan ortalaması ($11,47 \pm 6,06$), sağlıklı kontrol grubunun ortalamasına ($6,51 \pm 5,34$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t = 5,32, p < 0,001$).

Elde edilen bulgular, Merola ve ark. (2023) meta-analiziyle uyum göstermektedir. Söz konusu meta-analizde, psikotik bozukluğu olan bireylerin ASI skorlarının sağlıklı kontrollere kıyasla belirgin şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir (9). Ayrıca, literatürdeki araştırmalar, psikotik bozuklukların ASI skorlarında dikkate değer bir artışa neden olduğunu belirtmişlerdir (9,11,132).

ASI puanlarındaki bu artışın yalnızca mevcut psikotik bozukluklarla sınırlı kalmadığı, psikoz gelişme riski taşıyan bireylerde de benzer düzeyde gözlemlendiği çalışmalarda bildirilmiştir (12,13). Poletti ve ark. yürüttüğü çalışmada, UHR grubundaki bireylerin ASI puan ortalaması ($14,50 \pm 6,83$), ilk epizod psikoz (FEP) grubunun ortalamasına ($14,00 \pm 7,35$) oldukça yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (13). Bu bulgu, henüz psikotik bozukluk gelişmemiş bireylerin de tanı almış bireylerle benzer düzeyde Aşırı Önem Atfetme yaşadığını göstermektedir. Bu durum, ASI'nin yalnızca psikotik bozuklukların tanısında değil, aynı zamanda psikoz gelişme riski taşıyan bireylerin klinik değerlendirilmesinde ve izlem süreçlerinde de işlevsel bir tarama aracı olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmada cinsiyetler arasındaki ASI puan farkları incelendiğinde, vaka grubunda kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p = 0,547$), kontrol grubunda kadınların ASI puanlarının erkeklerden belirgin şekilde daha yüksek

olduğu görülmüştür ($p = 0,007$). Vaka grubundaki kadınların ASI puanları kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0,077$). Buna karşın, vaka grubundaki erkekler, kontrol grubundaki erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek ASI puanlarına sahiptir ($p < 0,001$), bu da psikozun erkeklerde ASI puanlarını belirgin şekilde artırdığını göstermektedir. Rodríguez-Testal genel popülasyonda kadınların ASI skorlarının erkeklerden biraz daha yüksek olduğunu bulmuş, ancak bu farkın anlamlı olmadığını belirtirken, Raballo ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptamamıştır (132,133).

Bu çalışmada, ASI'nin faktör yapısını değerlendirmek amacıyla AFA uygulanmış ve örneklem büyüklüğünün uygunluğu KMO testi ile incelenmiştir. Faktör analizi için KMO değerinin 0,50'nin üzerinde olması yeterli, 0,80'in üzerinde olması ise mükemmel olarak kabul edilmektedir (134). Çalışmamızda KMO değeri 0,78 olarak bulunmuş, bu sonuç örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir.

AFA kapsamında değişkenler arasındaki korelasyonların çok değişkenli normalliğini değerlendirmek amacıyla Bartlett Küresellik Testi uygulanmıştır (135). Bartlett testi sonucunda $p < 0,001$ bulunmuş, bu sonuç değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ve verilerin faktör analizi için uygun olduğunu ortaya koymuştur.

Bu bulgular, ASI'nin Türkçe formunun faktör analizi için uygun bir veri setine sahip olduğunu ve ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için gerçekleştirilen faktör analizlerinin güvenilir bir temele dayandığını göstermektedir.

AFA sonucunda, ASI'nin iki faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir. İlk faktörde 27 madde yer alırken, ikinci faktörde yalnızca iki madde bulunmuştur: Madde 8 (“Kendinizi heyecanlı, korkmuş, acı çekiyor veya kaygılı hissedip hissetmediğinizi ayırt etmekte zorlandığınız olur mu?”) ve Madde 15 (“Şarkıların hayatınız için önemli bir anlam taşıdığı dönemler olur mu?”). Literatürde bir alt faktörün geçerli kabul edilebilmesi için en az üç madde içermesi gerektiği bildirilmiştir (136). Bunun yanı sıra hasta ve kontrol grupları arasında Madde 15'e verilen yanıtlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,863$, $p > 0,05$). Bu nedenlerle ölçeğin faktör yapısını güçlendirmek ve psikometrik

özelliklerini iyileştirmek amacıyla ikinci faktörde yer alan bu iki madde (Madde 8 ve 15) ölçüm aracından çıkarılmıştır.

Cicero ve ark. (2010) yaptığı orijinal ASI çalışmasında, ölçek beş faktörlü bir yapı sergilemiştir: Artan Anlam Yükleme (Increased Significance), Duyuların Keskinleşmesi (Senses Sharpening), Gelişmekte Olan Anlayış (Impending Understanding), Yoğun Duygusallık (Heightened Emotionality), Bilişsel Artış (Heightened Cognition)(10). Rodríguez-Testal ve ark. (2022) İspanyol örnekleminde yürüttüğü ASI çalışmasında da orijinal beş faktörlü yapı korunmuş ve her alt faktör en az üç maddeden oluşmuştur (132).

Pelizza ve ark. (2020) İtalyan gençlerinden oluşan örnekleminde üzerinde yaptığı çalışmada, ASI'nin dört faktörlü bir yapı sergilediği rapor edilmiştir. Araştırmada, ASI8 ve ASI15 maddeleri, faktör dağılımındaki tutarsızlık nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Dört faktörlü yapı şu şekilde oluşmuştur. Artan Anlam Yükleme (Increased Significance), Duyuların Keskinleşmesi (Sense of Sharpening), Farkındalık Bozulmaları (Awareness Distortions), Bilişsel Deneyimler (Cognitive Experiences) (137). Çalışmamızda da Pelizza ve ark. bulgularıyla tutarlı olarak, ASI8 ve ASI15 maddeleri, faktör yapısındaki uyumsuzluk nedeniyle çıkarılmıştır. Bu durum, söz konusu maddelerin farklı örneklemlerde benzer biçimde sorun oluşturduğunu düşündürmektedir.

Golay ve ark. (2020) Fransız örnekleminde yürüttüğü ASI çalışmasında, ölçek üç faktörlü bir yapı sergilemiştir: Güçlendirilmiş Yorumlama ve Duygusallık (Enhanced Interpretation and Emotionality), Duyuların Keskinleşmesi (Sharpening of Senses) ve Bilişsel Artış (Heightened Cognition). Ancak araştırmada, maddelerin büyük bir kısmının tek bir faktörde yoğunlaştığı ve alt faktörler arasında dengesiz bir dağılım olduğu görülmüştür (11). Bu bulgu, çalışmamızdaki ikinci faktörde gözlenen madde yetersizliği ile örtüşmektedir. Her iki çalışma da, ASI'nin farklı örneklemlerde alt boyutlarının ayrışmakta zorlandığını ve bunun örneklem büyüklüğü, yaş dağılımı veya kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Merola ve ark. (2023) meta-analiz çalışmasında, sekiz farklı araştırmanın verileri incelenmiştir. Analizlerde, ASI4 ve ASI8 maddelerinin faktör yapısıyla

uyumsuzluk gösterdiği ve herhangi bir faktörde anlamlı yüklenme sağlamadığı belirlenmiştir. Bu nedenle, ölçeğin yapısal geçerliliğini artırmak amacıyla söz konusu maddelerin çıkarılması önerilmiş ve yeni bir üç faktörlü yapı ortaya konmuştur: Deneyimlerin Ortaya Çıkışı (Unveiling Experiences), Bilişsel Artış (Heightened Cognition) ve Duyusal Bozulmalar (Sensory Distortions) (9). Meta-analiz sonuçları, farklı örneklerde alt faktörlerin dengesiz dağılım gösterdiğini ve bazı çalışmalarda maddelerin tek bir faktörde yoğunlaştığını belirtmiştir. Ayrıca, geniş örneklem gruplarında yapılan analizlerin daha kararlı sonuçlar sunduğu ifade edilmiştir.

Ölçek geçerliliğine yönelik yapılan faktör analizinde, maddelerin faktör yüklerinin 0,30 ve üzeri olması gerektiği belirtilmiştir (114,118). Çalışmamızda, tüm maddelerin bu kriteri karşıladığı ve ölçeğin ölçtüğü yapıyı güçlü bir şekilde temsil ettiği görülmüştür. ASI'ye DFA uygulanmış ve uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tüm maddeler dahil edildiğinde CFI: 0,98, TLI: 0,98, RMSEA: 0,01, SRMR: 0,07 değerleri elde edilmiştir. ASI8 ve ASI15 çıkarıldıktan sonra ise uyum iyiliği değerlerinde belirgin bir iyileşme gözlenmiştir (CFI: 0,99, TLI: 0,99, RMSEA: 0,01, SRMR: 0,05). Bu bulgular, düşük faktör yükü sergileyen maddelerin çıkarılmasının modelin genel uyumunu artırdığını ve ölçeğin yapı geçerliliğini güçlendirdiğini göstermektedir.

Pelizza ve ark. (2020) çalışmasında, farklı model yapılarına ilişkin uyum iyiliği değerleri rapor edilmiştir. 4 faktörlü model (AFA) için CFI: 0,957, TLI: 0,952, RMSEA: 0,057, SRMR: 0,119, ASI8 ve ASI15 çıkarılmış 5 faktörlü model için CFI: 0,951, TLI: 0,945, RMSEA: 0,061, SRMR: 0,125, ve tek faktörlü model için CFI: 0,941, TLI: 0,937, RMSEA: 0,064, SRMR: 0,132 değerleri elde edilmiştir. Çalışmalarında, ASI8 ve ASI15'in çıkarılması sonrası uyum iyiliği değerlerinde bir iyileşme gözlenmiş, ancak SRMR (0,125) yüksek kalmıştır (137).

Sonuç olarak, çalışmamızda ASI8 ve ASI15'in çıkarılması, Pelizza ve ark. (2020) bulgularına paralel olarak uyum iyiliği değerlerinde anlamlı bir iyileşme sağlamıştır. Her iki çalışma da, düşük uyum sağlayan maddelerin ölçekten çıkarılmasının yapı geçerliliğini güçlendirdiğini göstermektedir.

Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla iç tutarlılık analizi gerçekleştirilmiştir. Genel kabul gören kriterlere göre, Cronbach's alfa katsayısının 0,70 ve üzeri olması, ölçeğin maddelerinin birbirleriyle tutarlı olduğunu ve güvenilir bir yapı sergilediğini göstermektedir (138). Analizler sonucunda ASI 29 madde için Cronbach's alfa katsayısı ise 0,882 olarak bulunmuştur. ASI 8 ve ASI 15 maddeleri çıkarıldığında 27 madde için Cronbach's alfa değeri 0,89 olarak hesaplanmış ve bu değer, ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle, Lelli (2015) ve Testal (2022) çalışmalarında elde edilen 0,89 değerleriyle birebir örtüşmektedir (9,132,139). Bu paralellik, ASI'nin Türkçe formunun da yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu ve ölçeğin iç tutarlılığının farklı örneklemeler arasında korunduğunu göstermektedir. Bu bulgular, ASI'nin farklı dil ve kültürlerde tutarlı ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanıldığını ortaya koymaktadır.

Madde-toplam korelasyon katsayısı, test maddelerinin genel test puanı ile olan ilişkisini gösteren bir ölçüttür. Ölçekte yer alan maddelerin benzer özellikleri değerlendirdiğini ve ölçeğin bütününe tutarlı bir şekilde katkı sağladığını gösterebilmesi için bu katsayının pozitif olması ve belirli bir eşik değer üzerinde bulunması beklenir. Genel olarak, madde-toplam korelasyonunun negatif olmaması ve en az 0.20 değerine ulaşması, ölçek geçerliliği açısından temel bir kriter olarak kabul edilmektedir (140). Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda, ASI'nin Türkçe formundaki tüm maddelerin madde-toplam korelasyon katsayılarının 0.30'un üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Test-retest güvenilirliği, bir ölçüm aracının zaman içinde tutarlı sonuçlar verip vermediğini değerlendirmek için önemli bir göstergedir (113). Bu çalışmada, ASI testi 30 katılımcıya 2-4 hafta arayla uygulanmış ve Pearson korelasyon analizi sonucunda ön test ile son test arasında yüksek düzeyde pozitif bir korelasyon ($r=0,939$, $p<0,001$) bulunmuştur. Lelli ve ark. çalışmasında ise, ASI toplam puanı için test-retest güvenilirliği kontrol grubunda ($r=0,97$), vaka grubunda ($r=0,95$) ve toplam örnekleme ($r=0,96$) yüksek bulunmuştur. Ayrıca, her bir madde için Spearman korelasyonları güçlü bir ilişki göstermiştir ($r=0,68-0,95$, $p<0,001$). Bu sonuçlar, çalışmamızdaki yüksek güvenilirlik bulgularıyla tutarlıdır (139).

Bu araştırmada, ASI'nin vaka ve kontrol gruplarını ayırt etme gücü ROC analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışma örneklemi, psikotik bozukluk tanılı bireyler ve sağlıklı kontrollerden oluşmuştur.Genel analiz sonucunda, AUC değeri 0,735, kesme puanı 7,50, duyarlılık %72 ve özgülük %65 olarak hesaplanmıştır.

Elde edilen bulgular, literatürde bildirilen farklı kesme puanlarıyla karşılaştırıldığında, ıçero ve ark. orijinal ASI geçerlik çalışmasında belirli bir kesme puanı verilmemiştir. Ancak psikoz eğilimi gösteren grupta ortalama ASI puanı 13,73 olarak bulunmuştur. Bu ortalama değer, sonraki çalışmalarda karşılaştırma için önemli bir referans noktası olarak kabul edilmiştir (10).

Merola ve ark. (2023) tarafından yapılan meta-analizde, tüm örneklemler üzerinden optimal ASI kesme puanı 13,5 olarak belirlenmiştir. Bu eşik değeri, AUC=0,74 ile en yüksek ayırt ediciliği sunmuş; duyarlılık ve özgülük açısından dengeli bir performans sergilediği ve Youden İndeksi temelinde en iyi sonucu verdiği rapor edilmiştir (9). Ancak psikozun düşük prevalansı (%1) nedeniyle Pozitif Prediktif Değer (PPV) ve Negatif Prediktif Değer (NPV) gibi ölçütlerin daha anlamlı olduğunu vurgulamıştır. Psikoz prevalansına göre farklı kesme puanları önermişlerdir. Genel popülasyonda (prevalans %1), yanlış pozitifleri azaltmak için ASI kesme puanı 21,5 önerilmiş (PPV %5, NPV %99). Daha yüksek riskli gruplarda daha düşük kesme puanları daha anlamlı bulunmuştur. Örneğin:

- Genç yetişkinler, mahkumlar, lohusa kadınlar ve mülteciler (prevalans %3–4) için düşük kesme puanı (11,5) erken belirtileri yakalamış, daha yüksek kesme puanı (19,5) özgülüğü artırmıştır.
- Ailevi psikoz riski taşıyan gençlerde (prevalans %12) ASI kesme puanı 12,5 ile PPV %20,
- Yüksek dozda güçlü esrar kullananlarda (prevalans %24) ASI kesme puanı 11,5 ile PPV %30 hesaplanmıştır (9).

Testal ve ark. (2020) İşpanyol örneklemi, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi çeşitli psikiyatrik tanılara sahip bireylerden oluşmuştur. Bu alışmada AUC=0,80, kesme puanı 14, duyarlılık %69 ve özgülük %74 bulunmuştur (132). Yüksek kesme

puanı, ağır semptom profiline sahip klinik grupların daha yüksek eşik değeri gerektirdiğini göstermektedir.

Golay ve ark. (2020) Fransız örnekleme, psikoz hastaları ile genel popülasyondan oluşmuştur. Çalışmada belirli ASI faktörleri için kesme puanı 2,5, duyarlılık %58-63 ve özgüllük %66-70 raporlanmıştır. Alt faktörlere odaklanan bu yaklaşım, daha özelleşmiş ve dar kapsamlı bir tarama yöntemi sağlamıştır (11).

Pelizza ve ark. (2020) İtalyan genç örnekleme, erken psikoz belirtileri gösteren 13-35 yaş aralığındaki bireylerden oluşmuştur. Çalışmada AUC=0,854, kesme puanı 5, duyarlılık %90,6 ve özgüllük %70,9 bulunmuştur. Düşük kesme puanı ve yüksek duyarlılık, erken belirtileri yakalamaya yönelik olarak genç popülasyonun özgül risklerini yansıtmaktadır (137).

ASI, farklı örneklem türleri ve risk gruplarına göre değişen kesme puanlarıyla psikoz belirtilerinin erken tespitinde esnek ve etkili bir tarama aracı olarak değerlendirilmektedir (9). Örneklem türlerindeki farklılıklar, kesme puanlarında görülen çeşitliliğin temel nedenlerinden biridir; klinik örneklemeler daha yüksek özgüllük gerektirirken, erken müdahale amaçlı topluluk temelli taramalar daha düşük kesme puanları ile yüksek duyarlılığa öncelik vermektedir. Bu durum, ASI'nin örneklem türüne ve tarama amacına göre uyarlanabilir bir değerlendirme aracı olduğunu ortaya koymakta; farklı risk gruplarına özgü kesme puanlarının belirlenmesi, psikozun erken saptanmasına katkı sağlarken, tarama süreçlerinin etkinliğini artırmaktadır.

Aşırı Önem Atfetme'nin zaman içindeki değişimini inceleyen uzunlamasına çalışmalar erken müdahale programlarının önemini vurgulamaktadır. Azzali ve ark. (2022) yaptığı bir araştırma, bireysel bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve aileye yönelik psiko-eğitim programlarının ASI puanlarında anlamlı bir azalmayla ilişkili olduğunu bulmuştur (12). Benzer şekilde, Scazza ve ark. (2022) ilk epizod psikoz (FEP) bireylerle yürüttüğü bir yıllık izlem çalışmasında, ASI puanlarının zamanla azaldığı ve bu azalmanın bireysel BDT seans sayısı ile ilişkili olduğunu bulunmuştur. Bulgular, Aşırı Önem Atfetme'nin psikoterapiyle azalabileceğini göstermektedir (141).

Bu araştırmada, ASI puanlarının PANSS pozitif belirtiler alt ölçeğiyle anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur ($r=0,232$, $p=0,045$). Bu bulgu, Aşırı Önem Atfetme kavramının psikotik belirtilerle ilişkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Literatürdeki veriler de bu ilişkiyi pekiştirmektedir. Pugliese ve ark. (2022) çalışmasında da ASI'nin alt boyutları olan Duyuların Keskinleşmesi (Senses Sharpening), Yoğun Duygusalılık (Heightened Emotionality) ve Bilişsel Artış (Heightened Cognition)'ın PANSS pozitif belirtileriyle anlamlı ilişkiler sergilediği belirtilmiştir (142). Kapur'un modeline göre antipsikotik ilaçlar, dopamin D2 reseptörlerini bloke ederek nötr uyarılara atfedilen anormal önem duygusunu baskılar ve bu sayede pozitif semptomların azalmasını sağlar(102). Vaidya ve ark. çalışması da bu modeli destekler niteliktedir; çalışmada, pozitif semptomları belirgin olan hastaların ASI puanlarının yüksek olduğu, buna karşılık ilaç tedavisi ile remisyona ulaşan hastalarda ASI puanlarının gerilediği bildirilmiştir (143).

Bulgularımız, ASI'nin PANSS negatif belirtileriyle anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermiştir ($r=0,103$, $p=0,379$).Ancak, Pugliese ve ekibi, ASI'nin 'heightened cognition' ("bilişsel artış") alt boyutunun sosyal geri çekilme gibi bazı negatif belirtilerle ilişkili olabileceğini vurgulamıştır (142).

Ayrıca, ASI ile BDÖ arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Vaka grubunda ASI puanları ile BDÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,398$, $p < 0,001$). Kontrol grubunda ise daha güçlü bir pozitif korelasyon gözlenmiştir ($r = 0,574$, $p < 0,001$). Elde edilen veriler, önceki çalışmalarla da tutarlıdır. Örneğin, Cicero ve ark. (2010) araştırmasında, ASI ile BDÖ arasında güçlü bir pozitif korelasyon bildirilmiştir ($r = 0,55$, $p < 0,001$). Bu yüksek korelasyon, ASI'nin yakınsak geçerliğini (convergent validity) desteklemektedir. Cicero, büyüsel düşüncenin sıra dışı inançlarla olan bağını vurgulamış, dolayısıyla ASI'nin psikotik eğilimleri ölçmedeki başarısını ortaya koymuştur(10). Benzer şekilde, Raballo ve ark. (2016) çalışmasında, ASI puanları ile şizotipal Kişilik Ölçeği (SPQ) alt boyutları arasında özellikle büyüsel düşünceyi de kapsayan pozitif şizotipi boyutlarında yüksek korelasyonlar saptanmıştır (133). Sonuçlar, ASI'nin şizotipal özellikler ve psikoz riski değerlendirmesinde önemli bir araç olduğunu göstermektedir. Kontrol grubunda gözlenen daha yüksek korelasyon,

şizotipal özelliklerin subklinik düzeyde ASI ile daha doğrudan ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda, ASI puanlarının CAPE pozitif belirtileriyle hem vaka grubunda ($r = 0,226$, $p = 0,051$) hem de kontrol grubunda ($r = 0,676$, $p < 0,001$) pozitif yönde ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Bu durum, ASI'nin psikoz eşiği belirtilerini değerlendirme kapasitesini desteklemektedir. Özellikle kontrol grubundaki güçlü korelasyon, ASI'nin erken dönem psikoz eğilimini belirlemede etkili bir ölçüm aracı olabileceğini düşündürmektedir. Rodríguez-Testal ve ark., ASI toplam puanı ile CAPE pozitif belirtileri arasında beklenenden daha düşük bir ilişki bildirmiştir ($r = 0,504$). Araştırmada, Gelişmekte Olan Anlayış (Impending Understanding) alt boyutunun CAPE pozitif belirtileriyle en güçlü korelasyonu sergilediği belirlenmiştir ($r = 0,440$). Araştırmacılar, bu görece düşük ilişkinin temel nedenini CAPE'nin fazla genel ve statik bir ölçüm sağlamasına dayandırmıştır. Ayrıca, psikozun erken evrelerinde algısal değişimlerin (örneğin, Duyuların Keskinleşmesi (senses sharpening)) duygusal belirtilerden önce ortaya çıkabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu durum, ASI alt boyutlarının, CAPE'ye kıyasla erken dönem psikoz belirtilerini daha iyi yakalayabileceğini düşündürmektedir (132). Öte yandan, O'Tuathaigh ve ark., CAPE toplam skoru üzerinden ASI ile anlamlı bir ilişki saptayamamıştır ($r = -0,01$, $p = 0,71$). Ayrıca, CAPE pozitif alt boyutu ile ASI arasında yalnızca zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r = 0,03$, $p = 0,43$) (144). Bu farklılıkların altında yatan nedenin, örneklemelerin klinik özellikleri, semptom şiddeti ve değerlendirme yöntemlerindeki metodolojik değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Livet ve ark. (2020) gerçekleştirdiği meta-analiz ise genel toplum örneklemelerinde psikoz benzeri deneyimler (PPLE'ler) ile ASI arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, ASI'nin yalnızca klinik gruplarda değil, genel toplumda da psikoz benzeri deneyimlerin değerlendirilmesinde önemli bir bilişsel gösterge olduğunu desteklemekte ve ASI'nin erken dönem psikoz eğilimini belirlemedeki potansiyelini vurgulamaktadır.

ASI'nin diğer klinik değerlendirme ölçekleriyle karşılaştırıldığı çalışmalar, öznel deneyimlerin erken tespitinde tamamlayıcı bir rol oynayabileceğini göstermektedir (10,137). Pelizza ve ark. (2020) yaptığı çalışma, ASI ile CAARMS

arasında anlamlı bir pozitif korelasyon olduğunu ortaya koymuştur, ancak farklı metodolojik yaklaşımlar sergileyen bu iki ölçeğin birbirini tamamlayıcı biçimde kullanılmasının erken müdahale süreçlerine katkı sağlayabileceği vurgulanmıştır (137). ASI'nin özellikle klinik görüşme öncesi taramalarda kullanılması, daha kapsamlı değerlendirme gerektiren bireylere öncelik sağlanmasına yardımcı olabilir.

Vakalarda ASI ve GAS puanları arasındaki ilişki de incelenmiştir. Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, vaka grubunda ASI ile GAS arasında anlamlı negatif bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,356$, $p = 0,002$). Bu bulgu, ASI puanları arttıkça bireylerin işlevsellik düzeylerinin düştüğünü göstermektedir.

Sonuç olarak, ASI psikoz riski taşıyan bireylerin değerlendirilmesinde etkili bir araç olarak öne çıkmakta; farklı örneklem türlerine göre değişen kesme puanlarıyla erken tespit süreçlerine önemli katkılar sunmaktadır. Ultra yüksek risk gruplarında ve ilk psikotik atak geçiren bireylerle yapılan çalışmalar, ASI'nin öznel deneyimleri yakalama becerisini ve psikososyal müdahalelerle puanlardaki değişimi yansıtmaya potansiyelini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, ASI'nin tek başına tanı koydurucu bir araç olarak değil, kapsamlı klinik değerlendirmelere eşlik eden destekleyici bir ölçüm aracı olarak ele alınması gerekmektedir. Ölçeğin şizotipal özelliklerle olan ilişkisi, özellikle subklinik düzeydeki belirtilerin fark edilmesi açısından dikkat çekicidir. ASI'nin, farklı risk gruplarına özgü kesme puanlarıyla uyarlanabilir bir yapı sunması, onu erken müdahale süreçlerinde esnek ve işlevsel bir tarama aracı hâline getirmektedir. Yine de mevcut literatür sınırlı olup, ASI'nin klinik kullanımdaki yerini daha net biçimde ortaya koymak adına ileri düzey çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.1. SINIRLILIKLAR

Bu çalışmada, klinik çeşitliliğin sınırlı olması önemli bir metodolojik kısıtlılık olarak öne çıkmaktadır. Sadece remisyon dönemindeki psikotik bozukluk tanılı bireylerin incelenmesi, ASI ile değerlendirilen kavramın farklı klinik aşamalardaki (örneğin, prodromal dönem, ilk psikotik epizod gibi) seyrini ortaya koyma imkânını kısıtlamıştır.

Araştırmanın kesitsel (cross-sectional) tasarımı, ASI ile ölçülen deneyimin remisyon sürecindeki değişimini ve gelecekteki relaps (nüks) riskiyle ilişkisini

inceleme olanağını ortadan kaldırmıştır. Kesitsel alışmalar, yalnızca belirli bir zaman dilimindeki durumu yansıttığı için, değişkenlerin zaman içindeki seyrini gözlemleme olanağını sınırlamaktadır.

Son olarak, örneklem seçiminin erişilebilirlik esasına dayalı olarak yapılması ve rastgele örneklem yönteminin kullanılmaması, bulguların genel popülasyona genellenebilirliğini sınırlamıştır. Bu durum, örneklemin seçilme sürecinde oluşabilecek sistematik yanlılıkların sonuçlara yansımaya neden olmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, ASI ölçeğinin Türkçe versiyonunun psikoza tanımlı bireyler ile sağlıklı kontroller arasındaki ayrımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gerçekleştirdiğini ortaya koymuştur. Psikotik bozukluk tanısı almış bireylerin ASI puanlarının sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek olması, psikozun temel fenomenolojik özelliklerinden biri olan aşırı önem atfetme kavramını desteklemektedir.

Yapılan açıklayıcı faktör analizi (AFA) sonucunda, ASI'nin iki faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir. Ancak, ikinci faktörde yalnızca iki madde (Madde 8 ve Madde 15) yer aldığı için, geçerli bir alt faktör oluşturmadığı düşünülerek bu maddeler ölçüm aracından çıkarılmıştır. Bu düzenleme, ölçeğin faktör yapısını güçlendirmek ve psikometrik özelliklerini iyileştirmek amacıyla yapılmıştır. Özellikle, Madde 15 için yapılan analizde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,863$, $p > 0,05$). Yapılan yapı geçerliği analizlerinde, ASI'nin faktör yapısının önceki literatürde bildirilen modellerle kısmen örtüştüğü, ancak bazı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Faktör analizi sonuçları, Türkçe versiyonun, ASI'nin orijinal ve farklı kültürlerde yapılan çalışmalarından ayrılan bazı özgün bileşenler içerdiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, iç tutarlılık analizinde yüksek Cronbach alfa değerleri elde edilmiş, bu da ölçeğin güvenilirliğinin güçlü olduğunu göstermiştir. Ayrıca, ASI'nin Bütünsel Düşünce Ölçeği gibi şizotipi değerlendirme araçlarıyla anlamlı düzeyde korelasyon göstermesi, ölçeğin psikoza riski değerlendirmelerinde kullanılabilirliğini desteklemiştir.

ROC analizi bulguları, ASI'nin psikoza belirtilerini ayırt etmede yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğunu göstermektedir. Elde edilen AUC değeri, kesme puanı ve duyarlılık-özgüllük oranları, ölçeğin farklı örneklem türlerinde değişkenlik gösterebileceğini ve psikozun erken tespiti için esnek bir tarama aracı olarak kullanılabilirliğini işaret etmektedir. Klinik örneklemelerde özgüllüğün ön planda tutulması, toplum temelli taramalarda ise daha düşük kesme puanlarıyla yüksek duyarlılığa öncelik verilmesi, ASI'nin amaca yönelik olarak uyarlanabilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, ASI'nin Türkçe versiyonu, psikoz tanılı bireylerde aşırı önem atfetme düzeylerini değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak ortaya konmuştur. Ölçeğin özellikle prodromal dönemden tam psikoz gelişimine kadar olan süreçte kullanım potansiyelinin değerlendirilmesi için uzunlamasına çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca, ASI'nin nöropsikolojik testlerle ilişkisini inceleyen araştırmaların yapılması, aşırı önem atfetme süreçlerinin bilişsel mekanizmalarla bağlantısının daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda, ASI'nin psikozun erken saptanmasına yönelik araştırmalarda önemli bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Fischer BA, Carpenter WT. Will the Kraepelinian dichotomy survive DSM-V? *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2009 Aug [cited 2024 Jun 5];34(9):2081–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19295511/>
2. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 1996 [cited 2024 Dec 7];30(5):587–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8902166/>
3. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005 Sep [cited 2024 Jan 23];62(9):975–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16143729/>
4. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2024 Jan 23];160(1):13–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12505794/>
5. YÜKSEL Ç, Üçok A. Şizofreni Hastalarında Önem Atfetme İşlevinde Bozukluk ve DSM-V Çalışmaları. *13(Supp:1):5–8*.
6. Jacobs E, Kline E, Schiffman J. Practitioner perceptions of attenuated psychosis syndrome. *Schizophr Res* [Internet]. 2011 Sep [cited 2024 Jan 23];131(1–3):24–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21764261/>
7. Van Os J, Linscott RJ. Introduction: The Extended Psychosis Phenotype—Relationship With Schizophrenia and With Ultrahigh Risk Status for Psychosis. *Schizophr Bull* [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2024 Jul 10];38(2):227–30. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbr188>
8. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* [Internet]. 2009 Feb [cited 2024 Jul 9];39(2):179–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18606047/>
9. Merola GP, Boy OB, Fascina I, Pecoraro V, Falone A, Patti A, et al. Aberrant Salience Inventory: A meta-analysis to investigate its psychometric properties and identify screening cutoff scores. *Scand J Psychol* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Jun 5];64(6):734–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37243361/>
10. Cicero DC, Kerns JG, McCarthy DM. The Aberrant Salience Inventory: a new measure of psychosis proneness. *Psychol Assess* [Internet]. 2010 Sep [cited 2024 Jan 23];22(3):688–701. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20822281/>

11. Golay P, Laloyaux J, Moga M, Della Libera C, Larøi F, Bonsack C. Psychometric investigation of the French version of the Aberrant Salience Inventory (ASI): differentiating patients with psychosis, patients with other psychiatric diagnoses and non-clinical participants. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2020 Oct 3 [cited 2023 Mar 28];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33024446/>
12. Azzali S, Pelizza L, Scazza I, Paterlini F, Garlassi S, Chiri LR, et al. Examining subjective experience of aberrant salience in young individuals at ultra-high risk (UHR) of psychosis: A 1-year longitudinal study. *Schizophr Res*. 2022 Mar 1;241:52–8.
13. Poletti M, Pelizza L, Azzali S, Garlassi S, Scazza I, Paterlini F, et al. Subjective experience of aberrant salience in young people at Ultra-High Risk (UHR) for psychosis: a cross-sectional study. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 9];76(2):129–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34185607/>
14. Öztürk O UA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2015. 189–247 p.
15. Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. Ropper AH, editor. *N Engl J Med* [Internet]. 2018 Jul 19 [cited 2024 Dec 7];379(3):270–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30021088/>
16. Yung AR, McGorry PO. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* [Internet]. 1996 [cited 2024 Jan 23];22(2):353–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8782291/>
17. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* [Internet]. 2009 May [cited 2024 Jun 5];110(1–3):1–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19328655/>
18. Milev P, Ho BC, Arndt S, Andreasen NC. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2005 Mar [cited 2024 Jun 5];162(3):495–506. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15741466/>
19. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *The Lancet* [Internet]. 2016 Jul 2 [cited 2024 Nov 9];388(10039):86–97. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673615011216/fulltext>
20. Bhugra D. Psychiatry in ancient Indian texts: a review. *Hist Psychiatry* [Internet]. 1992 [cited 2024 Nov 7];3(10):167–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11623029/>

21. Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Tenth Edition. Wolters Kluwer [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 7];One(5). Available from: <https://www.bibguru.com/b/how-to-cite-kaplan-and-sadocks-comprehensive-textbook-of-psychiatry/>
22. Songür H AKAEHH. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2007.
23. Dollfus S, Lyne J. Negative symptoms: History of the concept and their position in diagnosis of schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2024 Nov 7];186:3–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27401529/>
24. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature* [Internet]. 2010 Nov 11 [cited 2024 Nov 7];468(7321):187–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21068826/>
25. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2010 [cited 2024 Nov 7];12(3):271–87. Available from: <https://research-repository.uwa.edu.au/en/publications/the-diagnostic-concept-of-schizophrenia-its-history-evolution-and>
26. Zalewski C, Johnson-Selfridge MT, Ohriner S, Zarrella K, Seltzer JC. A review of neuropsychological differences between paranoid and nonparanoid schizophrenia patients. *Schizophr Bull* [Internet]. 1998 [cited 2024 Nov 7];24(1):127–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9502551/>
27. Crowhurst B, Coles EM. Kurt Schneider's concepts of psychopathy and schizophrenia: A review of the English literature. *Canadian Journal of Psychiatry* [Internet]. 1989 [cited 2024 Nov 7];34(3):238–43. Available from: https://www.researchgate.net/publication/20500083_Kurt_Schneider's_Concepts_of_Psychopathy_and_Schizophrenia_A_Review_of_the_English_Literature
28. Messiah EL, Chen CY, Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2007 Sep [cited 2024 Nov 7];30(3):323–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17720026/>
29. Cooper R, Blashfield RK. Re-evaluating DSM-I. *Psychol Med* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2024 Nov 7];46(3):449–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26470724/>
30. Bhati MT. Defining psychosis: the evolution of DSM-5 schizophrenia spectrum disorders. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2013 Nov [cited 2024 Nov 8];15(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24057160/>

31. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. The psychosis epidemiology in Turkey: A systematic review on prevalence estimates and admission rates. *Türk Psikiyatri Dergisi* [Internet]. 2011 [cited 2024 Nov 8];22(1):40–52. Available from: https://www.researchgate.net/publication/50229331_The_psychosis_epidemiology_in_Turkey_A_systematic_review_on_prevalence_estimates_and_admission_rates
32. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2008 Nov [cited 2024 Nov 8];30(1):67–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18480098/>
33. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet* [Internet]. 2022 Jan 29 [cited 2024 Nov 8];399(10323):473–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35093231/>
34. T R, J L. Schizophrenia: An Overview. *Focus (Am Psychiatr Publ)* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2024 Nov 8];14(3):77–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31975810/>
35. Häfner H, An Der Heiden W, Behrens S, Gattaz WF, Hambrecht M, Löffler W, et al. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 1998 [cited 2024 Nov 8];24(1):99–113. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9502549/>
36. Sham PC, MacLean CJ, Kendler KS. A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1994 [cited 2024 Nov 8];89(2):135–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8178665/>
37. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* [Internet]. 1996 [cited 2024 Dec 7];22(2):283–303. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8782287/>
38. Beiser M, Erickson D, Fleming JAE, Iacono WG. Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1993 [cited 2024 Dec 7];150(9):1349–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8352345/>
39. Hafner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1993 [cited 2024 Dec 7];162(JAN.):80–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8425144/>
40. Addington J. The prodromal stage of psychotic illness: Observation, detection or intervention? *Journal of Psychiatry and Neuroscience* [Internet]. 2003 [cited 2024 Dec 7];28(2):93. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC161730/>

41. Schaffner KF, McGorry PD. Preventing severe mental illnesses--new prospects and ethical challenges. *Schizophr Res* [Internet]. 2001 Aug 1 [cited 2024 Dec 7];51(1):3–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11479061/>
42. Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A, Avila A, Brandizzi M, Caverzasi E, et al. Disorder, not just state of risk: Meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2025 Apr 8];207(3):198–206. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/disorder-not-just-state-of-risk-metaanalysis-of-functioning-and-quality-of-life-in-people-at-high-risk-of-psychosis/5CCC86F0E738D0C1D7ABFFDF2CF9AF9D>
43. McGorry PD, Yung A, Phillips L. Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophr Res* [Internet]. 2001 Aug 1 [cited 2024 Dec 7];51(1):17–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11479062/>
44. Larson MK, Walker EF, Compton MT. Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2010 Aug [cited 2025 Apr 8];10(8):1347. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2930984/>
45. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2025 Apr 8];30(3):405–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25735810/>
46. Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2005 Nov [cited 2024 Dec 7];39(11–12):964–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16343296/>
47. Nelson B, McGorry P. The Prodrome of Psychotic Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2024 Dec 7];29(1):57–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31708053/>
48. Tonyali A, Karaçetin G, Kanik A, Ertaş E, Karabağ U, Umut Ö, et al. Turkish Version of Structured Interview of Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) and Proposal of a Brief Version of SIPS as a Pretest Risk Enrichment. *Arch Neuropsychiatry* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 2];59:139–46. Available from: <https://doi.org/10.29399/npa.27793>

49. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, et al. Prediction of psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 1998 Jun [cited 2024 Dec 7];172(S33):14–20. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/prediction-of-psychosis/805002824080DDDE516A333202495BB7>
50. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Somjee L, Markovich PJ, Stein K, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2002 [cited 2024 Dec 7];159(5):863–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11986145/>
51. Salazar De Pablo G, Catalan A, Fusar-Poli P. Clinical Validity of DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome: Advances in Diagnosis, Prognosis, and Treatment. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Apr 8];77(3):311–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31746950/>
52. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013 May 22;
53. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.
54. Van Os J, Rutten BP, Myin-Germeys I, Delespaul P, Viechtbauer W, Van Zelst C, et al. Identifying gene-environment interactions in schizophrenia: contemporary challenges for integrated, large-scale investigations. *Schizophr Bull* [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 5];40(4):729–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24860087/>
55. Riley B, Kendler KS. Molecular genetic studies of schizophrenia. *Eur J Hum Genet* [Internet]. 2006 Jun [cited 2024 Nov 8];14(6):669–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16721403/>
56. McDonald C, Murphy KC. The new genetics of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2003 Mar [cited 2024 Nov 8];26(1):41–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12683259/>
57. Häfner H, Maurer K, Löffler W, An Der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Hambrecht M, et al. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 1998 Aug [cited 2024 Nov 9];33(8):380–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9708025/>

58. Stone WS, Phillips MR, Yang LH, Kegeles LS, Susser ES, Lieberman JA. Neurodegenerative model of schizophrenia: Growing evidence to support a revisit. *Schizophr Res* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2024 Nov 9];243:154. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9189010/>
59. Archer T. Neurodegeneration in schizophrenia. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2010 [cited 2024 Nov 9];10(7):1131–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20586693/>
60. Nucifora LG, MacDonald ML, Lee BJ, Peters ME, Norris AL, Orsburn BC, et al. Increased Protein Insolubility in Brains From a Subset of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 9];176(9):730–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31055969/>
61. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* [Internet]. 2017 Jun 30 [cited 2024 Nov 9];26(2):251–67. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/aktd/issue/28479/303574>
62. Birnbaum R, Weinberger DR. The Genesis of Schizophrenia: An Origin Story. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240305> [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2024 Nov 9];181(6):482–92. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.20240305>
63. Kochunov P, Hong LE. Neurodevelopmental and Neurodegenerative Models of Schizophrenia: White Matter at the Center Stage. *Schizophr Bull* [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 9];40(4):721. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4059450/>
64. Kaufmann T, van der Meer D, Doan NT, Schwarz E, Lund MJ, Agartz I, et al. Common brain disorders are associated with heritable patterns of apparent aging of the brain. *Nature Neuroscience* 2019 22:10 [Internet]. 2019 Sep 24 [cited 2024 Nov 9];22(10):1617–23. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41593-019-0471-7>
65. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 2019 Oct 31;381(18):1753–61.
66. Howes OD, Kapur S. The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway. *Schizophr Bull* [Internet]. 2009 May [cited 2024 Dec 1];35(3):549. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2669582/>
67. Carlsson A, Lindqvist M. EFFECT OF CHLORPROMAZINE OR HALOPERIDOL ON FORMATION OF 3METHOXYTYRAMINE AND NORMETANEPHRINE IN MOUSE BRAIN. *Acta Pharmacol Toxicol (Copenh)* [Internet]. 1963 [cited 2024 Dec 1];20(2):140–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14060771/>

68. Carlsson A, Lindqvist M, Magnusson T. 3,4-Dihydroxyphenylalanine and 5-hydroxytryptophan as reserpine antagonists. *Nature* [Internet]. 1957 [cited 2024 Dec 1];180(4596):1200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13483658/>
69. Lieberman JA, Kane JM, Alvir J. Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 1987 Apr [cited 2024 Dec 1];91(4):415–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2884687/>
70. Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1991 [cited 2024 Dec 1];148(11):1474–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1681750/>
71. Kim JS, Kornhuber HH, Schmid-Burgk W, Holzmüller B. Low cerebrospinal fluid glutamate in schizophrenic patients and a new hypothesis on schizophrenia. *Neurosci Lett*. 1980 Dec 1;20(3):379–82.
72. Egerton A, Grace AA, Stone J, Bossong MG, Sand M, McGuire P. Glutamate in schizophrenia: Neurodevelopmental perspectives and drug development. *Schizophr Res* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2024 Nov 11];223:59–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33071070/>
73. Luby ED, Cohen BD, Rosenbaum G, Gottlieb JS, Kelley R. Study of a new schizophrenomimetic drug; sernyl. *AMA Arch Neurol Psychiatry* [Internet]. 1959 [cited 2024 Nov 11];81(3):363–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13626287/>
74. Berry SC, Lodge D. Benz(f)isoquinolines as excitatory amino acid antagonists: an indication of their mechanism of action? *Biochem Pharmacol* [Internet]. 1984 Dec 1 [cited 2024 Nov 11];33(23):3829–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6548916/>
75. Olney JW, Labruyere J, Price MT. Pathological changes induced in cerebrocortical neurons by phencyclidine and related drugs. *Science* [Internet]. 1989 [cited 2024 Nov 11];244(4910):1360–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2660263/>
76. Eggers AE. Extending David Horrobin’s membrane phospholipid theory of schizophrenia: overactivity of cytosolic phospholipase A(2) in the brain is caused by overdrive of coupled serotonergic 5HT(2A/2C) receptors in response to stress. *Med Hypotheses* [Internet]. 2012 Dec [cited 2024 Nov 12];79(6):740–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22986004/>
77. Eggers AE. A serotonin hypothesis of schizophrenia. *Med Hypotheses* [Internet]. 2013 Jun [cited 2024 Nov 12];80(6):791–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23557849/>

78. Benes FM, Lim B, Matzilevich D, Walsh JP, Subburaju S, Minns M. Regulation of the GABA cell phenotype in hippocampus of schizophrenics and bipolars. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2007 Jun 12 [cited 2024 Nov 13];104(24):10164–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17553960/>
79. R. Atack J. GABAA receptor subtype-selective modulators. I. $\alpha 2/\alpha 3$ -selective agonists as non-sedating anxiolytics. *Curr Top Med Chem* [Internet]. 2011 Apr 18 [cited 2024 Nov 13];11(9):1176–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21050172/>
80. Kumar V, Vajawat B, Rao NP. Frontal GABA in schizophrenia: A meta-analysis of 1H-MRS studies. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 13];22(1):1–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32067569/>
81. Ursini G, Punzi G, Chen Q, Marengo S, Robinson JF, Porcelli A, et al. Convergence of placenta biology and genetic risk for schizophrenia article. *Nat Med* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2024 Dec 10];24(6):792–801. Available from: https://www.researchgate.net/publication/325403547_Convergence_of_placenta_biology_and_genetic_risk_for_schizophrenia
82. Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobów TM, Rabe-Jabłońska J. Obstetric complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 10];35(4):249–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11578643/>
83. Russo DA, Stochl J, Painter M, Dobler V, Jackson E, Jones PB, et al. Trauma history characteristics associated with mental states at clinical high risk for psychosis. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014 Dec 15 [cited 2024 Dec 10];220(1–2):237–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25200190/>
84. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2007 May [cited 2024 Dec 10];27(4):494–510. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17240501/>
85. ADALETLİ H. Ergenlik Döneminde Madde Kullanımı ve Psikoz. *Turkiye Klinikleri Child Psychiatry - Special Topics* [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 10];1(3):31–8. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-ergenlik-doneminde-madde-kullanimi-ve-psikoz-74372.html>
86. McGrath J, Welham J, Scott J, Varghese D, Degenhardt L, Hayatbakhsh MR, et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010 May [cited 2024 Dec 10];67(5):440–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20194820/>

87. Arunogiri S, Foulds JA, McKetin R, Lubman DI. A systematic review of risk factors for methamphetamine-associated psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2024 Dec 10];52(6):514–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29338289/>
88. Posner MI, Petersen SE. The attention system of the human brain. *Annu Rev Neurosci* [Internet]. 1990 Mar [cited 2024 Dec 28];13(1):25–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2183676/>
89. Winton-Brown TT, Fusar-Poli P, Ungless MA, Howes OD. Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis. *Trends Neurosci* [Internet]. 2014 Feb [cited 2024 Dec 28];37(2):85–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24388426/>
90. Kesby JP, Murray GK, Knolle F. Neural Circuitry of Salience and Reward Processing in Psychosis. *Biological Psychiatry Global Open Science* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Dec 28];3(1):33. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9874126/>
91. Haber SN. The primate basal ganglia: parallel and integrative networks. *J Chem Neuroanat.* 2003 Dec 1;26(4):317–30.
92. Miller R. Major psychosis and dopamine: Controversial features and some suggestions. *Psychol Med.* 1984;14(4):779–89.
93. Gray JA. Précis of The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. *Behavioral and Brain Sciences* [Internet]. 1982 [cited 2024 Dec 19];5(3):469–84. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/abs/precis-of-the-neuropsychology-of-anxiety-an-enquiry-into-the-functions-of-the-septohippocampal-system/C26E3C1331D2F503EC7FC13D2B51D092>
94. Beninger RJ. The role of dopamine in locomotor activity and learning. *Brain Res* [Internet]. 1983 [cited 2024 Dec 11];287(2):173–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6357357/>
95. McKenna PJ. Pathology, phenomenology and the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1987 [cited 2024 Dec 28];151(SEPT.):288–301. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3322465/>
96. Berridge KC, Robinson TE. What is the role of dopamine in reward: Hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Res Rev* [Internet]. 1998 Dec [cited 2024 Nov 13];28(3):309–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9858756/>
97. Kakade S, Dayan P. Dopamine: generalization and bonuses. *Neural Netw* [Internet]. 2002 [cited 2024 Nov 13];15(4–6):549–59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12371511/>

98. Schultz W. Predictive reward signal of dopamine neurons. *J Neurophysiol* [Internet]. 1998 [cited 2024 Nov 13];80(1):1–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9658025/>
99. Berridge KC. The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2007 Apr [cited 2024 Nov 14];191(3):391–431. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17072591/>
100. Kapur S, Mizrahi R, Li M. From dopamine to salience to psychosis--linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophr Res* [Internet]. 2005 Nov 1 [cited 2024 Nov 13];79(1):59–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16005191/>
101. Roiser JP, Stephan KE, Den Ouden HEM, Barnes TRE, Friston KJ, Joyce EM. Do patients with schizophrenia exhibit aberrant salience? *Psychol Med*. 2009 Feb;39(2):199–209.
102. Kapur S. How antipsychotics become anti-"psychotic"--from dopamine to salience to psychosis. *Trends Pharmacol Sci* [Internet]. 2004 Aug 1 [cited 2024 Nov 14];25(8):402–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15276708/>
103. Bowers MB, Freedman DX. "Psychedelic" experiences in acute psychoses. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1966 [cited 2024 Jan 23];15(3):240–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5911238/>
104. Bunzeck N, Düz el E. Absolute coding of stimulus novelty in the human substantia nigra/VTA. *Neuron* [Internet]. 2006 Aug 3 [cited 2024 Nov 14];51(3):369–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16880131/>
105. Schultz W, Dayan P, Montague PR. A neural substrate of prediction and reward. *Science* [Internet]. 1997 [cited 2024 Nov 14];275(5306):1593–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9054347/>
106. Redgrave P, Gurney K. The short-latency dopamine signal: a role in discovering novel actions? *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2006 Dec [cited 2024 Nov 14];7(12):967–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17115078/>
107. Wittmann BC, Bunzeck N, Dolan RJ, Düz el E. Anticipation of novelty recruits reward system and hippocampus while promoting recollection. *Neuroimage* [Internet]. 2007 Oct 15 [cited 2024 Nov 14];38(1):194–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17764976/>
108. Van Os J. "Salience syndrome" replaces "schizophrenia" in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2009 Nov [cited 2024 Dec 28];120(5):363–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19807717/>

109. Demidenko MI, Weigard AS, Ganesan K, Jang H, Jahn A, Huntley ED, et al. Interactions between methodological and interindividual variability: How Monetary Incentive Delay (MID) task contrast maps vary and impact associations with behavior. *Brain Behav* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 Jan 5];11(5):e02093. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8119872/>
110. Jensen J, Kapur S. Salience and psychosis: moving from theory to practise. *Psychol Med* [Internet]. 2009 [cited 2025 Jan 5];39(2):197–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18694541/>
111. Knutson B, Westdorp A, Kaiser E, Hommer D. FMRI visualization of brain activity during a monetary incentive delay task. *Neuroimage* [Internet]. 2000 [cited 2025 Jan 5];12(1):20–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10875899/>
112. Fisher DA, Princic N, Miller-Wilson LA, Wilson K, Limburg P. Healthcare costs of colorectal cancer screening and events following colonoscopy among commercially insured average-risk adults in the United States. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 22];38(3):427–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34918589/>
113. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* [Internet]. 2004 Sep 1 [cited 2024 Dec 8];30(3):211–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/uutfd/issue/35255/391149>
114. Şencan Hüner. *Güvenirlik ve Geçerlilik*. 2005.
115. Clark LA, Watson D. Constructing Validity: New Developments in Creating Objective Measuring Instruments. *Psychol Assess* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2024 Dec 8];31(12):1412. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6754793/>
116. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull* [Internet]. 1955 Jul [cited 2024 Dec 8];52(4):281–302. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13245896/>
117. Büyüköztürk YrdDoçDrŞ. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* [Internet]. 2002 Mar 1 [cited 2024 Dec 8];32(32):470–83. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kuey/issue/10365/126871>
118. Murat YM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *Istanbul Business Research*. 2017;46(1):74–85.
119. Park SH, Goo JM, Jo CH. Receiver operating characteristic (ROC) curve: practical review for radiologists. *Korean J Radiol* [Internet]. 2004 [cited 2024 Dec 8];5(1):11–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15064554/>

120. Janssens ACJW, Martens FK. Reflection on modern methods: Revisiting the area under the ROC Curve. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2024 Dec 8];49(4):1397–403. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967640/>
121. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Reviews and Overviews Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2005 [cited 2024 May 27];162:3. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org>
122. Cattell RB. The Scientific Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences. *The Scientific Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences*. 1978;
123. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Logistic Regression: Regression with a Binary Dependent Variable. *Multivariate data analysis* [Internet]. 2010 [cited 2024 Jan 23];313–40. Available from: https://books.google.com/books/about/Multivariate_Data_Analysis.html?hl=tr&id=VvXZnQEACAAJ
124. Nunnally J. *Psychometric Theory* (2nd ed), New York: McGraw-Hill. 1978;
125. Everitt BS. Multivariate analysis: the need for data, and other problems. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1975 [cited 2024 Jan 23];126(3):237–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1125504/>
126. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 1987 [cited 2024 May 27];13(2):261–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3616518/>
127. Eckblad M, Chapman LJ. Magical ideation as an indicator of schizotypy. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1983 [cited 2024 Jan 23];51(2):215–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6841765/>
128. Cem Atbaşoğlu E, Kalaycıoğlu C, Nalçacı E. Büyüsel Düşünce Ölçeği'nin Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerindeki Geçerlik ve Güvenilirliği *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(1):31-41.
129. Mortan Sevi O, Ustamehmetoğlu F, Gülen M, Zeybek Z, Üyesi Ö, Üniversitesi İktisadi B, et al. Toplumda Psikişik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerliliği. [cited 2024 Jun 5]; Available from: www.yenisymposium.com
130. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1976 [cited 2024 Jun 5];33(6):766–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/938196/>

131. Köhler O, Horsdal HT, Baandrup L, Mors O, Gasse C. Association between Global Assessment of Functioning scores and indicators of functioning, severity, and prognosis in first-time schizophrenia. *Clin Epidemiol* [Internet]. 2016 Sep 2 [cited 2024 Jun 5];8:323–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27660490/>
132. Rodríguez-Testal JF, Fuentes-Márquez S, Senín-Calderón C, Fernández-León S, Ceballos Munuera C, Perona-Garcelán S, et al. Validation of the aberrant salience inventory in a general and clinical Spanish population. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2024 Jul 9];118. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36049352/>
133. Raballo A, Cicero DC, Kerns JG, Sanna S, Pintus M, Agartz I, et al. Tracking salience in young people: A psychometric field test of the Aberrant Salience Inventory (ASI). *Early Interv Psychiatry*. 2019 Feb 1;13(1):64–72.
134. Kaiser HF, Rice J. Little Jiffy, Mark Iv. *Educ Psychol Meas*. 1974 Apr;34(1):111–7.
135. Bartlett, S. M. Properties of Sufficiency and Statistical Tests. *RSPSA* [Internet]. 1937 May 18 [cited 2025 Feb 15];160(901):268–82. Available from: <https://ui.adsabs.harvard.edu/abs/1937RSPSA.160..268B/abstract>
136. Hair J, Black W, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis* (7th ed. 2009);
137. Pelizza L, Azzali S, Garlassi S, Scazza I, Paterlini F, Chiri LR, et al. Assessing aberrant salience in young community help-seekers with early psychosis: The approved Italian version of the Aberrant Salience Inventory. *J Clin Psychol* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2025 Feb 15];77(3):782–803. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33027536/>
138. Taber KS. The Use of Cronbach’s Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ*. 2018 Dec 1;48(6):1273–96.
139. Lelli L, Godini L, Lo Sauro C, Pietrini F, Spadafora M, Talamba GA, et al. Validation of the Italian Version of the Aberrant Salience Inventory (ASI): a New Measure of Psychosis Proneness Validazione della Versione italiana dell’Aberrant Salience Inventory (ASI): una nuova misura per la vulnerabilità alla psicosi. *Assessment and instruments in psychopathology Journal of Psychopathology*. 2015;21:281–6.
140. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*, Ankara: Pegem A Yayıncılık [Internet]. 2007 [cited 2025 Feb 22]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ilkonline/issue/8602/107147>
141. Scazza I, Pelizza L, Azzali S, Garlassi S, Paterlini F, Chiri LR, et al. Aberrant salience in first-episode psychosis: Longitudinal stability and treatment-response. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Mar 30];16(8):912–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34786863/>

142. Pugliese V, de Filippis R, Aloï M, Rotella P, Carbone EA, Gaetano R, et al. Aberrant salience correlates with psychotic dimensions in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Mar 28];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35786401/>
143. Vaidya BP, Shenoy S, Praharaj SK. Aberrant salience in acute versus chronic schizophrenia: Do medication and positive symptoms make a difference? *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2024 Sep 1 [cited 2025 Mar 30];66(9):788. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11534132/>
144. O'Tuathaigh CMP, Dawes C, Bickerdike A, Duggan E, O'Neill C, Waddington JL, et al. Does cannabis use predict psychometric schizotypy via aberrant salience? *Schizophr Res* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2025 Feb 22];220:194–200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32273148/>