

2017

UZMANLIK TEZİ

Şükrü Alperen KORKMAZ



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SONUCA ATLAMA YANLILIĞININ, PARANOİD ŞİZOFRENİ
TANILI HASTALARLA NON-PARANOİD ŞİZOFRENİ,
ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALAR VE
SAĞLIKLI BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

ŞÜKRÜ ALPEREN KORKMAZ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

ANKARA, 2017

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**SONUCA ATLAMA YANLILIĞININ, PARANOİD
ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARLA NON-PARANOİD
ŞİZOFRENİ, ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI
HASTALAR VE SAĞLIKLI BİREYLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

ŞÜKRÜ ALPEREN KORKMAZ

Danışman

Doç. Dr. SERDAR S. CAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

ANKARA, 2017

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

SONUCA ATLAMA YANLILIĞININ, PARANOİD ŞİZOFRENİ TANILI
HASTALARLA NON-PARANOİD ŞİZOFRENİ, ANKSİYETE BOZUKLUĞU
TANILI HASTALAR VE SAĞLIKLI BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Şükrü Alperen KORKMAZ

Uzmanlık Tezi

Tez Savunma Sınav Tarihi

14.06.2017

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Serdar Süleyman CAN

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ

Doç. Dr. Semra Ulusoy KAYMAK

Doç. Dr. Serdar Süleyman CAN

Bu tezin Uzmanlık derecesi için gereken tüm şartları sağladığımı tasdik ederim.

A Korkmaz

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
14.06.2017

Şükrü Alperen KORKMAZ

A Korkmaz

*“Bilimi kendine kılavuz edinen herkese,
ve biricik aileme ithaf ediyorum.”*

TEŞEKKÜR

Dört yılından uzun süredir asistanlık görevimi yürüttüğüm kliniğimizdeki herkese aslında tek tek teşekkür etmem gerektiğini biliyorum. Çünkü kliniğimizdeki tüm hocalarımın, uzman abi-ablalarımın, asistan arkadaşlarımın, psikologların, hemşirelerin, personelin, sekreterin, güvenlik görevlilerin eğitimimde kıymetli yardım ve destekleri oldu. Herkese minnettarım. Bu tek bir sayfa duyduğum minnet duygusunu anlatmaya yetmeyecektir.

Başta tabii ki kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Ali Çayköylü'nün vermeye çalıştığı bilimsel eğitimin yanında etik ve ahlaki değerlerin önemini birçok defa hatırlatmasının, bizler için hem ödev hem de sorumluluk olduğunu vurgulamasının gelişimim açısından önemi tarifsizdir. Kendilerine sonsuz teşekkürler. Tezi hazırlama dönemimde beni her anlamda özgün bırakan, her anlamda destekleyen, rasyonel önerileriyle tezimi kolaylıkla bitirebilmemi sağlayan, yardımlarını asistanlığım sürecinde hiçbir zaman esirgemeyen sevgili hocam Doç. Dr. Serdar Süleyman Can'a; bilimselliği hayatının her alanına yayma becerisi kazanmış, bu becerileri bana katma konusunda da özverili yapılarından ve bana her zaman güvendiklerini hissettiğim, sonsuz destek ve yardımlarından dolayı sevgili hocalarım Doç. Dr. Semra Ulusoy Kaymak'a, Doç. Dr. Görkem Karakaş Uğurlu'ya, Doç. Dr. Murat İlhan Atagün'e ve Dr. Mustafa Uğurlu'ya teşekkürlerimi sunmak gönül borcumdur.

Asistanlığa başladıkları ilk günlerinden beri dost, kardeş, yol arkadaşım olan, her anlamda beni destekleyen, aslında benim için çalışma arkadaşlığından öte olan sevgili Dr. Çağlar Soykan ve Dr. Yasin Duman'a özel olarak teşekkür etmek istiyorum.

Asistanlık süresi boyunca birlikte güzel anılar biriktirdiğimiz, birbirimize destek olduğumuz ve bilimsel aktarımlarda bulunduğumuz sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Zuhâl Apaydın'a, Dr. Ayşegül Kul'a, Dr. Meryem Kaşak'a, Dr. Aygün Yusifova'ya, Dr. Tuğça Akçaer'e, Dr. Oğuz Peker'e ve Dr. Mustafa Karaağaç'a teşekkürlerimi sunarım. Yeni başladığım dönemde desteklerinden dolayı kıdemlilerim sayın Dr. Dicle Yenilmez'e ve Dr. Selcen Çakmak'a da ayrıca teşekkür ederim. Tezimdeki bilişsel testler konusunda yardımını esirgemeyen ve destekleyen sevgili Psk. Seda Norçin'e de katkılarından dolayı teşekkürler. Sevgili Psk. Münire Kaplan ve Sorumlu Hemşiremiz Sevgili Sevin Erdilmen'e de her türlü yardım ve katkılardan dolayı teşekkürlerimi sunarım.

En kıymetli katkıları sadece tez sürecinde değil; birçok anlamda sunan, manevi destekleriyle beni her daim ayakta tutmaya çalışan sevgili Dr. Büşra Yürümez'e teşekkürlerin en büyüğünü sunarım.

Ş. Alperen Korkmaz
Ankara, Haziran, 2017

İÇİNDEKİLER

ÖZET	III
ABSTRACT	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sanrı Kavramı	4
2.1.1. Sanrının Tanımı ve Tariçesi.....	4
2.1.2. Kötülük Görme Sanrılarının Tanımı ve Tariçesi	8
2.2. Sanrılarının Bilişsel Modeli.....	11
2.2.1. Kötülük Görme Sanrılarının Bilişsel Modeli.....	13
2.3.Kötülük Görme Sanrılarının Diğeri Sanrılardan Klinik Farklılıkları	16
2.4. Anksiyete Kavramı ve Kuramlar.....	18
2.5. Sanrılarının Anksiyete ile İlişkisi	20
2.6. Sanrılar ve Akıl Yürütme Yanlılığı -JTC-.....	21
2.6.1. Sanrılarla ilgili JTC Çalışmaları.....	23
2.7. Bilişsel Fonksiyonlar ve JTC Yanlılığı.....	24
3. MATERYAL VE YÖNTEM	30
3.1. Örnekleme	30
3.2. Dizayn ve Prosedür	32

3.3. Veri Toplama Araçları.....	32
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	57
5.1 Tezin Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları.	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
7. KAYNAKLAR.....	66
8. EKLER.....	87
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	87
EK-2. LKT ^{DX} Yetişkin Kayıt Formu.....	89
EK-3. BPRS Ölçeği.....	90
EK-4. SANS Ölçeği.....	91
EK-5. SAPS Ölçeği.....	92
EK-6. HAM-A Ölçeği.....	93
EK-7. HAM-D Ölçeği.....	94
EK-8. CDÖ Ölçeği.....	95
EK-9. BIS-11 Ölçeği.....	97
EK-10. Etik Kurul Raporu.....	98
EK-11. Özgeçmiş.....	99

ÖZET

Sonuca Atlama Yanlılığının, Paranoid Şizofreni Tanılı Hastalarla Non-Paranoid Şizofreni, Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastalar ve Sağlıklı Bireylerle Karşılaştırılması

Amaç: Belirsizlik durumlarında sanrılı bireyler daha az bilgi kullanarak sonuca varırlar. Buna sonuca atlama yanlılığı denilmektedir. Bu tezde paranoid şizofreni, non-paranoid şizofreni ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalar ve sağlıklı gönüllerin sonuca atlama yanlılığı bakımından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca sonuca atlama yanlılığını etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

Methodoloji: Çalışmaya 35 paranoid şizofreni, 31 non-paranoid şizofreni, 31 yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hasta ve 31 sağlıklı gönüllü alındı. Tüm katılımcıların sosyodemografik bilgilerin alınmasının ardından KBT, LKT, BPRS, SANS, HAM-D, HAM-A ve BIS-11 ölçekleri uygulandı. Şizofreni tanılı bireylere ek olarak SAPS ve CDÖ ölçekleri de uygulandı. İstatistik değerlendirmeleri SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: KBT 60/40 versiyonunda paranoid şizofreni hastaları kontrol grubundan anlamlı olarak daha az sayıda boncuk çekerek karar vermişlerdir ($F_{(3-124)}=3.495, p<.05$). Paranoid şizofreni grubuyla sağlıklı gönüllüler arasında KBT 90/10 JTC ($X^2=8.989, p<.05$) ve KBT 60/40 JTC ($X^2=9.394, p<.05$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Paranoid şizofreni tanılılarda KBT 60/40 versiyonuna göre sonuca atlama yanlılığı olanlar (Sıra Ort.=21.91) olmayanlara (Sıra Ort.= 14.71) göre anlamlı olarak daha fazla toplam sanrı puanlarına sahiptir. Şizofreni tanılı bireylerde JTC yanlılığını etkileyen etmenler incelendiğinde, KBT 90/10 versiyonunda toplam SANS ve yaş arttıkça; HAM-A ve öğretim yılı azaldıkça JTC yanlılığı artmaktadır. KBT 60/40 versiyonunda ise toplam SAPS, BIS-NP ve yaş arttıkça; aksine BIS-M azaldıkça JTC yanlılığı artmaktadır.

Sonuç: Paranoid şizofreni tanılı bireylerde sağlıklı bireylere göre daha fazla sonuca atlama yanlılığı mevcuttur. Bununla birlikte bu grupta sanrı şiddeti arttıkça JTC yanlılığının arttığı görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde JTC yanlılığını etkileyen faktörler koşulun değişmesi ile değişmektedir. Daha belirli koşullarda negatif belirtiler JTC yanlılığını etkilerken daha belirsiz koşullarda ise pozitif belirtiler etkilemektedir. Ayrıca dürtüselliğin de JTC yanlılığını etkilediği söylenebilir. JTC yanlılığın psikotik bozukluklarda prognoza veya tedavilerin JTC yanlılığına etkisinin incelenmesi için uzunlamasına izlem çalışmaları yapılması, JTC yanlılığının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: akıl yürütme yanlılığı, bilgi toplama yanlılığı, kavanozda boncuk testi, Londra kulesi testi, olasılıksal akıl yürütme görevi, sanrı, sonuca atlama yanlılığı, şizofreni.

ABSTRACT

A Comparison of Jumping to Conclusion Bias Between Patients with Paranoid Schizophrenia, Non-Paranoid Schizophrenia or Anxiety Disorder and Healthy Individuals

Introduction and Aim: Patients with delusions reach a conclusion by using less information in uncertain conditions. This is called “jumping to conclusion bias”. In this thesis, it is aimed to compare jumping to conclusion bias between patients with paranoid schizophrenia, non-paranoid schizophrenia or anxiety disorder and healthy individuals. Additionally, we aim to discover the factors that influence jumping to conclusion bias.

Material and Methods: 35 patients with paranoid schizophrenia, 31 patients with non-paranoid schizophrenia, 31 patients with anxiety disorder and 31 healthy volunteers were included in this study. Firstly, the sociodemographic characteristics of all participants were recorded, then, KBT, LKT, BPRS, SANS, HAM-D, HAM-A and BIS-11 scales were performed. Patients with schizophrenia were also evaluated with SAPS and CDO scales.

Results: Patients with paranoid schizophrenia made decisions after drawing fewer beads than patients in the control group in KBT 60/40 ($F_{(3-124)}=3.495$, $p<.05$). There was significance concerning the KBT 90/10 JTC ($X^2=8.989$, $p<.05$) and KBT 60/40 JTC ($X^2=9.394$, $p<.05$) between the paranoid schizophrenia patient group and the healthy group. Moreover, in the paranoid schizophrenia group, those patients who had jumping to conclusion bias (median=21.29) had significantly higher total delusions scores than patients (mean= 14.71) who had no jumping to conclusion bias according to the KBT 60/40 version. When the factors that influence JTC bias were researched in the paranoid schizophrenia group, it was determined that JTC bias was increased if total SANS and age were increased and if HAM-A and academic year were decreased in the KBT 90/10 version. However, in the KBT 60/40 version, if the total SAPS, BIS-NP and age were increased and BIS-M was decreased JTC bias was found to be increased.

Conclusion: Patients with paranoid schizophrenia have more JTC bias than healthy people. Additionally, in this group, it was seen that JTC bias is increased in relation to an increase in delusions severity. There are other factors that influence JTC bias change if the conditions are changed. Negative symptoms influence JTC bias in more certain conditions, whereas positive symptoms influence in more uncertain conditions. Moreover, impulsivity can be said to influence JTC bias. If long term studies about the effects of JTC bias on the prognosis and treatments of psychotic disorders are performed then we should have a better understanding of JTC bias.

Keywords: bears in jar test, data-gathering bias, delusion, jumping to conclusion bias, probabilistic reasoning task, reasoning bias, schizophrenia, tower of London task

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

JTC	: Sonuca atlama
KBT	: Kavanozda Boncuk Testi
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel Elkitabı
Örn.	: Örneğin
PŞ	: Paranoid şizofreni
NFC	: Tamamlanma ihtiyacı
DtD	: Karar vermek için çekilen boncuk sayısı
EU	: Emosyonel uyaranlı
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
IQ	: Zeka düzeyi
LKT	: Londra Kulesi Testi
LKT ^{DX}	: Londra Kulesi Testi, Drexler Üniversitesi Versiyonu
DB	: Düşünce bozukluğu
ÇB	: Çekilme belirtileri
AD	: Anksiyete/Depresyon
HD	: Hostil davranışlar
EB	: Etkinlik belirtileri
BPRS	: Kısa Psikiyatri Değerlendirme Ölçeği
SANS	: Negatif Belirtiler Ölçeği
SAPS	: Pozitif Belirtiler Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği
CDÖ	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
BIS-11	: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11
BIS-M	: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11, motor alt ölçeği
BIS-NP	: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11, plan yapmama alt ölçeği
BIS-D	: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11, dikkatsizlik alt ölçeği
D/Y 90/10	: KBT 90/10 versiyonunda seçilen kavanozu doğru-yanlış bilme görevi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Paranoya hiyerarşisi.....	22
--------------------------------------	----



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Sanrının karakteristik özellikleri	6
Tablo 2.2. Freeman & Garety'nin kötülük görme sanrısı kriterleri.....	10
Tablo 2.3. JTC çalışmaları.....	26
Tablo 4.1. Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler	40
Tablo 4.2. Hasta gruplarına ait hastalık özellikleri.....	41
Tablo 4.3. Grupların ölçek puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları	42
Tablo 4.4. Grupların bilişsel testlerin ortalamaları ve standart sapmaları.....	44
Tablo 4.5. Elde edilen ölçek puanları açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları	45
Tablo 4.6. Bilişsel testlerden elde edilen puanlar açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları	48
Tablo 4.7. KBT 90/10 ve 60/40 versiyonlarında JTC oranları.....	50
Tablo 4.8. Paranoid şizofreni grubunda KBT 60/40 versiyonunda sonuca atlama yanlılığı olan ve olmayanların uygulanan testler ve hastalık özellikleri açısından karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.9. Paranoid şizofreni grubunda LKT ve KBT testleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki	54
Tablo 4.10. Yaygın Anksiyete grubunda LKT ve KBT testleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki.....	55
Tablo 4.11. Şizofreni tanılılarda KBT 90/10 versiyonunda JTC yanlılığına neden olan etmenleri belirlemek için yapılan logistik regresyon analizi.....	56
Tablo 4.12. Şizofreni tanılılarda KBT 60/40 versiyonunda JTC yanlılığına neden olan etmenleri belirlemek için yapılan logistik regresyon analizi	56

1. GİRİŞ

“Düşüncelerdeki şüpheler, kuşlar arasındaki yarasalara benzer, onlar alacakaranlıkta bile uçabilirler. Bu şüpheler kesinlikle bastırılabilir veya en azından denetlenebilir; ancak zihni bulandırdığı için arkadaşları kaybettirir ve işleri kontrol altına alır; bu yüzden işler mevcut haliyle ve değişmeksizin devam edemez. Kralları titanlığa, eşleri kıskançlığa, bilge adamları kararsızlığa ve melankoliye sürükler. Onlar kusurdur, kalpte değil beyindedirler.” -Francis Bacon, 1612 (1)

Bacon'un yüzyıllar önce kuşularla ilgili kaleme aldığı bu yazı, modern bilimde halen geçerliliğini korumaktadır. Bahsedilen bu düşünceler, aksi kanıtlara rağmen sabit, değiştirilemeyen, kesin olduğuna inanılan bir durumda sanrı olarak kabul edilmektedir (2). Sanrı, psikoz belirtileri arasında en sık görülenidir ve psikoz da şizofrenin en ön önemli boyutudur. Şizofreni tanılı hastalarının pek çoğunun antipsikotik tedaviye yanıtı zayıftır (3,4) ve hastaların yaklaşık %50'sinde ilk psikotik atağın yatışmasının ardından sanrılar devam eder (5). Dolayısıyla sanrılarının oluşumunda ve sürmesindeki etmenlerin belirlenmesi tedavi modellerinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir.

Son 15 yılda sanrılarının bilişsel teorilerine odaklanılarak biyolojik ve fenomenolojik tanımlamaları arasında bağlantı olduğu fark edilmiştir (6). Bu bilişsel teorilerden birisi “akıl yürütme yanlılığı (reasoning bias)” veya son dönemdeki kavramsallaştırılmış haliyle “bilgi toplama yanlılığı (data gathering bias)”dır (7). Bu teoriye göre, belirsizlik durumlarında sanrılı bireyler daha az bilgi kullanarak sonuca varırlar yani ‘sonuca atlarlar’. Buna “sonuca atlama [jumping-to-conclusions (JTC)]” yanlılığı denilmektedir (6,8). Bu bireyler çelişkili veya belirsiz bilgiyi çabucak değerlendirir ve tüm alternatifler göz önünde bulundurulmadan kısıtlı kanıtlarla sonuca ulaşırlar (10). Sonuca ulaşmak için daha az bilgi toplama eğiliminin, sanrılarının oluşumuna ve devam etmesine katkısının olduğu düşünülmektedir (11).

Sonuca atlama yanlılığının varlığı, olasılıklı akıl yürütme görevi [kavanozda boncuk testi (KBT)] kullanılarak pek çok kez gösterilmiştir (12,13,14,15,16). Sanrılı

bireylerin yaklaşık %50'sinin kavanozda boncuk testinin kolay versiyonunda sonuca atlamaktadır (17). Çalışmalarda aktif sanrılı bireylerin, daha önce sanrı öyküsü bulunan hastalar ve sağlıklı gönüllerden daha çok sonuca atladıkları belirlenmiştir (18). Sanrılı bireylerin yanında, remisyonda şizofrenide, yüksek riskli veya sanrıya yatkınlığı olan bireylerde de sonuca atlama yanlılığının olduğu görülmüştür (11,17,19). Ayrıca JTC'nin antipsikotik tedaviyle değişmediği (14,20), fakat ilk atak psikozda kısa-orta dönemde antipsikotik tedaviye yanıt verebildiği (16), iki yıllık gidişatı yordadığı ve sonuca atlayan bireylerde prognozun daha kötü olduğu (21) saptanmıştır. Bu sonuçlarla birlikte tedavi yanıtı için belirteç olabileceği gündeme gelmiştir. Aksine, remisyona ulaşılması ile JTC yanlılığının değişmediğini gösteren (14,22) veya belirtilerden ziyade tanının JTC sürecini etkilediğini ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (23). Takip çalışmalarında da çelişki sonuçlar elde edilmiştir (14,16,20,24). Sonuç olarak, belirtilerin JTC yanlılığı üzerine etkisi tam olarak netliğe kavuşturulamamıştır.

Son yıllarda emosyonların psikoz üzerine etkileriyle ilgili bilgiler giderek artmaktadır (25,26). Psikoz ve nevroz arasında ayırım daralmış ve anksiyete ile paranoya arasında yakın bir ilişki olduğu saptanmıştır. Anksiyete, kötülük görme düşüncelerini ve sanrılarını tetiklemektedir; ayrıca bu düşüncülerin inatçı olmasına da neden olmaktadır (27,28,29,30,31). Psikozlu hastalarda anksiyete eş tanısına da sıklıkla rastlanılmaktadır (32). Aslında psikoz gelişmeden yıllar önce de anksiyete seviyesinin yükseldiği belirlenmiştir (33). Yapılan birçok klinik çalışmada da olguların %60-80'ninde pozitif belirtilerin gözlenmesinden 2-4 hafta önce anksiyete, depresyon ve irritabilite saptanmıştır (34,35). Bunlara ek olarak, anksiyete indüksiyonu sonrası paranoid düşünceler oluşabilmekte ve JTC yanlılığı nötral durumlara göre daha fazla gözlenmektedir (36,37). Sonuç olarak anksiyete, kötülük görmeye ilgili düşüncelerin her döneminde potansiyel olarak rol oynamaktadır ve sanrılarla anksiyete arasında güçlü bir ilişki vardır (30).

JTC yanlılığının nedenlerinden birisinin de nörobilişsel defisitler olduğu öne sürülmektedir (11,17,18,19,38,39,40). KBT esnasında çekilen boncukların akılda tutulması ve her yeni boncuk sonrası olasılığın güncellenmesi gerektiğinden, bilgi toplama ve karar verme süreçleri, yani çalışma belleği test esnasında kullanılmaktadır. Bu yürütücü işlevde bozulma JTC yanlılığında rol oynamaktadır (10,41). Rostral

prefrontal korteks, sağlıklı bireylerde epizodik bellek, çalışma belleği, yargılama, problem çözme esnasında aktive olmaktadır. Şizofreni tanılılarda ise yürütücü işlevler esnasında bu bölge aşırı aktive olmaktadır (42,43,44,45,46). KBT esnasında şizofreni tanımlı bireylerde sağlıklı kontrollere göre bu bölgenin daha farklı aktive olduğu ve bu bölgenin lateral bölümünün aşırı aktivasyonun veya aktivitesinde azalma olmamasının JTC yanlılığı ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (47). Bu bulgular yürütücü işlevlerle JTC yanlılığı arasında ilişki olabileceğini düşündürse de ilişkinin yetersiz olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (12,13,40,48,49).

Bu tezde iki sorunun yanıtı aranmaktadır. Birincisi, paranoid şizofrenili hastalarla paranoid belirtileri olmayan şizofreni, anksiyete bozukluklu hastalar ve sağlıklı gönüllüler arasında JTC yanlılığı bakımından farklılık olup olmadığıdır. Daha önceki çalışmalarda paranoid şizofreni grubuyla paranoid olmayan şizofreni, psikiyatrik tanısı olan karma bir grup ya da sağlıklı gönüllüler ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. Bu tez ile şizofreni tanılılarda kötülük görme sanrısının var olup-olmamasının sonuca atlama yanlılığının nasıl etkilediğinin anlaşılmasının yanısıra, psikotik olmayan bir bozukluk (yaygın anksiyete bozukluğu) ve sağlıklı bireyler ile karşılaştırılarak da JTC yanlılığında psikozun etkisi incelenecektir.

Tezin bir diğer amacı ise JCT yanlılığını etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır. Bu amaçla psikotik, afektif, dürtüsellik ve anksiyete belirtilerinin JTC yanlılığı üzerine etkileri araştırılacaktır. Bu konuyla ilgili literatürdeki bilgilerin yetersiz olduğu düşünülmektedir. Daha önceki çalışmalarda psikotik bulguların JTC yanlılığı ile ilişkisi incelenmişken diğer belirtilerle ilgili veriler kısıtlıdır. Ayrıca bir yan hedef olarak, JTC yanlılığının bilişsel işlevlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. JTC'nin bazı bilişsel işlevlerle ilişkisi araştırılmış olmasına rağmen aslında JTC sürecini etkilemesi muhtemel olan planlama, organize olma, ket vurma ve kurallara uygun hareket edebilme gibi yürütücü işlevlerle ilişkisi hakkında bilgiler yetersizdir. Bu nedenle JTC ile bu yürütücü işlevler arasındaki ilişkinin de araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sanrı Kavramı

Sanrılar, psikozun çekirdek belirtilerden birisidir; en sık görülen psikotik belirtidir ve şizofrenili bireylerin yaklaşık dörtte üçünde bulunmaktadır. Bu belirti bireylere belirgin sıkıntı hissi verir, yaşam kalitelerini bozar ve mevcut tedavilere kısmen yanıt vermektedir (3,50).

Sanrı, yanlış veya olanaksız olmasına rağmen doğru olduğuna kati bir şekilde inanılan düşünce, inanç veya kanaatlerdir. Genel olarak sanrılı düşünceler, inandırıcı gerçekler veya karşıt-savlardan etkilenmez ve uzun süre devam edebilir. Bireylerin davranışlarını açıkça etkileyebilir ancak bu durumun olması şart değildir. Sanrılar en sık psikotik bozukluklarda görülmektedir; bununla birlikte depresif bozukluk, bipolar bozukluk, demanslar gibi başlıca psikiyatrik rahatsızlıklar ve santral sinir sistemini etkileyen alkol, psikoaktif maddeler, ilaçlar veya sistemik hastalıklara bağlı da ortaya çıkabilir (51).

2.1.1 Sanrının Tanımı ve Tarihçesi

Sanrılarla ilgili ilk bilimsel bakış, modern psikiyatrinin babası Kraepelin'den gelmiştir. Kraepelin, şizofreniyi kendi perspektifinden tanımlamaya çalışmış ve bozukluk hakkında pek çok bilgi verirken sanrılara da açıklık getirmeye çalışmıştır. "Dementia praecox" olarak adlandırdığı bozuklukta, sanrılarının bozukluğun temel belirtilerinden birisi olduğunu düşünmüş ve özellikle paranoid alt tipinde sanrılarının önemini vurgulamıştır. Kraepelin sanrılarını günahkarlık, kötülük görme, etkilenme, büyüklük, cinsel ve referans olarak altı temel kategoriye ayırmış ve sanrılarının anormal algısal deneyimlerden ortaya çıktığını varsaymıştır (52).

Psikoanalitik görüşten etkilenen Bleuler, sanrılarını Kraepelin'e benzer şekilde tanımlamış fakat sanrılarının çağrışım ve duygulanım bozukluklarına bağlı olduğunu belirtmiştir (53). Bleuler'e göre sanrılar ikiye ayrılmaktadır: temel sanrılar ve detaylı

sanrılar. Temel sanrılar, duygulanımdan kaynaklanan düşüncelerdir. Bu tip sanrılara kötülük görme, büyüklük veya dini sanrılar verilebilir. Detaylı sanrılar ise hastaların temel sanrılı düşüncelerinin pek çok alana yayılıp etkisini göstermesiyle oluşmaktadır. Örneğin, kötülük görme sanrısı olan bir hastanın yemek yedikten sonra mide ağrısı hissetmesi nedeniyle zehirlendiğine inanmasıdır.

Sanrıları fenomenolojik olarak ilk kez Jaspers tanımlamıştır. Jaspers'e göre sanrılar psikolojik bakımdan indirgenemez ve diğer psikopatolojilerin sonucu olarak anlaşılabilir. Sanrılı birey, olağanüstü düşüncelere sahiptir, düşünceleri deneyimlerden ve karşıt-savlardan etkilenmez; genellikle olanaksız ya da tuhaftır (54). Jaspers ayrıca sanrı benzeri düşüncenin (ikincil sanrılar) aksine gerçek sanrılara (birincil sanrılar) empati yoluyla ulaşılamayacağını ve hastanın özgeçmişi veya kişiliğiyle anlamının mümkün olmadığını; bununla birlikte ikincil sanrılara ruhsal muayene, yaşam koşulları, kişiliğiyle ulaşılabileceğini belirtmiştir (55). Son dönemdeki stresler, hayal kırıklıkları ve olağanüstü yaşam koşullarının ikincil sanrılara zemin hazırladığına, birincil sanrılarının ise akut toplumsal veya duygusal bir sorunun ortasına çıktığına inanmıştır.

Jaspers'le uyum içinde kalmakla birlikte Schneider, sanrıların içeriklerinden ziyade biçimlerine göre tanımlanması gerektiğini ileri sürmüştür. Schneider'e göre tanı koyarken 'ne?' (içerik) değil 'nasıl?' (biçim) sorusu sorulmalıdır. İçeriğe odaklanılması halinde tanıdan uzaklaşıp sadece biyografik veya yoruma açık bir durum halini alır diye düşünmüştür (56). Schneider ayrıca gerçek sanrı ile sanrı benzeri düşünce arasında net bir ayırım yapacak kriter geliştirmek isteyerek 'sanrısız algılama' kavramını ileri sürmüştür. Bu kavrama göre duygusal girdi normal iken yorum sanrısaldır (57).

Spitzer, çağdaş tanısal sistemlerde yer alan sanrı kavramının Jaspers'in formülasyonuna sadık kalınarak oluşturulduğu görüşündedir (58). Sanrılar, tanısal kitaplarda ilk kez 1987'de basılan DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı, 3.baskı)'de yer almıştır. DSM-III'e göre sanrı, kati bir şekilde inanılan ve mantığa uygun olmayan, değişmeyen yanlış düşüncelerdir (59). Ancak daha sonra yapılan çalışmalar neticesinde sanrıların kavramsallaştırılmasıyla ilgili birtakım değişikliklere

gidilmiştir. Bu çalışmalara göre sanrılar boyutsal (inanma düzeyi her zaman mutlak değil ve inanma düzeyinde dalgalanma görülebilir), çok-boyutsal (iyileşme bir takım farklı boyutlardan birisiyle tanımlanabilmesi amacıyla (örn. inanma, zihni meşgul etmesi, sıkıntı vermesi gibi) olarak tanımlanmış ve sanrılarının sabit olduğu ve akıl yürütmeye değişmediğinin her zaman geçerli olmadığı (sanrılı bazı bireylerin akıl yürütebildiği ve çelişkili fikir veya deneyimlere duyarlı olabildiklerinin anlaşılmasıyla) keşfedilmiştir (60,61,62,63,64). Bu bilgiler ışığında DSM-IV (APA 1994)'deki tanımda en azından sanrılara inanma düzeyinde farklılıklar görülebildiği kabul edilmiştir.

Oltmanns, 1988 yılında bir düşüncenin sanrısallık olup olmadığına karar verirken göz önünde bulundurulması gereken birtakım nitelikler tariflemiştir (63).

Tablo 2.1. Sanrının karakteristik özellikleri (Oltmanns'dan, 1988, 63) (Dr. Oltmanns'ın izniyle).

-
- Diğer insanlar, aksi kanıtlarla birlikte bu düşünceyi tümüyle akıl almaz bulur.
 - Bu düşünce başkaları tarafından onaylanmaz.
 - Birey bu düşünceye sıkı sıkıya inanır. Bireyin davranışları bu düşüncenin aksi kanıtlarının gösterilmesine tepkisizdir.
 - Bireyin bu düşüncelerle ilgili zihinsel meşguliyeti olur (bu düşünceye kendini adanmıştır), bu düşünce hakkında konuşmaması ve düşünmemesi zordur.
 - Bu düşünce alışılmadık dini, bilimsel veya politik inançlardan ziyade şahsi dayanaklar barındırır.
 - Bu düşünce öznel sıkıntı hissi verir, kişiler arası ilişkilerinde veya sosyal işlevselliğinde sorun oluşturur.
 - Birey bu düşünceye öznel direnme çabasının olmadığını bildirir (obsesyonların aksine).
-

DSM-IV'de sanrı, “dış gerçeklikle ilgili doğru olmayan çıkarımlara dayanan yanlış bir düşüncedir, yani neredeyse hemen herkesin inandıklarının aksi olduğuna dair tartışmasız veya apaçık kanıt ve bulgulara rağmen sınımsız sürdürülendir. Bu

düşünce, bireyin kültürü veya alt kültürünün diğer üyeleri tarafından normal olarak kabul edilmez (örn. bu düşünceler dini inancın bir parçası değildir)” şeklinde tanımlanmıştır (APA 1994 (65). Ancak bu tanımdaki “doğru olmayan çıkarım” veya “tartışmasız veya apaçık kanıt ve bulgu”nun net olmamasından dolayı bu tanım eleştirilmektedir (Harper 1992 (66), Heise 1988 (67). Bu karmaşıklık nedeniyle sanrılarla olağan düşüncelerin bir bütün içerisinde süreklilik gösterdiği düşünülerek sanrılarının boyutsal yaklaşımla incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (Strauss 1969 (60), Kendler 1983 (68) .

Sanrılarının boyutsal yaklaşımına göre, bazı bireylerde sanrılar olmasına rağmen şiddeti çok azdır ve psikiyatrik bir tedavi almayabilir. Genel popülasyonda yapılan çalışmalarda doğüstü ve sihirli güçlerle ilgili inançlara oldukça sık rastlanması bu yaklaşımı destekler niteliktedir (Gallup 1991 (69); Van Os ve arkadaşlarının 2000 yılında toplumdaki psikotik belirtileri araştırdıkları çalışmada bireylerin % 3.3’ünde gerçek sanrılar ve % 8.7’inde klinik olarak belirgin olmayan sanrılar (sıkıntı hissine neden olmayan ve tedavi gerektirmeyen sanrılar) var olduğu saptanmıştır (70). Benzer şekilde 15 yıllık bir izlem çalışmasında sonunda örneklemin % 20.1’inde sanrılarının var olduğu bulunmuştur (71).

Sanrılarının niteliklerinde bireysel değişkenlikler mevcuttur ve sanrılar kesintili oluşumlar değildir. Bu nedenlerden dolayı sanrılarda çok-boyutlu bir yaklaşım geliştirilmiştir. Çok-boyutlu yaklaşımda sanrılar, temelsiz olup olmamasına, kesin bir şekilde inanılıp inanılmamasına, değişikliğe direncin olup olmamasına, zihni meşgul edip etmemesine, sıkıntı hissi verip vermemesine ve sosyal işlevselliği etkileyip etkilememesine göre değerlendirilir. “Sanrının sebebi nedir?” sorusunun basit bir cevabı yoktur. Bunun yerine sanrısız deneyimlerin her boyutunun anlaşılması gerekir; sanrının içeriğinin sebebi ne? Düşünceye inancın derecesi ne? Değişikliğe direncin sebebi ne? Sıkıntı hissiniin sebebi ne? Bu bakış açısına göre farklı etmenler sanrısız deneyimin farklı boyutlarını etkilemektedir (11,72,73).

2013 yılında yayınlanan son psikiyatri tanı kitabında (DSM-5) sanrılarının tanımı kısa ve özdür: tersi kanıtlarla değiştirilemeyen sabit düşünceler (2). DSM-IV’deki tanımda geçen “doğru olmayan düşünce” kaldırılmıştır; çünkü, bir düşüncenin doğru olmadığının saptanmasının güç olduğu bilinmektedir (74,75). Yine de bu tanımın

işlevsel olmadığı ve birçok yönden ampirik olarak yanlış olduğu eleştirileri yapılmaktadır (76,77).

2.1.2. Kötülük Görme Sanrısının Tanımı ve Tarihçesi

“Hasta olağandışı yollarla izlendiğini, dalga geçildiğini, kendisine gülündüğünü düşünür. İnsanlar onunla alay eder, tüketir; vaiz ayinde kendisine imâda bulunur. Kötüye kullanıldığını ve tehdit edildiğini hisseder. Düşünceleri etkilenir, kindar ihtilalciler tarafından etrafı sarılır. İnsanlar onu gözetler: Yahudiler, anarşistler, cinciler ona kötülük yapar, zehirli tozlarla atmosferi zehirlenir, siyanürlü birayla sihirli buharlar oluşturulur, havası kirletilir, tek bir iyi nefes dahi alamaz.”

Kraepelin, 1919 (52)

Kötülük görme sanrısı, şizofreni tanılı bireylerde en sık görülen psikotik yaşantılardan biridir: referans sanrılarında sonra en sık görülen psikotik belirtidir ve şizofreni tanılıların yaklaşık %50'sinde görülür (50). İlk psikotik atakta ise hastaların %70'nde kötülük görme sanrısı vardır (78). En fazla sıkıntı veren sanrılardan birisidir ve genellikle sanrılı bireyler bu sanrılarında göre davranışlarını şekillendirir (şiddet uygulama, kaçınma, sosyal izolasyon vb.) (79,80). Kötülük görme sanrılarının varlığı hastane yatışı için prediktördür (81); bu sanrılar fiziksel hastalıklara ve özkıyım düşüncelerine neden olmaktadır (82).

Kötülük görme sanrısının tanımı ve tarifinde yaygın bir fikir birliği vardır: “sanrılı bireyler diğerleri tarafından fiziksel, sosyal veya psikolojik olarak zarar göreceğini düşünür”. Ancak hangi belirtinin kötülük görme sanrısı olarak kabul edileceği konusunda bazen sorunlar yaşanmaktadır. Kraepelin'in kötülük görme sanrılı hastaları tarif ederken (yukarıdaki Kraepelin'in tanımı), hastalarda kötülük görme düşüncelerinin yanında referans düşünceleri, düşünce sokulması ve edilgenlik belirtilerinin de olduğu fark edilmektedir. Buna ek olarak Comprehensive Textbook of Psychiatry kitabının 1989 yılındaki basımında, kötülük görme sanrısının genel olarak paranoid sanrı olarak bilindiğini ve referans ile etkilenme sanrılarını da kapsadığı belirtilmiştir (83). Kötülük görme sanrıları, referans sanrılarıyla yakın

ilişkili olsa da aralarında net bir farklılık vardır: sadece kötülük görme sanrıları zarar görmeye ilgilidir.

Kötülük görme sanrısının terminolojisiyle ilgili karmaşıklığın bir nedeni de “paranoya” teriminin kullanılmasıdır. Paranoya; olağan şüphelenme, kötülük görme sanrısı, kötülük görme ve referans sanrısı, kötülük görme ve büyüklük sanrısı ve her türlü sanrı gibi pek çok anlamda kullanılmıştır (84). Paranoya Eski Yunanlarda çılgın veya deli anlamında kullanılmışken, 19. Yüzyılda Heinroth tarafından bir çeşit sanrısız bozukluk olarak tanımlanmıştır. Paranoyanın bu yeni kullanımına Kraepelin ilk yazılarında “dementia paranoides (demansla sonlanan paranoya)” olarak afektik olmayan psikozlar başlığı altında dementia preacox ve katatoni ile birlikte yer vermiştir. Sonradan bu üç hastalığı dementia preacox altında, tek bir hastalıkta toparlamıştır (85). Ancak kitabının 5. baskında paranoyanın ayrı bir hastalık olduğunu kabul etmiştir. Kraepelin paranoyanın dementia preacox ve manik depresif delilikten ayrı bir bozukluk olduğunu ileri sürmüştür (86). Paranoyanın kronik ve ömür boyu sanrılarla devam eden bir rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Sanrıların paranojada en önemli pozitif belirti olduğunu belirtmiş ve paranojadaki sanrılarının üç karakteristik özelliğini tanımlamıştır: a) sistematize, tutarlı bir şekilde birbirine bağlı, büyük iç çelişkiler barındırmayan b) bizar olmayan, imkansızlık içermeyen ve etkilenme sanrısı barındırmayan c) hemen her zaman gerçek olaylara patolojik yorumlar getirilmesiyle oluşan. Kitabının 8. baskısında en sık görülen sanrı tipinin kötülük görme olduğunu yazmışsa da kıskançlık ve büyüklük sanrılarının da sık görüldüğünden bahsetmiştir (87). Bu hastalığın gidişatının kötü olduğunu, hiçbir hastada gerçek bir düzelme olmadığını önceki kitabında bahsetmiş olsa da (88), zamanla kısmi düzelmelerin olabileceğini veya rahatsızlığın yıllar boyu yatışmış olarak kalabileceğini sonraki kitaplarında belirtmiştir (89).

Adolf Meyer’in psikodinamik kurama olan büyük ilgisi nedeniyle 20. yüzyılın ortalarında, paranoya terimini sanrı olması zorunlu olmaksızın kötülük görme düşüncesini tanımlamak için kullanan Amerikan psikiyatristleri arasında değer kaybetmiştir (90). Böylelikle gündelik dilde paranoya “başkalarına karşı güvensizlik ya da şüpheliğe eğilim veya kendisinin haksızca kullanıldığına inanma” şeklinde kullanılmaya başlanmıştır (91). DSM-IV ile birlikte sanrılarının şizofrenin temel belirtisi olduğu vurgulanmış ve paranoya yerine, yalnızca sanrılarla karakterize ve bu sanrılarının

genellikle kötülük görme olduğu bir sendrom olan sanrısız bozukluk kullanılmaya başlanmıştır (65). Paranoya kelimesi güvensizlik, şüphecilik, referans ve kötülük fikirleri veya sanrıları anlamlarını barındıran bir spektrum anlamı taşımış olsa da günümüzde halen sanrısız bozukluklar için kullanılmaktadır (92).

Kötülük görme sanrılarının kapsamıyla ilgili karmaşıklığa rağmen daha net tanımlamalar yapılabilmektedir: “Kendisine veya kendisine yakın bireylere saldırma, eziyet etme, kandırma, zarar verme veya komplo kurma sanrısı” veya Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre “birisi veya birtakım organizasyonlar veya birtakım güçler bir şekilde ona zarar vermeye çalışmakta; onun itibarını zedelemekte, onu sakat bırakmaya çalışmakta, deli etmeye çalışmakta ya da onun ölümünü istemektedir” (51,93).

DSM-IV’de kötülük görme sanrısı, “kişinin (ya da o kişiye yakın birisinin) saldırılmış, yıldırılmış, aldatılmış, kötülük yapılmış veya komplo kurulmuş düşüncesini barındırdığı sanrı” şeklinde tanımlanmışken DSM-5’de “kişiye bir başkası, başkaları ya da bir örgüt tarafından kötülük yapılacağı, usandırılacağı ya da bezdirileceği inancı” şeklinde tanımlanmıştır (65,94).

2000 yılında Freeman ve Garety bir sanrının kötülük görme olarak tanımlanması için gerekli olan kriterleri kapsamlı bir şekilde tanımlamıştır (95).

Tablo 2.2. Freeman & Garety’nin kötülük görme sanrısı kriterleri
(Dr. Freeman’ın izniyle.)

Kriter A ve B mutlaka karşılanmalıdır:

- A. Kişi kendisine zarar verilmeye devam edildiğini veya verileceğine inanmaktadır.
- B. Kötülük yapan kişinin niyetinin kendisine zarar vermek olduğuna inanmaktadır.

Açıklığa kavuşturmak için birtakım noktalar vardır:

- Zarar vermeyle ilgili herhangi bir durum kişide sıkıntı hissine neden olur.
- Kötülük yapanın, kişi üzerinde olumsuz etki yaratma amacı olmadığı sürece zarar verme sadece arkadaşlarına veya akrabalarına olduğunda kötülük görme düşüncesi sayılamaz.

- Kişi, kötülük yapanın şimdiki zamanda ya da gelecekte zarar verme girişiminde bulunacağını düşünür.
 - Referans sanrıları kötülük görme sanrısı kategorisinde değerlendirilemez.
-

2.2. Sanrıların Bilişsel Modeli

Sanrılar, psikozun en yaygın belirtisi olmasına rağmen henüz yeterince anlaşılammıştır (96). Sanrıların bilişsel modeli ile ilgili birçok teori öne sürülmektedir (bakınız, (6,97). Maher, sanrının bilişsel modelini “algı bozukluğu” olarak tanımlamıştır (98). Maher’e göre sanrılı birey birincil algı anormallikleri yaşar. Bu anormallikler, renklerin canlılığında artış, zeminindeki gürültüyle net olarak ayırt edilemeyen işitsel uyarın gibi canlı veya yoğun duysal girdilerdir. Buna benzer anormallikler varsanı olarak deneyimlenir. Bu tarz deneyimlere eğilimli bireyler normal bilişsel mekanizmalarla açıklama ararlar. Bu açıklama (yani sanrı), tamamen normal akıl yürütme süreciyle yapılır. Sanrılar diğer düşünceler gibi sürdürülür: bilim adamlarının aksi kanıtlara rağmen teorilerini değiştirmeye dirençli olması gibi, sanrılı bireyler de benzer şekilde direnç gösterirler. Ek olarak, anksiyetenin tetiklenmesi sanrısız inanışları pekiştirir.

Maher’in “normal akıl yürütme” teorisinin birkaç kaynağı vardır. Birincisi, Maher’e göre sanrılar birçok psikolojik veya medikal durumlarda ortaya çıkar ve patojenik ajanlardan kaynaklanan her türlü bozukluğa ikincil olarak uyum sağlayıcı bir rolü vardır. İkincisi, mantıkdışı düşünceler normal popülasyonda anormal çevresel durumlarda da ortaya çıkabilir (örn, saptanmamış işitme kaybının kötülük görme düşüncelerine neden olması gibi) (99). Maher ayrıca akıl yürütme becerisinde herhangi bir bozulmanın olduğuna dair kanıt yoktur, “sanrıların varlığından kaynaklanan sonuç çıkarmanın dışında” şeklinde eklemiştir (100).

Maher’in teorisine aynı yıl içerisinde eleştiriler gelmiştir. Chapman ve Chapman (1988), bazı sanrılarda herhangi bir anormal deneyim yaşanmadığını belirtmiştir. Ayrıca sanrılar anormal deneyimlerin mantıklı bir açıklaması ise aynı deneyimi yaşayan herkesin aynı sanrılara sahip olmaları gerektiğini belirtmişlerdir (101). Bu teoriyi öğrenciler üzerinde araştırmışlar ve aynı deneyimi yaşayan

öğrencilerden tamamen normalden tam bir sanrıya kadar farklı derecelerde düşüncelere sahip olabildiklerini tespit etmişlerdir. Bu araştırmacılar anormal deneyimlere sanrısız veya sanrısız olmayan yorumlar yapanların benzer şekilde akıl yürütemeyeceklerini vurgulamışlardır. Bunların dışında anormal algısal deneyimin (örn, varsanı) Maher'in öne sürdüğünden daha pasif bir süreç olduğunu, en azından bir kısmında normal olmayan bilişsel sürecin devrede olduğu belirtilmiştir (102).

Maher'in sanrılarının anormal deneyimlere normal akıl yürütme sürecinden kaynaklanmaktadır teorisinin tam tersi bir şekilde Garety, Hemsley ve arkadaşları "olasılıksal akıl yürütme yanlılığı (probabilistic reasoning bias)" teorisini ileri sürmüştür (7,103,104). Bu teoriye göre sanrılı bireyler, karar vermenin olasılıklara bağlı olduğu durumlarda sonuca atlamaya (JTC) neden olan akıl yürütme yanlılıkları gösterdiklerini tespit etmişlerdir (8,62). Buna göre belirsizlik durumlarında sanrılı bireyler karar vermek için daha az bilgi toplarlar ve verdikleri kararlardan emin olarak "JTC tarzı akıl yürütme" yaparlar. Huq ve arkadaşları Phillips ve Edwards'ın (1966) paradigmasını modifiye ederek 1988 yılında bu teoriyle ilgili deneysel bir çalışma yapmıştır (105). Bu çalışmaya göre sanrılı bireyler sağlıklı kontrollere göre daha kolay sonuca ulaşmıştır ve sanrılı bireylerin %40'ı sonuca atlamıştır (104). Daha sonra bu bulgular birçok çalışmada da tekrarlanmıştır (7,12,14). Ancak bazı koşullarda sanrılı bireylerin sağlıklı kontrollere benzer yanıtlar vermesi sonrası Garety ve Freeman (1999) problemin olasılıksal akıl yürütme yanlılığından ziyade "bilgi toplama yanlılığı" olabileceğini belirtmiştir (6).

Sanrılarla ilgili saptanan diğer akıl yürütme yanlılıkları 'zihin teorisi (theory of mind)', 'düşüncenin esnekliği (belief inflexibility)' ve 'dışsallaştırılan atıflama tarzı (externalizing attributional style)'dır. Zihin Teorisine göre kötülük görme ve referans sanrıları, başkalarının düşünceleri, niyetleri ve kanaatlerini anlamakla ilgili başarısızlıktan kaynaklanmaktadır (106). Düşüncenin esnekliği (belief flexibility), bireyin yeni düşünce ve kanıtlar ışığında düşüncelerini değiştirebilmesi, alternatif düşünceleri hesaba katabilmesi veya oluşturabilmesi becerisidir (73,107). Düşünce esnekliği, daha az sanrısız inanışla veya zihinsel meşguliyetle ilişkilendirilirken; düşüncelerde esnekliğin olmaması sanrılarının inatçı olmasıyla ilişkilendirilmiştir (9). Kötülük görme sanrılı bireylerin olumsuz olayları dış nedenlere bağladıkları saptanmıştır (dışsallaştırılan atıflama tarzı) (108,109). Bentall ve arkadaşları

sanruların düşük özsaygıya karşı koruyucu bir savunma olduğunu ileri sürmüştür (110). Ancak bu teoriyi araştıran sonuçlarda tutarsızlık vardır ve bu durumun sanrılardan ziyade depresyona bağlı olduğu belirtilmiştir (111).

Tüm bu teoriler dışında Cutting ve Murhpy, gerçek dünyayı anlamayla ilgili eksikliklerin; McKenna ve Tamlyn ise semantik bellek bozukluğunun sanrularla yakın ilişkili olduğunu öne sürmüştür (112,113,114).

2.2.1. Kötülük Görme Sanrularının Bilişsel Modeli

Genel olarak kötülük görme sanruları tek bir nedenden ziyade birçok nedeninin birbirleriyle etkileşimi sonucu ortaya çıkar; tek bir neden sadece sanrının oluşma ihtimalini artırmaktadır. Kötülük görme sanrısının bilişsel modeli ile ilgili son yıllarda birçok araştırma yapılmıştır ve nedensel birçok etmen tespit edilebilmiştir.

Kötülük görme sanrısında temel bileşen “tehlike düşüncesi”dir (Freeman 2007 (11). Sanruların merkezindeki bu düşünceye göre, birey başkaları tarafından zarar göreceğine inanır. Bu düşünceye sahip birey kendini güvensiz hisseder. Tehlike düşüncesi, sosyal anksiyetedeği gibi aptal göründüğünden dolayı diğer insanlar tarafından reddedileceği veya panik ataktaki gibi kalp krizi geçireceği korkusundan farklı olarak kötülük görme sanrısında, diğerlerinin kasıtlı olarak zarar verme niyetinin olduğudur. Tehlike sistemi aktive olduğunda, tehlike beklentisinin anksiyete ile ilişkili süreçleri etkinleşir ve tehlikenin olumsuz imajları (örn, sokakta bıçaklanmak gibi) bu düşünceleri pekiştirebilir (115). Bu teoriyle tutarlı bir şekilde, yapılan çalışmalarla olumsuz duygulanım kötülük görme sanrısından önce ortaya çıktığı gösterilmiştir (116,117).

Kötülük görme ile ilgili tehlike düşünceleri genetik ve çevresel risk faktörleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda en şiddetli kötülük görme sanrısında dahi genetik ve çevresel etmenlerin benzer katkılarının olduğu gösterilmiştir (118). Spesifik genler henüz yeni keşfedilmeye başlamışken çevresel etmenler açıkça ortaya konabilmiştir. Bunlar; fiziksel istismar, fakirlik, kötü bedensel sağlık, düşük sosyal destek, düşük sosyal uyum, kannabis kullanımı ve şiddetli alkolizmdir (119,120,121).

Tehlike beklentisi aslında temelsiz iken neden süregelen hale gelir? Bazı hastalarda kötülük görme düşünceleri yoğun iken neden bazı hastalarda daha hafiftir? 6 farklı etmenin kötülük görme sanrısının sürmesinde katkısı olduğu gösterilmiştir (122,123). İlk olarak, endişe (worry) mantıksız ve korku veren düşüncelerin zihne gelmesine neden olur, bu düşünceler zihne yerleşir ve sıkıntı hissini artırır. Kötülük görme sanrılı bireyler, yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylere benzer şekilde endişeli düşünme tarzına sahiptir (124). Çalışmalar endişe seviyesi ile kötülük görme arasında doz-cevap ilişkisi olduğunu göstermektedir (125). Ayrıca endişe seviyesinin yüksek olması, kötülük görme sanrısının inatçı olmasına neden olmaktadır (30).

İkinci etmen, bireyin kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelere sahip olmasıdır. Bireyin yaşadığı kötü kişilerarası deneyimler sonucunda ortaya çıkar ve kendisini diğerlerinden daha aşağıda, daha farklı hisseder. Böylece yatkınlık oluşur, kötülük görme sanrıları bu yatkınlıktan beslenir. Üç sistemik derlemede, kendisiyle ilgili olumsuz düşünceleri olanlarda kötülük görme sanrılarının yaygın olduğu belirtilmiştir (126,127,128). Ayrıca yatkın bireylerde özgüvende azalmanın paranoid düşüncelerin artmasına neden olduğu gösterilmiştir (129,130,131).

Üçüncü etmen, birey öznel olarak anormal içsel deneyimler yaşaması halinde düşüncelerinin zihninde büyümesidir. Tuhaf hisler ve algılar, korku yaratan deneyimleri tetikler. Daha sık olarak, anksiyete ile ilişkili aşırı uyarılmışlık haliyle dışarıdan gelen bir tehlike olduğu zannedilir. Disosiyasyon da benzer şekilde sık görülür ve endişe nöbetleri ile şiddetlenir (132). Bu algısal deneyimlerle kötülük görme düşüncelerinin oluşması arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir (133). Yüzden fazla paranoyaya eğilimli birey üzerinde yapılan bir çalışmada, kannabis kullanımının çok çeşitli anormal deneyimlere neden olduğu gösterilmiştir (134).

Dördüncü etmen, uyku düzeninde bozulmaların (uykusuzluk, aşırı uyuma, sirkadiyen ritimde bozulma, kabuslar) kötülük görme düşüncelerinin devam etmesine neden olmasıdır. Uyku bozuklukları olumsuz duyguları, duygudurum bozukluklarını ve anormal algıları artırır, müphem durumların anlamlandırılmasını sağlayan bilişsel kaynakların kullanılmasını sınırlar (135,136,137). Ayrıca uykusuzluğa bağlı

yorgunluk sonrası bireyler, psikotik deneyimlerle baş etmekte güçlük çeker. 66 çalışmadan oluşan bir derlemede, uyku bozukluklarının psikotik deneyimler için nedensel bir etmen olduğu ileri sürülmüştür (138). Klasik görüşe göre uyku bozuklukları şizofrenide epifenomen olarak kabul edilse de bu görüşün değişmeye başladığı görülmektedir.

Beşinci etmen akıl yürütme yanlılığıdır. Kötülük görme sanrısı da bir yargılama kusuru olduğuna göre, akıl yürütme sorunları kötülük görme sanrısının oluşumu için oldukça önemlidir. Akıl yürütme yanlılığı alternatif açıklamaların yapılmasını engeller. Sanrılı bireylerin dörtte üçü olaylara alternatif açıklama getirmezler (139). Bilişsel esnekliğin olmaması nedeniyle hastalar sanrısız açıklamalara takılıp kalır ve hemen sonuca ulaşırlar. Bu duruma daha önceden de bahsedildiği gibi sonuca atlama yanlılığı (JTC) denilmektedir (13,140).

Son olarak, neredeyse tüm hastalar, kötülük görme tehlikesini azaltabilmek için güvenlik arayıcı davranışlar sergilerler. Fakat bu davranışlar yanlış olduğu ispatlanabilecek durumların yaşanmasını engeller ve olumsuz duygulanımlara toleransın azalmasına neden olur. Hastalar zarar görmemelerini bu davranışlarına bağlarlar. Sonuç olarak aksi ispatlanabilecek durumlarla karşılaşmazlar ve işlemleyemezler. Kötülük görme sanrılı bireylerde en sık kullanılan güvenlik arayıcı davranış 'kaçınmadır' (Freeman ve Garety 2007 (141). Tehdit olarak algılanan yerlerde belirli bazı davranışlar sergilerler. Örneğin, tehdit algılandığında daha az görünmeye çalışır, uyarılmışlığı artar ve kaçma yollarını araştırır. Stres seviyelerini yüksek tutmaları da en büyük güvenlik arayıcı davranışlardandır (142).

Sonuç olarak, Freeman ve arkadaşları kötülük görme sanrısıyla ilgili yedi etmen tanımlamışlardır; sanrının merkezinde tehlike düşüncesi ve buna eşlik eden endişe, kendisiyle ilgili olumsuz düşünceler, anormal deneyimler, uyku bozuklukları, akıl yürütme yanlılığı ve güvenlik arayıcı davranışlar. Tehlike düşüncesiyle birlikte diğer altı etmenin tamamının veya bir kısmının var olmasının yanında diğer olumsuz çevresel koşulları ve genetik etmenler sanrılarının oluşumunu, sürmesini ve şiddetini belirlemektedir.

Kötülük görme sanrısı ile ilgili bir diğer bilişsel modeli Bentall ve arkadaşları ileri sürmüştür. Bütünleyici bu modele göre sanrılar iki sonucu işaret etmektedir. Birincisi, kötülük görme düşüncesine sahip birey anormal atıflar yapar ve bu atıflar kendisine yönlendirdiği olumsuz bakıştan koruma görevini üstlenir. İkincisi, bu atıf yanlılığı kendilik algısıyla ilgili bilgi işleme sürecindeki anormallikle ilişkilidir. Sonuç olarak, kötülük görme sanrısı, özsaygının korunması için benliğin bilinç dışı olumsuz bakışına karşı bir savunmadır (110).

Trower ve Chadwick, “Zavallı Ben (Poor Me)” ve “Kötü Ben (Bad Me)” olarak iki farklı paranoya tipi tariflemiştir (143). Her iki düşüncede de ana fikir, başkalarının kendisine zarar verme planları yapıyor olmasıdır; fakat oluş biçimleri farklıdır. “Zavallı Ben” paranoyasında başkaları kötü niyetle haksız yere kötülük yapmaktır; benlik iyilik ve saygı görmeyi hak etmektedir. “Kötü Ben” paranoyasında ise başkaları kötü niyetli davranmakta haklıdır. Benlik kötüdür, saygı görmeyi hak etmez. Zavallı Ben paranoyası bilince ulaşan olumsuz duygulara karşı savunmayı yansıtırken Kötü Ben paranoyası kendisinin cezalandırılacağını inandığı benlikle ilgili olumsuz bilinçli düşüncelerin direk yansımasıdır. Kötü Ben paranoyalı bireyler daha anksiyeteli, daha depresif, daha düşük özgüvenli ve kendisiyle ilgili daha çok olumsuz değerlendirme yapar. Zavallı Ben paranoyalılar ise tam tersidir. Fakat bu teori kötülük görmenin içeriğiyle ilgili tek bir bileşeni değerlendirdiği için ikna edici olarak kabul edilmemektedir (92).

2.3. Kötülük Görme Sanrısının Diğer Sanrılardan Klinik Farklılıkları

Kraepelin’in katatonik, hebefrenik ve paranoid olarak şizofreninin alt tiplerini tanımladığı klasik sınıflandırmasının üzerinden bir asır geçmesine rağmen, çok yakın zamana kadar şizofreninin alt tipleri hem tanı sistemlerinde hem de klinik çalışmalarda kullanılmıştır. Kraepelin’in tanımladığı alt tiplerden kısa bir süre sonra Bleuler bu üç alt tipe ‘basit’ şizofreniyi eklemiştir. DSM-III ile birlikte hebefrenik alt tipinin adı dezorganize ile değiştirilmiş, basit alt tip de kaldırılmıştır (144). DSM-IV’de paranoid, katatonik, ayrışmamış, dezorganize ve rezidüel alt tipleri yer almıştır (65). Şizofreninin alt tiplerinin belirlenmesi için modern kriterlerin oluşturulmasıyla, alt grupların epidemiyolojik özellikleri ve klinik gidişatı ile ilgili bazı çalışmalar yapılmıştır.

Paranoid şizofreni (PŞ) alt tipler arasında en kesin olarak tanıyıp ayırt edilebilen alt tiptir. Bu konuyla ilgili çalışma sayısı yetersiz olmasına rağmen paranoid alt tiplerle paranoid olmayan alt tipler arasında bazı klinik farklılıklar saptanabilmiştir.

PŞ tanılı bireyler ilk atağını katatonik veya dezorganize şizofrenilere göre daha ileri yaşta geçirirler ve hastaneye ilk yatış yaşı paranoid grupta daha ileridir (145). Ayrıca paranoid hastalar hem daha kısa süreyle hem de daha az sayıda hastaneye yatarlar (146). PŞ'nin gidiş ve sonlanımı diğerlerine göre daha iyidir (147). Iowa 500 çalışmasında PŞ tanılı bireylerin mesleki işlevsellik ve bağımsızca yaşayabilme bakımından en iyi grup olduğu belirlenmiştir (148). Bununla birlikte bir başka çalışmada PŞ grubunun mesleki işlevsellikten ziyade sosyal işlevsellikte daha iyi olduğu görülmüştür. Bu hastaların hastalık öncesi işlevselliği de daha iyidir. Abrams ve arkadaşları, PŞ'nin etyolojik olarak duygudurum bozukluklarıyla yakından ilgili olduğunu belirtmiştir (149). Ayrıca PŞ tanılı bireylerinin yakınlarında daha fazla duygudurum bozukluğu saptanmıştır (150). Psikoz spektrumu için genetik yatkınlığın da dezorganize alt tipe göre paranoid alt tipte daha yüksek olduğu bildirilmiştir (151). Paranoid alt tipte nörobilişsel fonksiyonlar çoğunlukla korunmuştur ya da minimal bozukluk mevcuttur (152). Bu gruptaki hastalar tedaviye daha hızlı ve daha iyi yanıt verirler (146).

Paranoid alt tip ile diğer alt tipler arasında saptanmış klinik farklılıklar genellikle eski çalışmalardan elde edilmiştir. Yakın zamanda yapılan çalışmaların çoğunda klinik farklılıklar saptanmamıştır (153,154,155). Bununla birlikte alt tiplerin şizofreninin heterojen yapısını tanımlamakta zayıf kalması, düşük tanılabilirlik, tedavi yanıtlarında ve sonlanımlarında farklılık olmaması ve kalıtsal olmamaları nedeniyle DSM-5'de katatoni dışındaki alt tipler çıkarılmıştır (156).

2.4. Anksiyete Kavramı ve Kuramlar

Anksiyete, birçok ruhsal bozuklukta ortaya çıkan bir duygu durumudur. Anksiyete, kişiyi gerektiği zaman tehlikeden koruyan, uyuma ve evrimsel olarak hayatta kalmaya yönelik bir sinyaldir (157). Anksiyete düzeyi hastalık boyutunda

olduğunda genellikle kroniktir ve tedaviye dirençlidir. Anksiyete bozuklukları birbirleriyle ilişkili olsalar da farklı ruhsal bozukluklar olarak tanımlanmıştır. Anksiyete ile ilgili önemli psikiyatrik kuramlar geliştirilmiş ve bu kavram açıklanmaya çalışılmıştır.

1910 yılında Freud anksiyeteyi, “cinsel yaşamın somatik faktörüne dayanan sinirsel bir durum” şeklinde tanımlamıştır. Bu yaklaşıma göre libidinal enerjinin birikmesi, boşalamaması sonucu çarpıntı, yorgunluk, bağırsak problemleri ve yaygın anksiyete belirtileri oluşmaktaydı. Freud anksiyetenin fizyolojik niteliğini tanımlamak için o dönemde anksiyeteyi aktüel nevroz olarak tanımlamış ve psikonevrozlardan ayırmıştır (158).

Freud 1926 yılında yayınladığı makalesinde modern anksiyete teorisini ortaya koyarak anksiyeteyi psikodinamik açıdan incelemeye başlamıştır. Bu teoriye göre anksiyete, bir duygu olarak egodan kaynaklanır ve içten gelen bir tehlikenin işaretidir (sinyal anksiyete). Anksiyete, süper-egonun ahlaki ve etik kurallarına aykırı olan cinsel ve saldırganca dürtülere egonun bir yanıtıdır. Yalnızca hastalıklı veya nahoş bir duygu olmayıp, bilinç dışı bir tehlikeye işaret eden, bazen de uyuma yönelik bir sinyaldir. Eğer sinyal anksiyete savunma düzeneklerini devreye sokmazsa yoğun ve süregelen anksiyete ortaya çıkar. Bununla birlikte Freud, gerçek korkuyla anksiyete arasındaki farkın ne olduğunu incelemiş ve gerçek korkunun dış tehlikelerden kaynaklandığını, nevrotik anksiyetenin ise içgüdünün isteğinden ve zorlanmasından kaynaklandığını ileri sürmüştür (159). Ayrıca anksiyetede en önemli ögenin, Ödipus kompleksinin çözümlenememiş olmasının yarattığı duygular olduğunu belirtmiştir.

Karen Horney, anksiyete kavramını Freud’un açıkça göstermiş olduğunu belirtmesine rağmen Freud’a karşıt olarak, anksiyetenin içgüdüsel niteliğini reddeder ve cinsel dürtülerin anksiyete yaratan bir güç olarak büyük önem taşımadığına inanır. Büyüklerin çocuğa karşı geliştirdiği olumsuz davranışların “temel anksiyeteyi” oluşturduğunu ileri sürmüştür. Çocuk, çelişkili nevrotik eğilimler ve bu eğilimlerin ilişkilerinde yarattığı çatışmalarla baş etmek için ‘nevrotik çözümler’ geliştirir. Bu çözümler sorunları kısmen çözebilmesinin yanında sorunlara yenilerinin eklenmesine neden olur ve klinik belirtiler ortaya çıkar. Kusurlu ebeveyn tutumları sonucunda çocuklukta oluşmaya başlayan temel anksiyeteyi “düşman bir dünya içinde yalnızlık

ve çaresiz duygusu” olarak tanımlamıştır. Horney’e göre temel anksiyetenin üç ögesi vardır: çaresizlik, düşmanlık ve insanlardan soyutlanma duyguları. Ayrıca temel anksiyete, kızgınlık ve bu kızgınlığın yarattığı düşmanca duyguların dıştan fark edilmesi olasılığına karşı geliştirilen korku duygularını da içerir. Soyutlanma duygusuna, kimse beni sevmiyor düşüncesi eşlik eder. Ancak anksiyetenin tümüyle çocukluk yıllarına ait bir tepki olmadığını da eklemiştir (160,161,162).

Anksiyete varoluşçu kuramın da önemli kavramlarından. Bu kurama göre “kaygının nesnesi korkudan farklı olarak hiçliktir” (163). İnsan varoluşunun belirsiz bir geleceğe doğru gidişinin yarattığı korku, özgürce seçilen eylemlerle doldurulabilecek boşluk, anlamın yitirilmesi ve kaygı ile olan bağlantılar bu kuramda ele alınmıştır.

Koşullanma veya diğer öğrenme süreçleri (gözlemleme, sosyal öğrenme) ile öğrenilen korku tepkileri kaçma ve kaçınma davranışlarının harekete geçmesine neden olmakta ve bu kaçma-kaçınma başarılı bir şekilde yapılması halinde ise anksiyetenin azalmasını sağlamaktadır. Anksiyetenin olumsuz sonuçlarını engelleyen kaçma-kaçınma davranışları sonrasında pekişerek korku yanıtının (anksiyetenin) sönmesini engellemektedir. Anksiyetenin devamı bu şekilde sağlanmaktadır (157,164).

Davranışçı kuram anksiyeteyi özgül çevresel bir uyarana karşı koşullu yanıt olarak kabul eder. Klasik koşullanma modelinde, istismarda bulunan bir baba tarafından yetiştirilen bir genç kız, babayı gördüğünde kaygılanır. Ayrıca genelleme yaparak tüm erkeklere güvenmez hale gelir (145).

Son olarak bilişsel kurama göre anksiyete, bireyin olayla ilgili yorumlarına bağlıdır. Anksiyete tepkisinin devam etmesi değiştirilmemiş ya da ortadan kaldırılmamış bilişsel hataların halen devam ediyor olmasıyla ilgilidir. Belli uyaranlara anksiyete tepkisi ile yanıt veren bireyler, bu uyarana gerçekte olduğundan

daha tehlikeli olarak algılar. Ayrıca korktukları olumsuz sonuçların olma olasılığını daha abartılı algırlar. Korktukları sonuç oluşunca da bunun bir felaket olacağını düşünürler veya davranışsal strateji geliştirirler (tehlikeli gibi algıladıkları yere gitmeme, düşünmemeye çalışma gibi). Bunlara ek olarak anksiyetenin değişmeden

devam ettiren faktörler vardır: seçici dikkatleriyle tehlikeli durumları fark etme konusunda daha duyarlıdır, vücutlarındaki fizyolojik değişiklikleri daha çok fark ederler ve tehlike algısı onların kaçınma davranışlarını artırır (157,165).

2.5. Sanrıların Anksiyete ile İlişkisi

Psikotik ve afektif bozuklukların ayrımı, tanısal sınıflama sistemlerindeki temel sınırlardan biri olmasına rağmen, psikozla ilgilenen araştırmacılar, sanrısız deneyimlerde afektik süreçlerin etkisine son dönemde daha fazla ilgi göstermektedir (25). Mednick (1958), anksiyete seviyesinin yüksek olmasının şizofreniye yatkınlaştıran birincil faktörlerden birisi olduğunu, McReynolds (1960) de anksiyetenin şizofreninin temel nedeni olduğunu geçmiş dönemde ileri sürmüştür (166,167).

Anksiyetenin sanrılarının oluşumunda ve sürmesinde etkisinin olduğu bilinmektedir (Freeman, Garety, Kuiper, 2002 (28). Anksiyete bozukluğu ve psikoz eş tanısı oldukça sıktır. Cosoff ve Hafner'in yaptığı bir çalışmada eş tanı oranı %43 olarak saptanmıştır (32). Bununla birlikte psikoz gelişmeden önce yıllarca anksiyete seviyesinin yüksek seyrettiği gözlenmiştir (33). Ergenlik döneminde sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda şizofreni gelişme riskinin arttığı görülmüştür (168,169). Tien ve Eaton'ın 1992 yılında yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada psikotik belirtilerin ortaya çıkmasından bir yıl önce anksiyete belirtilerinin olması (depresif belirtiler değil) sanrı ve varsanıların ortaya çıkması için öngörücü olduğu belirlenmiştir (170). Bununla birlikte pozitif belirtilerin gelişmesinden 2-4 hafta önce hastaların büyük çoğunluğunda (%60-80) anksiyete, depresyon ve sinirlilik görülmektedir (34,35).

Sanrısız deneyimler sanrılar oluşmadan önce var olan kendisiyle, başkalarıyla ve toplumla ilgili düşüncelerin direk yansımalarıdır ve düşünceler duygudurumla direk ilişkilidir. Erken dönemde yaşanan kötü deneyimler bireyi anksiyeteli yapar ve toplumla, başkalarıyla ilgili kalıcı düşünceler yerleşir. Bu durum kötülük göreceğiyle ilgili sesler duyma şeklinde anormal deneyimlere yol açabilir. Psikozun oluşmasına neden olan diğer süreçler de (örn. akıl yürütme yanlılığı) devrede olması halinde

psikoz ortaya çıkar. Bu nedenle anksiyete, sanrılarının (özellikle kötülük görme) oluşumunda esas etmenlerden biridir (9,171).

Anksiyete, kötülük görme sanrısının oluşumunda, içsel veya dışsal olayların yorumlanmasında kritik rol oynar (Bkz. Şekil 2.1). Anksiyete, sanrının tehlike temasının oluşmasını sağlar; endişe de sanrısız içeriği detaylandırır, zihinde yer etmesine neden olur. Güvenlik arayıcı davranışlar da kaçınmaya neden olur ve kötülük görmeyle uyumsuz olan kanıt sürecinin işlemlerini sekteye uğratar (171,172).

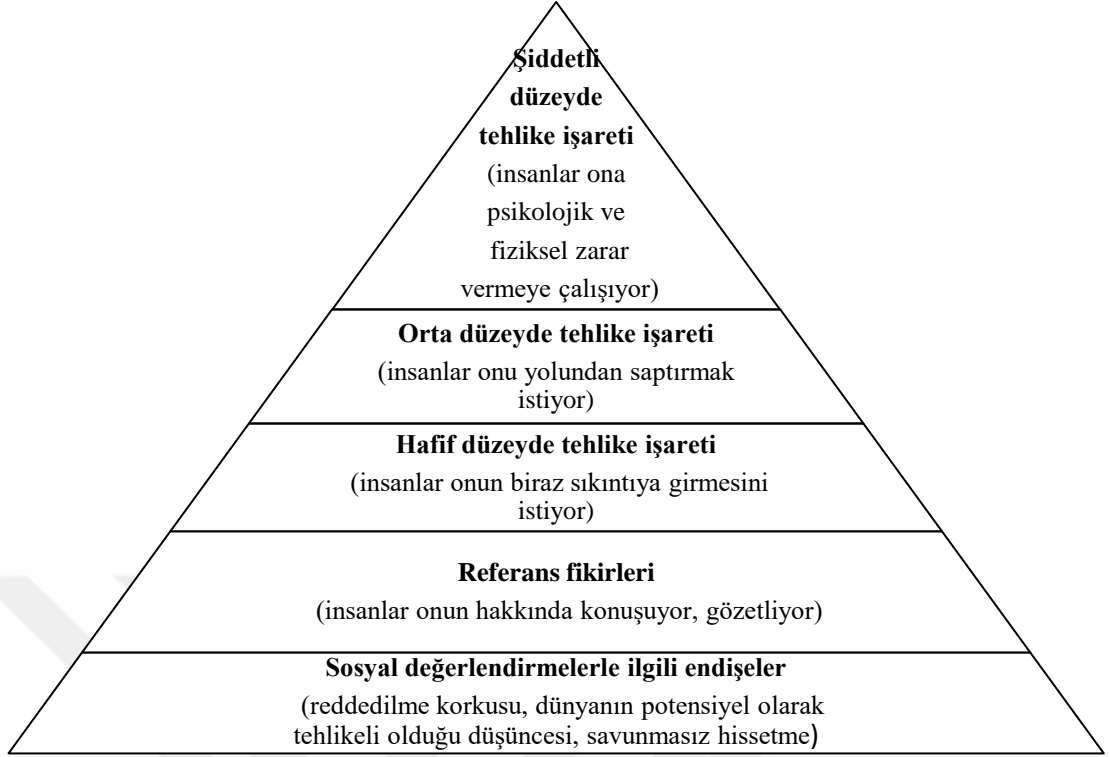
Anksiyete ile ilgili öne sürülen modeller yapılan çalışmalardan köken almaktadır. Bu çalışmalarla anksiyete, kötülük görme düşünceleri ve sanrılarıyla ilişkili bulunmuştur (27,29,173,174,175). Daha iyi bir kanıt olarak, anksiyetenin kötülük görme düşüncesinin oluşumu için öngörücü ve kötülük görme sanrısının inatçı seyretmesine neden olduğu saptanmıştır (171). Ek olarak, sağlıklı bireylerde de anksiyete ve endişenin kötülük görmeyle ilgili düşünceleri tetiklediği belirlenmiştir (176).

Kötülük görme sanrılı hastaların endişelerinin yaygın anksiyete bozukluğu tanılılara benzediği gösterilmiştir (124). Hastalardaki bu benzerliğin doz-cevap ilişkisi olduğu görülmüş ve endişenin kötülük görme düşüncesine ve sanrının devam etmesine neden olduğu belirlenmiştir (30,177). Ayrıca bu hastalarda meta-endişenin var olduğu (örn, endişeli düşüncelerimi kontrol altına alamam beni endişelendiriyor) ve meta-endişenin sanrılarının verdiği sıkıntı hissi ile korele olduğu saptanmıştır (124).

2.6. Sanrılar ve Akıl Yürütme Yanlılığı –JTC-

“Paranoyamın seviyesi yaşama becerimi ve özgürce düşünebilmemi kısıtlıyordu. Yersiz şüphelik ileri gitmemi önliyordu. Soru sormaya bir kez başlayınca, şüphelerim kanıtlanamadı. Belirsizlik çukuru olduğunu bir kez kabul ettiğimde, bazı düşüncelerim doğru ve inanılır görülse bile sanrısız olabileceğini düşünmeye başladım. Her geçen gün yine öldürülmüyordum, kendi hızımda daha derine kazmaya başladım.”

R. K. Chapman (2002) (178)



Şekil 2.1. Paranoya Hiyerarşisi (Freeman'dan, 2005,172. Dr. Freeman'ın izniyle)

Şizofreni tanısı bulunan Chapman, sanrılarında kurtulmak için dört adımlık bir strateji geliştirdi: şüphe duymaya başla; sanrıyı tanı ve tanımla; kanıtları araştı, aksi kanıtları topla ve karşı argümanları yarat, not et; sanrılarını objektif doğrularla değiştir (178). Chapman'ın yaklaşımı, sanrısız düşünceleri akıl yürütme süreçleriyle test etmeye dayanmaktadır. Eğer düşünceler sanrısız içerik barındırıyorsa, akıl yürütme süreçleri bu düşüncenin oluşumunu etkileyen faktörlerden biridir. Birçok araştırmacı sanrılı bireylerde akıl yürütme süreçlerindeki hataları veya yanlışlıkları tanımlama çalışmıştır.

JTC yanlışlığının sanrılarının oluşumunda ve sürmesindeki temel etmenlerden biri olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (6,9,11,17). JTC yanlışlığının oluşumunda iki temel sebep ileri sürülmüştür: bilginin bütünleştirilmesi ve motivasyonel sebepler. Bilginin bütünleştirilmesi teorisini Maher ve arkadaşları ortaya atmıştır (96,179). Bu teoriye göre şizofrenide uyaranlara normal olmayan bir farkındalık (abnormal salience) vardır. Bunun sonucu olarak da normal olarak değerlendirilmeyen uyarıya uygunsuz bir şekilde önem gösterilir. Bundan dolayı da karar verme eşiği hızlıca geçilir (180). Young ve Bentall'a göre (1995) sanrılı bireylerde ardışık bilginin

kullanımında zorluk vardır ve ardışık bilginin yargılamasını yapmaktan kaçınmak için acele karar verirler (181).

Bilginin bütünleştirilmesindeki sorunun tam tersi olarak diğer olası sebebin hastaların hızlıca akıl yürütmeleri, düşüncelerinin onaylanma motivasyonundan kaynaklandığına inanılmaktadır. Bu teoride JTC yanlılığının, “tamamlanma ihtiyacı”ndan [need for closure (NFC)] kaynaklandığı ileri sürülmüştür (182). Sanrılı bireyler daha fazla NFC eğilimi gösterirler. Buna göre kararsızlık ve belirsizlikle karşılaştıklarında kesin bir cevabı tercih ederler. Bu nedenle de karar vermeden önce daha az bilgiyi göz önünde bulundururlar, daha kesin yargılamada bulunurlar ve yeni bilgilerden etkilenmezler (183).

JTC'nin nedenleri için bahsedilen teorilerin yanında bazı karıştırıcı faktörlerin araştırma sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir. Menon ve arkadaşları, şizofrenide bilişsel yetilerle ilgili genellikle sorun olduğundan bilişsel yetilerin akıl yürütmeye ilgili görev performansını etkileyebileceğini öne sürmüştür. Dikkat, bellek, yürütücü işlevler gibi bilişsel yetilerdeki sorunların akıl yürütme kusuruna neden olabileceği ve akıl yürütmenin sanrılıların oluşumundaki etmenlerden birisi olmayabileceği ileri sürülmüştür. Bu durumun araştırıldığı bir çalışmada, JTC yanlılığının tamamen şizofreni belirtilerine veya bilişsel işlevlere bağlanamayacağı gösterilmiştir (17). Bu bulgulara ek olarak çalışma belleğinin de JTC sürecini etkilediği nörogörüntüleme çalışmalarıyla gösterilmiştir (41). Bellek, dürtüsellik gibi işlevlerin JTC'ye etkisi henüz net olarak belirlenememiştir (12,13,40,48,49,184).

2.6.1. Sanrılarla ilgili JTC Çalışmaları

JTC yanlılığını araştıran testler aslında Bayes Teoremine -ampirik kanıtların temelinde sonucun olasılığı- dayanmaktadır. Bu teoremden Huq ve arkadaşları 1988 yılında bir test geliştirmiştir: “boncuklar testi (beads task)” (104). Bu testte genellikle iki tane sonlanım değişkeni kullanılır: birincisi “karar vermek için çekilen boncuk sayısı (draws to decision (DtD))” diğeri ise “olağanüstü yanıtlama (extreme responding)”dır. İkinci değişken, hangi kavanozdan boncukların çekildiğine tek bir boncukla karar veren katılımcıların sayısıdır. Bu değişken JTC yanlılığını

değerlendirir. Yani, sadece tek bir boncuk çekerek doğru kavanozu bulmaya çalışanlar, bu teste göre JTC yanlılığı gösteren bireylerdir.

Psikozda JTC'nin rolü birçok derlemeye konu olmuştur (bakınız, 6,11,126). Derlemelerle birlikte üç tane de sistematik meta-analiz yapılmıştır. 2007 yılında Fine ve arkadaşlarının (17) yapmış olduğu ilk meta-analizde üç sorunun yanıtı aranmıştır: birincisi, JTC yanlılığını en iyi değerlendiren değişken nedir? Sanrılı birey ile sanrılı olmayan bireyi en iyi ayırt eden değişkenin DtD olduğu saptanmıştır. İkincisi, JTC yanlılığı özellikle sanrılıların varlığı ile mi ilişkili ya da sadece şizofreni belirtileriyle mi? JTC yanlılığının, sanrı belirtilerine katkısının olduğu ve şizofreninin epifenomeni olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu sanrılıların oluşumu ve devam etmesinde JTC yanlılığının nedensel etmenlerden biri olduğunu göstermektedir. Üçüncüsü emosyonel olarak belirgin (emotionally salience) bir uyarana eklendiğinde sonuca atlama yanlılığı artıyor mu? Emosyonel uyarının eklenmesinin JTC yanlılığını artırmadığı belirlenmiştir. 38 çalışmanın meta-analizini ise Ross ve arkadaşları 2015 yılının başında yayınlamıştır (185). Bu meta-analizde JTC yanlılığı ile sanrısız düşünce arasında ilişki saptanmış ve anlamlı sonuç elde edilmiştir. Son meta-analiz Dudley ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yayınlanmıştır. Bu meta-analizde 55 çalışma yer almış, psikotik bozukluk tanılı bireylerde sağlıklı kontroller veya diğer mental hastalığı olanlara göre JTC yanlılığının 4-6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca aktif sanrılı bireyler remisyonunda olanlara göre daha çok JTC yanlılığı göstermiştir (sanrıya spesiflik). Sanrı şiddetiyle de JTC arasında da zayıf bir ilişki saptanmıştır (140).

Sanrılı bireylerin yaklaşık %40-70'inde JTC yanlılığı vardır (13,186). JTC yanlılığı ile sanrılıların var olması arasında ilişkinin yanında remisyon döneminde olmanın JTC yanlılığını nasıl etkilediği, tedavinin, bilişsel işlevlerin, belirti şiddetinin, anksiyete varlığının etkisi de araştırılan konulardır. Tablo 2.3'de JTC yanlılığı ile ilgili çalışmalar özetlenmiştir.

2.7. Bilişsel Fonksiyonlar ve JTC Yanlılığı

2007 yılında yapılan meta-analizde JTC yanlılığının tek başına sanrılıların varlığından ziyade şizofreninin aktif sanrılı dönemiyle daha çok ilişkili olduğu

saptanmıştır ve JTC'nin en azından bir kısmı şizofreninin diğer belirtileriyle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (17). Bu görüşten yola çıkarak bilişsel kusurların JTC yanlılığını etkileyebileceği düşünülmüştür. Bilgi toplama sürecinde ve karar verme esnasında bilginin zihinde depolanması ve güncellenmesi gerekmektedir (çalışma belleği işlevi). Bu nedenle çalışma belleği JTC yanlılığına katkıda bulunuyor olabilir. Yapılan çalışmalarla da bu işlevin katkısı olabileceği düşünülmüştür (41,96,187). Ek olarak JTC yanlılığı olanlarda çalışma belleğinin performansının daha kötü olduğu saptanmıştır (126).

Boncuk testinde bellek yardımıyla JTC yanlılığının azaldığı görülmüştür (96). Prefrontal bölge hasarı olanlarda psikotik bozukluk tanısı olmaksızın da JTC yanlılığının olabileceği görülmüştür (40). Ek olarak ventral prefrontal korteksin (PFC) lateral bölgesindeki aktivite değişikliğinin JTC yanlılığı ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (47). Bu bölgenin çalışma belleği, yargılama, öğrenme, problem çözme ve zihin teorisi gibi işlevleri olduğu bilinmektedir (42,43,44,106). Bütün bu pozitif sonuçların yanında JTC yanlılığının hafıza veya dürtüsellik dahil diğer bilişsel yetilerle ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (13,48,49,184).

Tablo 2.3. JTC çalışmaları

Çalışma	Katılımcıların Grupları	Görev	DtD/ JTC	Açıklama
1. Huq ve ark., 1988 (8)	15 şizofreni 10 psikiyatrik kontrol (2 anksiyete) 15 sağlıklı kontrol	85/15	+	Bu konuyla ilgili ilk çalışma. Şizofreni grubu, psikiyatrik ve sağlıklı kontrollerden karar vermek için daha az boncuk çekmiş (sırasıyla ortalama 1.22/3.58/2.6). Şizofreni grubunun %41'i tek bir boncukla sonuca ulaşmış (JTC+). Gruplar arasında IQ (zeka düzeyi) bakımında farklılık yok.
2. Garety ve ark., 1991 (7)	13 sanrılı şizofreni 14 sanrısız bozukluk 14 Anksiyete bozukluğu 13 sağlıklı kontrol	85/15	+	Sanrılı bireylerin %55'inde JTC+ (2 veya daha az boncukta sonuca ulaşanların %47'si sadece tek bir boncukla); sanrılı olmayanlarda %11. Sanrılı bireyler arasında JTC bakımından farklılık yok. JTC, IQ düşüklüğü ve halüsinasyon varlığıyla ilişkili. Tanıdan ziyade sanrılı olmak JTC açısından anlamlı.
3. Mortimer ve ark., 1996 (188)	43 şizofreni	85/15	+	Kontrol grubu yok. Hastaların yüzde kaçının aktif sanrısı olduğu belirtilmemiş. Katılımcıların %42'si sadece bir boncukla sonuca ulaşmış. JTC, sanrı şiddeti veya IQ ile korele değil.
4. Dudley ve ark., 1997a (12)	15 sanrılı şizofreni 15 depresif bozukluk kontrol 15 sağlıklı kontrol	85/15 60/40	+	Sanrılı bireylerde kontrol gruplarına göre her iki görevde de daha fazla JTC+. Hatırlatma yardımı sonucu değiştirmemiş. Sanrılı bireyler her iki görevde de benzer sayıda boncuk çekmiş. JTC, dürtüsellik ve hafıza sorunlarıyla ilişkisiz saptanmış. Yazarlar sanrılı bireylerde normal akıl yürütme süreçlerinin devrede olduğu bildirmiş (anormal akıl yürütme teorisinin aksine).
5. Dudley ve ark., 1997b (187)	15 kötülük görme veya büyüklük sanrılı şizofreni 16 depresif bozukluk kontrol 15 sağlıklı kontrol	60/40 (nötral ve emosyonel uyaranlı (EU) kelimelerle)	+	JTC, şizofreni grubunda her iki görevde de kontrollere göre anlamlı olarak yüksek. Emosyonel uyaranlı görevde tüm gruplarda bilgi-toplama azalıyor; muhtemelen sanrılı grupta en fazla. Emosyonel uyaranlı akıl yürütme sürecini etkiliyor.
6. Peters ve ark., 1997 (189)	23 Sanrılı, karma tanılı grup 22 depresyonlu birey 36 sağlıklı kontrol	85/15	+	Sanrılı bireylerde diğer gruplara kıyasla JTC anlamlı olarak daha yüksek.
7. Conway ve ark., 2002 (190)	10 sanrılı birey 10 sağlıklı kontrol	85/15	+	Boncuklar testi 4 kez uygulanmış ve ortalaması alınmış. Sanrılı bireylerin %73'ünde tek boncukla JTC yanlılığı var. Kontrol grubunda ise sadece %10. JTC ile tanıdan ziyade sanrı varlığı ilişkilendirilebilir (Hastalar sanrılı bozukluklu).
8. Startup, 2004 (191)	28 kötülük görme sanrılı 30 kontrol	60/40	+	Sanrılı gruptaki bireylerin %50'si 2 veya daha az boncukla JTC+; kontrol grubunda %10.

Tablo 2.3. JTC çalışmaları (devamı)

Çalışma	Katılımcıların Grupları	Görev	DtD/ JTC	Açıklama
9. Garety ve ark., 2005 (73)	100 aktif sanrılı birey	85/15 60/40 60/40 EU	+ + +	Terapiye alınan hastaların terapi öncesi değerlendirilmesinde uygulanmış. Görevlerde sırasıyla %53, %41 ve %37 JTC + (2 veya daha az boncukla). JTC, sanrılara inanışla, mental esneklikle ve anksiyeteye ilişkili. IQ ile JTC arasında ilişki bulunamamış.
10. Moritz ve ark., 2005 (13)	31 şizofreni (17 aktif sanrılı) 28 karma psikiyatrik kontrol (7'si anksiyete boz.) 17 sağlıklı kontrol	90/10	+	JTC tek boncukla: sanrılı bireyler %58, sanrılı olmayanlar %21, psikiyatrik kontrollerde %7 ve sağlıklılarda %0. JTC 2 boncukla: aktif sanrılı %65, remisyonda 43. JTC'nin sanrılarla ilişkisi durumsal (state).
11. Peters ve ark., 2006 (14)	23 sanrılı birey 22 psikiyatrik kontrol 36 sağlıklı kontrol	85/15	+	Takip çalışması, aktif sanrılı dönem ve remisyon döneminde test iki kez uygulanmış. JTC yanlılığı dönemden bağımsız, stabilite gösteriyor. Sanrılı dönemde her iki kontrol grubuna göre sanrılı grup daha az boncukla karar vermiş. Gruplar arasında doğru kavanozu seçme bakımından farklılık yok. Sanrı belirti skorlarıyla boncuk testi korele.
12. Van Dael ve ark., 2006 (15)	40 şizofreni/ şizoafektif bozukluk 40 birinci derece psikotik olmayan akraba 41 psikotik deneyimli klinik olmayan kontrol 53 sağlıklı kontrol	85/15	+	JTC (sadece tek bir boncukla) hasta grubunda %32.5, akraba grubunda %25, psikotik deneyimli kontrollerde %14, sağlıklı kontrollerde %11. Psikoza yakınlıkla JTC arasında doz-yanıt ilişkisi var. JTC ile sanrısız düşünce arasında doğrusal olmayan ilişki+. JTC, hem psikoza yakınlık (trait) hem de sanrısız düşünce ile ilişkili (state).
13. Menon ve ark., 2006 (96)	18 aktif sanrılı şizofreni 15 sanrısız olmayan şizofreni 18 kontrol	85/15 60/40 (hem nötral hem EU)	+ + +	JTC bakımından gruplar arası farklılık saptanmamış (sanrılı şizofreni %17; sanrısız olmayan %7). Bellek yardımı (çekilen boncukların tamamı katılımcının görüş alanının solunda gösterilerek) ile 60/40 versiyonda şizofreni tanılılar daha çok boncuk çekmiş. Çalışma belleğinin JTC sürecinde etkisi olabileceği vurgulanmış.
14. Corcoran ve ark., 2007 (192)	39 kötülük görme sanrılı psikotik 29 geçmişte kötülük görme sanrılı psikotik 20 kötülük görme düşünceli depresif 21 psikotik belirtisi olmayan depresif 33 sağlıklı kontrol	60/40 60/40 (olumlu ve olumsuz kelimelerle)	+ +	Kötülük görme sanrılı psikotik ve depresif hastalar diğer 3 gruba göre her iki görevde de daha az boncuk çekmiş. Tedavi ortalama dozları ile korelasyon saptanmamış. JTC, kötülük görme sanrısının varlığı ile ilişkilendirilmiş (durumsal-state).
15. Peters ve ark., 2008 (23)	21 sanrılı şizofreni 16 sanrılı olmayan birey (8'i şizofreni tanılı)	85/15	+	Grupların JTC yüzdesi verilmemiş. Sanrılı grup daha az boncukla sonuca ulaşma eğiliminde; şizofreni tanılılar arasında farklılık yok. Tanıdan ziyade sanrılarının varlığı JTC ile ilişkilendirilmiş.
16. Broome ve ark., 2007 (41)	35 riskli birey 23 sağlıklı birey	85/15 60/40 44/28/28	+ + +	Grupların JTC yüzdesi verilmemiş. Kolay görevde gruplar arası farklılık yok (ort. boncuk sayısı 6.4 ve 7.4). Diğer iki görevde ise riskli gruptakilerde DtD daha az. JTC psikoz için hem trait hem state değişken. JTC psikoza yakınlık ile ilişkilendirilmiş (doz-cevap ilişkisi). Ayrıca çalışma belleğindeki bozuklukla JTC ilişkili.

Tablo 2.3. JTC çalışmaları (devamı)

Çalışma	Katılımcıların Grupları	Görev DtD/ JTC (Boncuk testi)	Açıklama	
17. Hooren ve ark., 2008 (49)	44 psikotik bozukluk 47 ailesel rikli kontrol 41 psikotik deneyimli kontrol 54 sağlıklı kontrol	85/15	+	Grupların JTC yüzdesi verilmemiş. Gruplar arası farklılık belirtilmiş. JTC yanlılığı ile yürütücü işlevleri değerlendiren iz sürme testi arasında pozitif korelasyon var.
18. Menon ve ark., 2008 (16)	14 şizofreni, 1 şizoafektif ve 4 şizofreniform (12'si hiç tedavi görmemiş)	60/40 (Nötral) 60/40 (EU)	+	Antipsikotik tedavinin JTC üzerindeki etkisi değerlendirilmiş. Çalışmanın başlangıcında, 2. ve 4. haftasında test uygulanmış. 2. ve 4. haftada emosyonel uyaranlı görevde katılımcılar anlamlı olarak daha fazla boncukla DtD (2 ile 4. haftalar arasında farklılık yok). Nötral uyaranlıda farklılık yok. Belirtilerde azalma ile DtD arasında ilişki yok. Başlangıçtaki DtD ile sonraki semptom değerleri arasında güçlü ilişki. Başlangıçta JTC olmaması belirtilerde iyileşmeyi predikte ediyor –özellikle pozitif belirtileri-.
19. Bentall ve ark., 2009 (193)	173 depresif ve/veya psikotik bozukluk 64 sağlıklı kontrol	60/40 (nötral) 60/40 (EU)	+	Grupların JTC yüzdesi verilmemiş. Paranoid sanrılarla bilişsel fonksiyon arasında ilişki saptanırken JTC ile saptanmamış. Premorbid IQ ile JTC arasında ilişki var.
20. Lincoln ve ark., 2009 (37)	90 sağlıklı kontrol (çeşitli seviyelerde yatkınlıkları olanlar)	80/20	+	Nötral durumda ve anksiyeteli uyarın verilerle JTC/DtD incelenmiş. Anksiyeteli durumda JTC %51 iken nötral durumda %24. Anksiyete uyarını JTC'yi, o da paranoyayı tetikliyor.
21. Lincoln ve ark., 2010 (18)	71 psikotik bozukluk 68 sağlıklı kontrol	80/20 60/40 60/40 (kumar görevi, ödül motivasyonl)	+	Aktif psikotik belirtili bireylerde remisyonunda veya sağlıklılara göre daha fazla JTC+. Kolay versiyon herhangi bir belirti veya IQ ile ilişkilendirilememiş; Zor versiyon sanrılar ve negatif belirtilerle ilişkili. IQ DtD ile kısmen ilişkili. Ödül motivasyonu sonrası bireyler daha fazla boncukla sonuca ulaşmışlar; yine aktif sanrılı bireyler bu görevde de daha az boncuk çekme eğiliminde.
22. Ross ve ark., 2011 (185)	34 aktif sanrılı şizofreni 34 sağlıklı kontrol	85/15 60/40	+	Akıl yürütme eğitimi öncesi ve sonrası değerlendirme yapılmış. Eğitim öncesi 60/40 testinde hasta grupta JTC 19/34; kontrol grubunda 9/34. Eğitim öncesi hasta grubu 2 eşit gruba bölünmüş (eğitim alan ve kontrol). Eğitim alan grup kontrol grubuna göre eğitim sonrası daha fazla DtD ancak JTC değişmemiş. Eğitimin JTC'ye etkisi yok.
23. Dudley ve ark., 2011 (194)	77 ilk epizod psikoz (6 yatan hasta)	85/15 60/40	+	JTC %42 civarında. Sanrılı bireyler (25/77) ile sanrılı olmayan bireyler (49/77) arasında JTC bakımından farklılık yok. Herhangi bir belirtiyi DtD arasında ilişki yok. JTC'li bireyler daha fazla hata yapmış.
24. Ormrod ve ark., 2012 (184)	29 psikotik bozukluk	85/15 60/40	+	İlk değerlendirmede 17'sinde JTC+ (%59). Sonrasında JTC'ye göre iki gruba ayrılmış: JTC+ ve JTC-. Gruplar arası yürütücü işlevler ve IQ bakımından farklılık yok.

Tablo 2.3. JTC çalışmaları (devamı)

Çalışma	Katılımcıların Grupları	Görev DtD/ JTC (Boncuk testi)	Açıklama	
25. Lunt ve ark., 2012 (40)	19 prefrontal kortex (PFC)'den cerrahi operasyon geçiren 21 tedavi almayan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) 25 sağlıklı kontrol	85/15 60/40	+ +	Prefrontal operasyon geçiren grup her iki görevde de daha az DtD. Bu grubun %26'sı JTC+ (diğer gruplarda %9 ve %4). JTC yürütücü işlevlerle (çalışma belleği) ilişkili bulunmuş, özellikle sol PFC ile. DEHB'de JTC'nin sık bulunmaması, JTC'nin dürtüsellikle direkt ilişkili olmadığını gösterebilir. JTC şizofreniye spesifik değil.
27. Balzan ve ark., 2012 (195)	25 şizofreni 25 sanrıya yatkın birey (klinik olmayan) 25 sağlıklı kontrol	90/10	+	Şizofreni grubunda JTC %68. Testi ikinci kez tekrarlarken "kavanozların test boyunca değiştirilmediği" bilgisine ek olarak farklı renk boncuklar kullanıldıktan sonra bu oran %60'a düşmüş. Testleri yanlış anlayan grupta JTC %52 iken doğru anlayan grupta %21.
28. Garety ve ark., 2013 (10)	126 psikotik bozukluk (%85 şizofreni)	85/15 60/40	+ +	Kolay versiyonda JTC %41 iken zor versiyonda %27. JTC ile IQ arasında ilişki yok. JTC ile çalışma belleği fonksiyonları arasında anlamlı ilişki saptanmış.
29. Freeman ve ark., 2013 (132)	67 kötülük görme sanrılı birey	60/40	+	Endişenin indüklenmesi veya azaltılmasının JTC üzerine etkisi araştırılmış. Endişe seviyesinin değiştirilmesi JTC'yi etkilemiyor.
30. Jolley ve ark., 2014 (196)	204 psikotik bozukluk	85/15 60/40 60/40 (EU)	+ +	Bireylerin %72'sinde JTC+. JTC yanlılığı olanlar daha fazla yanlış kavanozu tercih ediyorlar. Aktif sanrılı bireyler 4 kat daha fazla yanlış kavanoz tercihinde bulunuyor. Yanlış tercih düşük IQ seviyesiyle de ilişkili.
31. Falcone ve ark., 2015 (197)	34 ilk epizod psikoz	85/15 60/40	+ +	Takip çalışması. İlk epizod hastalar 12 ay sonra tekrar değerlendirilmiş. Başlangıç değerlendirmesinde sanrılı bireylerin %55'inde, remisyondaklerin %29'unda JTC+. Belirti şiddeti ile JTC korele. 1 yıl sonraki takipte sanrılı devam eden tüm bireylerde JTC+. JTC, sanrılıların inatçı olmasıyla ilişkili.
32. Başkac ve ark. 2015 (47)	25 kötülük görme sanrılı birey 20 sağlıklı kontrol	90/10 55/45	+ +	Görev esnasında spektroskopi çekilmiş. Ventral PFC'nin medial kısmı boncuk testi ile ilişkili ve hasta grupta aktivitesi azalmış. Ventral PFC'nin lateral kısmı sağlıklı bireylerde DtD ile negatif korele. Bu bölgenin yüksek aktivitesi veya aktivitesinin azalmaması JTC yanlılığı ile ilişkili.
33. Garety ve ark., 2015 (198)	101 aktif sanrılı psikoz	85/15 60/40	+ +	Hastalar 2 gruba ayrılarak bir gruba akıl yürütme eğitimi verilmiş, diğer grup ise kontrol. Eğitim JTC yanlılığı bakımından faydalı. Eğitim sonrası paranoya belirtilerinde değişiklik akıl yürütme yanlılığı, IQ düzeyi, çalışma belleği ve negatif belirtilerle ilişkili. Sanrılıların tedavisinde akıl yürütme ile ilgili müdahaleler faydalı olabilir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmanın örnekleme, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı kliniğinde yatarak tedavi gören veya psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni veya yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanısını karşılayan 97 hastadan ve 31 sağlıklı gönüllüden oluşmuştur.

Katılımcılar dört grupta değerlendirilmiştir. 66 şizofreni tanılı birey, kötülük görme sanrısının olup olmamasına göre iki farklı gruba ayrılmıştır. Bu ayırım, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği'nde (199) bulunan kötülük görme sanrısı maddesinden en az 2 puan (hafif, orta, şiddetli) alan 35 bireyin paranoid grupta; kalan 31 şizofreni tanılı bireyin ise non-paranoid (paranoid belirtileri olmayan) grupta yer almasıyla ortaya çıkmıştır. Kötülük görme sanrısı denilebilmesi için Freeman ve Garety (2000)'nin kötülük görme sanrısı ile ilgili belirlemiş olduğu kriterlerin karşılanmış olması istenmiştir (Bkz.Tablo 2.2). 31 yaygın anksiyete bozukluklu ve 31 sağlıklı gönüllü de diğer grupları oluşturmuştur. Tüm sağlıklı gönüllülere ayrıntılı değerlendirme yapılarak, daha önce psikiyatri tedavi öyküsünün veya ruhsal bir bozukluğun olmadığı belirlenmesi sonucu çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Hastalar için DSM-5'e göre şizofreni veya yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak,
2. 18-65 yaş aralığında olmak,
3. En az 5 yıl eğitim almış olmak,
4. Kendi rızasıyla araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmak,
5. Testlerin uygulanabilmesi için yeterli düzeyde klinik olarak stabil olmak.

Çalışmadan dışlama kriterleri:

1. Alkol veya madde kullanımının olması,
2. Zihinsel gelişim bozukluğu (zeka geriliği) veya majör nörobilişsel bozukluk tanısının olması,
3. Sağlıklı gönüllülerde herhangi bir psikiyatrik tanı veya tedavi öyküsünün olması,
4. Anksiyete bozukluğu tanılı bireylerde belirgin depresif belirtilerin olması,
5. Kafa travması öyküsü veya nörolojik bir hastalığın varlığı,
6. Bilişsel fonksiyonları etkileyecek tıbbi bir hastalığın varlığı,
7. Bilişsel fonksiyonları etkileyebilecek psikotropolar dışında ilaç kullanımı,
8. Ciddi görme kaybı veya renk körlüğünün varlığı,
9. Şizofreni tanılı bireylerde elektro-konvulsif tedavi öyküsünün olmasıdır.

Tüm katılımcılara sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Kavanozda Boncuk Testi (KBT), Londra Kulesi Testi (LKT), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyeteyi Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) uygulanmıştır. Ek olarak şizofreni tanılı katılımcılara Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS) ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ) uygulanmıştır. Şizofreni tanılı bireylerin ayrıca antipsikotik kullanımların klorpromazine eşdeğer dozları literatür bilgisine göre hesaplanmıştır (200,201,202,203,204,205).

Katılımcıların zeka düzeyleri herhangi bir testle ölçülmemesine rağmen, klinik olarak zihinsel yetersizliği düşündürecek belirtiler sorgulanmıştır. Tüm bireylerde okuma-yazmayı geç öğrenme, sınıf tekrarı, özel eğitim almış olma, özbakımını yapamama, konuşmada ve motor gelişimde gerilik gibi durumlar dışlanmıştır. Tüm bireyler sınıf tekrarı olmaksızın en az 5. sınıfı tamamlamıştır. Bu belirtilerin sorgulanmasının ardından zihinsel gerilikten şüphelenilen bireylere uygun zeka testi uygulanmış ve dahil edilme kriterlerine uymayan 12 birey çalışmadan çıkarılmıştır.

3.2. Dizayn ve Prosedür

Bu tez, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan 18.11.2015 tarih ve 224 sayılı etik onay alınarak yapılmıştır. Tüm veriler 01.12.2015 ile 01.09.2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Kesitsel ve fenomenolojik bir çalışmadır. Klinik görüşme ve uygulanan testler tek bir oturumda yaklaşık 60 dakikada yapılmıştır. Öncelikle katılımcıların sosyodemografik bilgileri alınıp çalışma kriterlerine uygun olup olmadıkları değerlendirilmiş, çalışma kriterlerini karşılayan bireylere öncelikle KBT ve LKT uygulanıp hemen ardından belirti ve bulguların varlığı ve şiddeti değerlendirilmiştir. Çalışma kriterlerini karşılayan tüm katılımcılarından yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Tüm testler ve uygulamalar çalışmanın yazarı tarafından yerine getirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Kavanozda Boncuk Testi (KBT)

Boncuk testi (KBT), sonuca atlama yanlılığı olarak bilinen bilgi toplama yanlılığı eğilimini değerlendirmektedir. Bu çalışmada testin iki farklı nötral versiyonu sırayla uygulanmıştır [90/10 ve 60/40- (KBT 90/10) ve (KBT 60/40)]. Her iki versiyonda da 100'er boncuk içeren iki kavanoz kullanılmaktadır. Testin kolay versiyonunda, bir kavanozda 90 tane beyaz ve 10 tane yeşil boncuk yer alırken diğer kavanozda ilk kavanozun tam tersi, 90 tane yeşil ve 10 tane beyaz boncuk vardır. 85/15 oranı yerine 90/10 oranının kullanılmasının sebebi, %90 olasılığın günlük konuşma dilinde yüksek ihtimalle gerçekleşecek bir olayı tarif etmek için kullanmasından dolayıdır. Zor versiyonda ise kavanozların birisinde 60 tane mavi ve 40 tane kahverengi yer alırken diğer kavanozda tam tersi, 60 tane kahverengi ve 40 tane mavi boncuk vardır.

Uygulamanın başlangıcında katılımcılara kavanozlardaki boncuk sayısı ve oranı belirtilir. Sonrasında kavanozlar katılımcının görüş alanından çıkarılır ve kavanozlardan bir tanesi rastgele seçilir, katılımcının seçilenin hangi kavanoz olduğunu anlamaması için kavanozun üzeri örtülür. Seçilen kavanoz tekrar görüş

alanına getirilir ve bu kavanozdan rastgele boncuk çekilmeye başlanır. Çekilen her boncuk katılımcıya gösterildikten sonra aynı kavanoza tekrar koyulur, böylece kavanozdaki boncukların oranı değişmez, hep sabit kalır. Katılımcıların bu testlerdeki görevi, boncukların hangi kavanozdan çekildiğine karar vermeleridir. Hangi kavanoz olduğuna karar vermeden önce istedikleri kadar boncuk görme hakları olduğu katılımcılara teste başlamadan belirtilir. Her bir boncuk çekilip gösterildikten sonra katılımcılara, “yeni bir boncuk daha görmek ister misiniz?” (daha fazla bilgi isteme) veya “hangi kavanozdan boncuk çekildiğine karar verdiyseniz kararınızı söylemek ister misiniz?” şeklinde sorular yönlendirilir. Katılımcıların bu soruları “yeni bir boncuk çek” veya “karar verdim” şeklinde cevaplamaları istenir. Boncukların hangi kavanozdan geldiği katılımcı tarafından karar verildikten sonra test sonlandırılır. Bu testlerin bilgisayar ortamı yerine gerçek kavanoz ve boncuklarla uygulanmasının temel nedeni, daha önceki pek çok çalışmada katılımcıların testin herhangi bir noktasında kavanozların değiş tokuş yapıp yapılmadığını net olarak anlayamamış olmasındandır (195). Katılımcılara önce kolay sonra zor versiyon uygulanmıştır.

Testin sonlanım değişkenlerinden birisi, “karar vermek için çekilen boncuk sayısı” [Draw-to-decision, (DtD)]’dır. Katılımcıda sonuca atlama yanlılığının var olduğunun söylenebilmesi için “yalnızca tek bir boncuk çekildikten sonra” boncukların çekildiği kavanozu karar vermiş olmaları gerekmektedir. Ek olarak, katılımcıların tahminde buldukları kavanozun doğru kavanoz olup olmadığı değerlendirilmiş ve bulgular bölümünde D/Y şeklinde gösterilmiştir (örn, D/Y 90/10= 90/10 versiyonunda doğru kavanozu seçenler: D; yanlış seçenler: Y)

3.3.2. Londra Kulesi Testi (LKT)

LKT, Shallice (1982) tarafından geliştirilmiş bir yürütücü işlev testidir. Testin standardizasyonu Culbertson ve Zilmer (2001) tarafından yapılmıştır (206,207). LKT başta planlama, organize olma ve problem çözme becerilerine duyarlı bir test olmakla birlikte, dikkati odaklama ve sürdürme, uygunsuz tepkileri ketleme, amaca yönelik davranışları sürdürme, zihinsel esneklik gibi yürütücü işlevleri de değerlendirmektedir (208). Ayrıca, problemlerin çözüm olasılıklarını değerlendirme ve uygun motor

hareket dizilerini yerine getirmede, çalışma belleği de aktif olarak işlev görmektedir. Çünkü, seçilen her çözümün geçici olarak bellekte depolanması gerekmektedir.

Orijinal LKT’de problem çözümü için gerekli olan minimum hamle sayısının, en fazla beş olması, sağlıklı katılımcıların performansında tavan etkisi yaratmıştır. Bu nedenle, farklı LKT versiyonları geliştirilmiştir. Bu çalışmada, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Atalay ve Cinan (2007) tarafından yapılmış, Londra Kulesi testinin Drexel Üniversitesi versiyonu (LKT^{DX} testi) kullanılmıştır. LKT^{DX} testi, başlama zamanı parametresi ile planlamanın zihinsel olarak yapıldığı dönemin, planlamanın icra edildiği dönemden ayrı olması gerektiği ve aynı zamanda da başlama zamanı arttıkça (çok fazla zaman ihlali olmaması kaydıyla) planlamanın doğruluğunun da artacağı bir hipotetik zemin üzerine yapılandırılmıştır. LKT^{DX},nin Türkiye normları belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre başlama zamanının azalması, yürütme ve problem çözme zamanının artması kötü performansa; başlama zamanının artması, yürütme ve problem çözme zamanının azalması daha iyi performansa işaret ettiği görülmüştür. LKT^{DX} ölçümlerinin iyi düzeyde test-tekrar test güvenilirlik katsayıları gösterdiği görülmüştür (208).

LKT^{DX} testi, biri katılımcıya biri uygulayıcıya ait birbirine eş iki kule tahtasından oluşmaktadır. Testin uygulanması sırasında kulelerin belli bir düzende olması gerekmektedir. Bu düzene göre, katılımcının el tercihi ne olursa olsun, kendi kule tahtasının en uzun çubuğu katılımcının sağ eline yakın olmalı ve kuleler arasında, yaklaşık 5 cm. uzaklık olmalıdır. Kule tahtalarının üzerinde uzunlukları birbirinden farklı üç tane çubuk vardır. Bu çubuklardan en uzununu üç, ortadaki iki ve en kısası bir boncuk alabilmektedir. Hem uygulayıcı hem de katılımcının birbirlerine eş mavi, yeşil ve kırmızı renkli üç tane boncukları vardır. Katılımcının görevi, uygulayıcının kulesinde gösterdiği farklı şekillerdeki problemlerin birebir aynısını (aynı renkler aynı yerde olacak şekilde) kendi kulesinde yapmasıdır. Ayrıca katılımcıdan problemi mümkün olan en az hamleyle çözmesi istenirken iki kurala da bağlı kalması istenir. Birinci kural bir çubuğa alabileceğinden daha fazla boncuk yerleştirilemeyeceği (Tip 1 kural); ikincisi ise çubuklardan her seferinde sadece bir boncuğun hareket ettirilebileceğidir (Tip 2 kural). Test toplam 10 problemden oluşurken problemlere başlamadan bir tane deneme ve iki tane pratik uygulama yapılır. Problemlerin en az

hamle sayısı dörtten başlar ve zorluk derecesi artarak en fazla yedi olur. Katılımcılara problemlerin en az hamle sayısı belirtilmez.

Testin değerlendirmesinde toplam 7 puan hesaplanmaktadır: Toplam doğru puanı (en az hamlede çözülen problem sayısı toplamı), toplam hamle puanı (katılımcının yaptığı tüm hamle sayısından problemler için belirlenen en az hamle sayıları toplamının çıkarılması), toplam başlama süresi (1. hamlenin yapılmasına kadar geçen sürelerin toplamı), toplam yürütme süresi (1. hamlenin yapılmasından problemin çözülmeye kadar geçen sürelerin toplamı), toplam süre (toplam başlama süresi ile toplam yürütme süresinin toplamı), toplam süre ihlalleri (her problem için verilen 1 dakikalık süreden daha uzun zamanda çözülen toplam problem sayısı), toplam kural ihlalleri (Tip 1 ve tip 2 kuralların ihlallerinin toplam sayısı). Deneme ve pratik uygulamalar değerlendirilmez. Her problem için toplam 2 dk. süre verilir. 2 dk. sürede çözülemeyen problemler için hamle sayısı 20 olarak kabul edilir. LKT^{DX} Yetişkin Kayıt Formu Ek-2’de sunulmuştur.

3.3.3 Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS)

BPRS, şizofreni tanılı bireylerde hem başlangıçta hem de takipte psikopatolojiyi değerlendirmede en sık kullanılan yarı-yapılandırılmış ölçeklerden biridir. Overall ve Gorham tarafından 1962 yılında geliştirilmiştir (209). Psikotik ve davranışsal belirtileri iyi değerlendirirken negatif belirtileri değerlendirmesi zayıftır (210). Faktör analizlere dayandırılarak 5 alt-ölçek elde edilmiştir: Düşünce Bozukluğu (DB), Çekilme Belirtileri (ÇB), Anksiyete/Depresyon (AD), Hostil Davranışlar (HD) ve Etkinlik Belirtileri (EB). DB, şizofreninin pozitif belirtileri (büyüklük sanrısı, halüsinasyon, olağan dışı düşünceler ve düşünce çözülmesi); ÇB, şizofreninin negatif belirtilerini (dezoryantasyon, duygusal küntlük, duygusal içe kapanma ve motor yavaşlama); AD somatik uğraşlar, anksiyete, suçluluk ve depresif duygudurumu; HD taşkınlık, kuşkuculuk, işbirliği kurmamayı; EB ise gerginlik, düşmanca davranış, manyerizm ve postürü değerlendirir (211). Görüşmeci tarafından doldurulan 18 sorudan oluşur ve yedili likert tipi ölçüm sağlar (0-6 puan). Sıfır puan o belirtinin olmadığını ifade ederken altı puan aşırı derecede şiddetli anlamına gelir. İlk 10 soru

katılımcının kendi bildirimleriyle puanlanırken son sekiz soru görüşmecinin gözlemi ve muayenesiyle puanlanır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Soykan tarafından yapılmıştır (212). Ölçek Ek-3’de sunulmuştur.

3.3.4. Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçekleri (Scale for the Assessment of Positive/Negative Symptoms- SAPS/SANS)

SAPS ve SANS şizofrenide pozitif ve negatif psikopatolojiyi değerlendiren, yaygın biçimde kullanılan, yüksek geçerliliği olan yarı-yapılandırılmış ölçeklerdir. Şizofreninin farklı boyutlarını detaylı bir şekilde değerlendirirler. Her iki ölçek de Andreasen tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir (199, 213). Her iki ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini Erkoç ve arkadaşları yapmıştır (214, 215). Bu ölçeklerle yapılan korelasyon çalışması sonrası psikotik, negatif ve dezorganize belirtiler arasında korelasyon saptanmış ve bu belirtilerin şizofreninin üç boyutu olduğu anlaşılmıştır (216). SAPS, 4 alt ölçekten ve toplam 34 sorudan oluşmaktadır. Altılı likert tipi ölçüm sağlamaktadır (0-5 puan). 0 puan belirti yok, 5 puan ise şiddetli anlamına gelir. İlk yedi madde varsanıları, 8-20 arası sanrıları, 21-25 arası garip davranışları, 26-34 arası ise formel düşünce bozukluğunu değerlendirir. SANS ise 5 alt ölçekten ve toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Puanlama SAPS ile benzerdir. İlk 8 madde duygulanımda düzleşme veya küntleşme, 9-13 arası aloji, 14-17 arası enerji ve isteğin azalması, 18-22 arası anhedoni ve 23-25 arası dikkat eksikliğini değerlendirir. Her iki ölçek de son bir ayı değerlendirir.

Çalışmada şizofreni tanılı bireyler SAPS ölçeğinin sanrı alt ölçeğinde yer alan kötülük görme sanrısına göre iki gruba ayrılmıştır. 2 veya daha yüksek puan almış bireyler (belirtinin hafif veya daha şiddetli varlığı) paranoid grupta, daha az puan (belirti yok ve şüpheli belirti) almışlar ise non-paranoid grupta yer almıştır

Tüm grupların SAPS ve SANS toplam puanlarının yanı sıra SAPS alt ölçekleri (varsanı, sanrı, garip davranış, düşünce bozukluğu şeklinde) ve SANS alt ölçekleri (aloji, enerjisizlik, anhedoni, dikkat eksikliği şeklinde) puanları da belirlenerek bulgular bölümünde gösterilmiştir. Ölçekler Ek-4 ve Ek-5’de sunulmuştur.

3.3.5 Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale- HAM-A)

HAM-A, Max Hamilton tarafından 1959 yılında anksiyete şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (217). 14 sorudan oluşan HAM-A, her sorunun 0-4 puan (0-yok, 4-çok şiddetli) arasında değerlendirildiği beşli likert tipi ölçüm sağlar. Tüm anksiyete bozukluğu tanıları için kullanılabilirken en sık yaygın anksiyete bozukluğu için kullanılır (218). Psişik ve somatik alt-ölçekleri bulunur. Psişik alt-ölçeği (1-6 ve 14. maddeler) subjektif bilişsel ve duygudurum belirtilerini (anksiyeteli duygudurum, gerginlik, korku, uykusuzluk, entelektüel-kognitif işlev, depresif duygudurum ve görüşme esnasındaki davranış) değerlendirirken somatik alt-ölçek (7-13. maddeler) ise somatik, otonomik ve çeşitli sistemlere ait fiziksel belirtileri içerir. Tanı koymaktan ziyade tedavi etkinliği ve takip amacıyla kullanılır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır fakat kestirim değeri belirlenmemiştir (219). Çalışmalarda genellikle yaygın anksiyete bozukluğu tanısı için kestirim değeri olarak 17-21 puan kullanılmıştır (220,221,222,223). 2010 yılında yapılan bir çalışmada belirti düzeyi 8-14 puanlar arası hafif; 15-23 puanlar arası orta; 24 ve üzeri ise şiddetli düzeyde belirti (7 ve altı anksiyete yok veya minimal) olarak değerlendirmenin en uygunu olduğu belirtilmiştir (224). Bu tezde HAM-A'dan en az 17 puan alanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ölçek Ek-6'de sunulmuştur.

3.3.6. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale- HAM-D)

HAM-D, 1950'lerin sonunda Hamilton tarafından ilk jenerasyon antidepresanların etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş ve 1960 yılında yayınlanmıştır (225). Yayınlandıktan sonra birtakım revizyonların ardından depresyon şiddetini değerlendiren en yaygın ölçek haline gelmiştir (226,227). Görüşmeci tarafından doldurulan bu ölçek son bir haftayı değerlendirir. Orijinal ölçek önce 17 soru olarak hazırlanmış, sonradan diurnal değişiklik, derealizasyon, paranoid belirtiler ve obsesif belirtiler eklenmiş ancak bu dört belirtinin depresyonun şiddetini

değerlendirmedeği düşünülerek tekrar 17 soruya indirgenmiştir (225). Bu çalışmada da 17 soruluk versiyonu kullanılmıştır. Akdemir ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (228). Ölçeğin 10 sorusu 0-4 puan, diğer 7 soru ise 0-2 puan üzerinden değerlendirilir ve en yüksek 53 puan alınır. 8-13 puan alanlar hafif şiddetli, 14-18 puan alanlar orta şiddetli, 19-22 puan alanlar ise şiddetli, 23 ve üzeri çok şiddetli belirti olarak değerlendirilir. Bu ölçek DSM sisteminden önce geliştirildiği için depresyonun çekirdek belirtilerden anhedoniyi sorgulamamaktadır. Ayrıca psikofizyolojik belirtilere (uyku, iştah gibi) ağırlık vermektedir ve tanı kriterlerinde olmayan anksiyete belirtilerine de içerdiği için spesifitesi azalmaktadır. Ölçek Ek-7'da sunulmuştur.

3.3.7. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ)

CDÖ, şizofreni tanılı bireylerdeki depresyon şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla Addington ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiş bir ölçektir (229). İlk geliştirildiğinde 11 maddeden oluşan bu ölçekten suçluluk sanrısı ve iştah/kilo kaybı maddeleri çıkarılıp 1992 yılında dokuz soru üzerinden geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve son şekli verilmiştir (230). 1994 yılında da şizofrenide depresyona spesifikliğı araştırılarak depresyonun negatif ve ekstrapiramidal yan etki belirtilerinden ayırt edilmesi bakımından kullanışlı olduğu görülmüştür (231). Ayrıca sonraki çalışmalarda da HAM-D ve Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeğinden şizofrenide depresyonu saptamada daha üstün olduğu görülmüştür (232,233). 9 maddeden oluşan CDÖ'nün her maddesi 0-3 puan arasında değerlendirilen dördümlük likert tipinde ölçüm sağlar (0-yok, 3-şiddetli). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (234). Türkçe versiyonunda kestirim değeri 11/12 olarak belirlenmiştir (235). Ölçek Ek-8'de gösterilmiştir.

3.3.8. Barrat Dürtesellik Ölçeği-11 (Barrat Impulsiviness Scale- BIS-11)

Barrat Dürtesellik Ölçeği, 1959 yılında Barrat tarafından dürtüsellik ile anksiyete arasındaki ilişkiyi psikomotor etkinlikle ilişkilendirmeye çalışmasıyla ortaya çıkmıştır (236). Ölçeğin geliştirilmesinden sonra bazı güncellemeler yapılmıştır. 1995 yılında Patton ve arkadaşları tarafından BIS'in 11. gözden geçirilmesi (BIS-11) yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir (237). Çalışmamızda da BIS-11 kullanılmıştır. Dürtüselliği değerlendiren BIS-11, katılımcı tarafından doldurulan, 30 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin üç alt-ölçeği bulunmaktadır: dikkat ile ilişkili dürtüsellik motor dürtüsellik ve plansızlık dürtüselliği. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlayan ölçeğin 11 maddesinin puanlaması ters hesaplanır. Sekiz maddesi dikkat, 11 maddesi motor ve 11 maddesi

de plan yapma ile ilgilidir ve bu alt-ölçeklerden elde edilen üç puanla birlikte ölçeğin toplam puanı olmak üzere dört puan hesaplanır. Daha yüksek toplam BIS-11 puanı daha şiddetli dürtüsellik anlamına gelir. BIS-11'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (238). Ölçek Ek-9'de gösterilmiştir.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistik değerlendirmeleri SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapıldı (239). Tüm değerlendirmelerde non-parametrik testler kullanıldı. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, 30 kişi ve üstü gruplar arası karşılaştırma yaparken T-Testi ve Tek Yönlü ANOVA analiz yöntemi kullanılırken, 30 kişi altı grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis, Mann Whitney U ve Ki-Kare analiz yöntemleri kullanıldı. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise Pearson Korelasyon analiz yöntemi kullanıldı. Verilerin dağılımı Kolmogorow-Smirnow / Shapiro Wilks testleri ve histogramlar incelenerek değerlendirildi. İkili karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için t-test ya da Mann-Whitney U test kullanılırken kategorik değişkenler Ki-kare istatistiği ile değerlendirildi. Ayrıca sonuca atlama yanlılığı (JTC) bağımlı değişken olarak alınarak backward (conditional) binary logistik regresyon analizi yapıldı. Tüm analizlerde istatistik anlamlılık eşik değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde paranoid şizofreni ve paranoid olmayan (non-paranoid) şizofreni, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan katılımcılara ve sağlıklı kontrollere uygulanan testlerin ve ölçeklerin sonuçları verilecektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($X^2=14.342$, $p<.01$). Yaş ($F=0.296$, $p=.828$) ve öğretim yılı ($F=2.260$, $p=.085$) bakımından ise gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler

Değişkenler	Paranoid Şizofreni		Non-Paranoid Şizofreni		Yaygın Anksiyete Bozukluğu		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet										
Kadın	10	18.2	8	14.5	20	36.4	17	30.9	55	100
Erkek	25	34.2	23	31.5	11	15.1	14	19.2	73	100
Medeni Durum										
Evli	8	16.3	4	12.9	18	36.7	18	37.5	48	100
Bekar	25	35.2	23	32.4	11	15.5	11	15.3	72	100
Boşanmış	2	25	4	50	2	25	2	25	8	100
Meslek										
İşsiz	15	48.4	13	41.9	3	9.7	0	0	31	100
Ev Kadını	5	33.3	2	13.3	8	53.3	0	0	15	100
Öğrenci	8	34.8	5	21.7	6	26.1	5	16.1	24	100
Memur	1	8.3	6	50	3	25	2	16.7	12	100
Esnaf	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Serbest	2	7.4	3	11.1	7	25.9	15	55.6	27	100
Emekli	2	50	1	25	1	25	0	0	4	100
İşçi	2	16.7	0	0	3	20	7	58.3	12	100

Tablo 4.1. (devamı)

Değişkenler	Paranoid Şizofreni		Non-Paranoid Şizofreni		Yaygın Anksiyete Bozukluğu		Kontrol		Toplam	
	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d
Yaş	32.91	10.57	33.65	9.72	35.29	11.12	33.77	10.18	33.88	10.33
Öğretim Yılı	11.34	3.55	13.42	4.07	11.13	4.33	12.19	3.56	12	3.94

Hasta gruplarının hastalık özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Paranoid şizofreni ve non-paranoid şizofreni tanılıları arasında yatış sayısı ($t=-0.383$, $p=.704$) ve eş değer doz ($t=1.546$, $p=.127$) bakımından anlamlı bir fark yoktur. Her iki şizofreni grubu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar tanı süreleri açısından karşılaştırılmış ve sonuçta gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1.758$, $p=.178$).

Tablo 4.2. Hasta gruplarına ait hastalık özellikleri

Değişkenler	Paranoid Şizofreni		Paranoid Olmayan Şizofreni		Yaygın Anksiyete		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hasta Durumu								
Yatan	21	84	4	16	0	0	25	100
Ayaktan	14	13.6	27	26.2	31	30.1	72	100
	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d
Tanı Süresi	9.17	7.3	8.87	6.02	6.44	5.52	6.22	6.6
Eşdeğer Doz (mg)	715.1	311.3	587.8	352.5	0	0	655.3	334.8
Yatış Sayısı	2.4	2.06	2.74	4.58	0	0	1.32	2.79
Sigara (paket/yıl)	5.69	9.99	8.11	9.98	3.56	7.44	5.81	9.5

Tablo 4.2. (devamı)

Değişkenler	Paranoid Şizofreni		Paranoid Olmayan Şizofreni		Yaygın Anksiyete		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Başvuru Nedeni								
Uyumsuzluk	4	100	0	0	0	0	4	100
Hostilite	3	100	0	0	0	0	3	100
Aktif Psikotik Belirtiler	17	81	4	19	0	0	21	100
Rutin Kontrol	11	27.5	27	67.5	2	5	40	100
Anksiyete Belirtileri	0	0	0	0	29	100	29	100
Birden Fazla Neden	16	84.2	3	15.8	0	0	19	100

Örneklem gruplarına uygulanan klinik ölçeklere ait ortalama ve standart sapmalar Tablo 4.3’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Gruplara uygulanan ölçek puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları

Tanılar	Paranoid Şizofreni		Paranoid Olmayan Şizofreni		Yaygın Anksiyete		Kontrol	
	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d
BPRS	27.43	8.18	15.23	7.27	14.90	6.84	4.10	2.67
Varsanı	6	5.8	1.94	3.81	0	0	0	0
Kötülük Görme	3.23	0.97	0.32	0.48	0.06	0.25	0	0
Toplam Sanrı	15.11	7.14	4.90	5.04	0.13	0.50	0	0
Garip Davranış	3.88	4.16	0.97	2.33	0	0	0	0
Düşünce Bozukluğu	7.4	6.35	3.61	5.64	0	0	0	0

Tablo 4.3. (devamı)

Tanılar Ölçekler	Paranoid Şizofreni		Paranoid Olmayan Şizofreni		Yaygın Anksiyete		Kontrol	
	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d
Duygulanımda Düzleşme	11.8	6.49	11.64	6.66	0.74	1.71	0.10	0.54
Aloji	4.89	4.26	4.16	2.97	0.16	0.64	0.13	0.72
Enerjisizlik	7.89	3.79	6.26	4.09	4.42	3.74	0.42	1.02
Anhedoni	11.74	4.25	9.97	3.93	8.10	5.16	0.71	1.99
Dikkat Eksikliği	6.23	3.03	5.39	2.54	6.39	3.01	2.84	2.53
SANS Toplam	42.57	17.1	37.39	13.17	19.90	10.38	4.19	4.09
HAM-A Psikik	6.63	3.51	4.71	2.69	12.39	3.27	2.13	2.11
HAM-A Somatik	3.77	3.44	2.61	2.89	11.61	4.18	0.90	1.27
HAM-A Toplam	10.40	5.78	7.32	5.17	23.94	6.80	3.03	2.93
HAM-D Toplam	10.94	5.43	7.81	5.65	13.58	5.66	1.52	2.34
Calgary	6.03	3.75	3.48	2.25	-	-	-	-
BIS-Dikkat	17.03	4.48	15.64	3.68	16.48	4.29	12.58	2.50
BIS-M	20.97	5.3	19.94	4.74	18.58	3.89	18.03	2.82
BIS-NP	25.71	6.34	25.03	5.08	25.61	5.39	22.13	3.81
BIS-Toplam	63.77	12.8	59.90	10.52	60.68	8.64	53.06	7.77

Örneklem gruplarına uygulanan bilişsel ölçeklere ait ortalama ve standart sapmalar ise Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Gruplara uygulanan bilişsel testlerin ortalamaları ve standart sapmaları

Tanılar Testler	Paranoid Şizofreni		Non-Paranoid Şizofreni		Yaygın Anksiyete		Kontrol	
	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d	Ort.	s.d
LKT Toplam Doğru Puan	2.4	2.02	2.71	1.6	2.55	1.50	3.16	2.41
LKT Toplam Hamle Puan	41.23	19.87	44.42	20.76	42.71	14.91	43.03	18.79
LKT Toplam Başlama Süresi (sn.)	49.65	34.6	46.05	18.35	49.42	21.70	49.30	52.29
LKT Toplam Yürütme Süresi (sn.)	220.09	78.59	244.52	113.61	247.62	90.80	203.8	74.79
LKT Toplam Süre (sn.)	264.24	86.97	290.66	123.38	296.98	101.26	253.1	96.41
LKT Toplam Süre İhlalleri	0.49	0.78	0.97	1.62	0.84	0.90	0.61	1.08
LKT Kural İhlalleri	2.6	3.18	1.29	2.34	0.97	2.23	0.35	0.66
KBT 90/10 DTD	2.14	1.54	3	2.58	2.71	1.68	3.22	2.01
KBT 60/40 DTD	2.6	2.06	3.87	3.14	2.97	1.68	4.29	2.45

Grupların BPRS, SAPS, SANS, HAM-A, HAM-D, BIS-11 testlerin toplam puanları ve bu testlerinin alt testleri puanları karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 4.5’de gösterilmiştir. Sonuçta tüm ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Ortaya çıkan farkların kaynağını anlamak için Post Hoc analizlerinden Tukey testi yapılmış ve sonuçlar tabloda gösterilmiştir. Ayrıca paranoid şizofreni grubu ile paranoid olmayan şizofreni grubunun kullandıkları antipsikotik ilaçların klorpromazine göre eşdeğer dozları ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

puanları açısından karşılaştırılmak için T-Testi analizi yapılmıştır. Sonuçta gruplar arasında Calgary Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($t=3.383$, $p<.01$). Buna göre paranoid şizofeni grubundaki hastalar ($ort.=6.03\pm3.75$) paranoid olmayan şizofreni grubundaki hastalardan ($ort.=3.48\pm2.25$) anlamlı olarak daha depresif olduğu söylenebilir. Eşdeğer doz açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($t=1.546$, $p=.127$).

Tablo 4.5. Elde edilen ölçek puanları açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
BPRS	Gruplararası	9013.90	3	19.88	67.921***	.000	PS>NPS
	Grupiçi	5485.41	124	5.69			PS>YA
	Toplam	14499.30	127				PS>K NPS>K YA>K
Varsanı	Gruplararası	806.60	3	268.87	21.103***	.000	PS>NPS
	Grupiçi	1579.87	124	12.74			PS>YA
	Toplam	2386.47	127				PS>K
Kötülük Görme	Gruplararası	246.11	3	82.04	249.229***	.000	PS>NPS
	Grupiçi	40.82	124	0.33			PS>YA
	Toplam	286.93	127				PS>K
Toplam Sanrı	Gruplararası	5075.44	3	1691.81	83.929***	.000	PS>NPS
	Grupiçi	2499.74	124	20.16			PS>YA
	Toplam	7575.18	127				PS>K NPS>YA,K
Garip Davranış	Gruplararası	342.21	3	114.07	18.847***	.000	PS>NPS
	Grupiçi	750.51	124	6.05			PS>YA
	Toplam	1092.72	127				PS>K
Formel Düşünce Bozukluğu	Gruplararası	1245.92	3	415.31	22.105***	.000	PS>NPS
	Grupiçi	2329.76	124	18.79			PS>YA
	Toplam	3575.68	127				PS>K
	Grupiçi	12697.53	124	104.58			NPS>YA
	Toplam	14937.99	127				NPS>K

Tablo 4.5. (devamı)

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
SAPS Toplam	Gruplararası	23149.26	3	7716.42	75.560***	.000	PS>NPS
	Grupiçi	12663.21	124	102.12			PS>YA
	Toplam	35812.47	127				PS>K
Duygulanımda Düzleşme	Gruplararası	4094.66	3	1364.89	59.190***	.000	NPS>YA
	Grupiçi	2859.34	124	23.06			NPS>K
	Toplam	6954	127				NPS>YA
Aloji	Gruplararası	627.64	3	209.214	28.527***	.000	NPS>K
	Grupiçi	909.41	124	7.33			PS>YA
	Toplam	1537.06	127				PS>K
Enerji İsteğın Azalması ve	Gruplararası	998.30	3	332.77	28.643***	.000	PS>YA
	Grupiçi	1440.58	124	11.62			PS>K
	Toplam	2438.88	127				NPS>K
Anhedoni	Gruplararası	2250.74	3	750.25	46.638***	.000	YA>K
	Grupiçi	1994.75	124	16.09			PS>YA
	Toplam	4245.49	127				PS>K
Dikkat Eksikliği	Gruplararası	254.42	3	84.81	10.852***	.000	NPS>K
	Grupiçi	969.08	124	7.82			PS>YA
	Toplam	1223.49	127				YA>K
SANS Toplam	Gruplararası	29888.40	3	9829.47	64.567***	.000	PS>YA
	Grupiçi	18877.48	124	152.24			PS>K
	Toplam	48365.88	127				NPS>YA
							NPS>K

Tablo 4.5. (devamı)

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
HAM-A Psişik	Gruplararası	1766.48	3	588.83	67.023***	.000	PS>NPS
	Grupiçi	1089.40	124	8.79			PS<YA
	Toplam	2855.88	127				PS>K NPS<YA
HAM-A Somatik	Gruplararası	2093.53	3	697.84	70.490***	.000	PS<YA
	Grupiçi	1227.59	124	9.90			PS>K
	Toplam	3321.12	127				NPS<YA YA>K
HAM-A Toplam	Gruplararası	7584.17	3	2528.06	87.564***	.000	PS<YA
	Grupiçi	3580.01	124	28.87			PS>K
	Toplam	11164.18	127				NPS<YA NPS>K YA>K
HAM-D Toplam	Gruplararası	2535.79	3	845.26	33.986***	.000	PS>K
	Grupiçi	3084.02	124	24.87			NPS<YA
	Toplam	5619.80	127				NPS>K YA>K
BIS-Dikkat	Gruplararası	376.61	3	125.54	8.528***	.000	PS>K
	Grupiçi	1825.36	124	14.72			NPS>K
	Toplam	2201.97	127				YA>K
BIS-Motor	Gruplararası	174.01	3	58.00	3.098*	.029	PS>K
	Grupiçi	2321.36	124	18.72			
	Toplam	2495.37	127				
BIS-Plansızlık	Gruplararası	269.93	3	89.98	3.237*	.025	PS>K
	Grupiçi	3446.95	124	27.80			
	Toplam	3716.88	127				
BIS-Toplam	Gruplararası	1970.47	3	656.82	6.281**	.001	PS>K
	Grupiçi	12697.53	124	104.58			NPS>K
	Toplam	14937.99	127				YA>K

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 (PS: Paranoid Şizofreni, NPS: Non-Paranoid Şizofreni, YA: Yaygın Anksiyete, K=Kontrol gruplarını ifade etmektedir.)

Bilişsel testlerden elde edilen puanlar bakımından gruplar arasında fark olup olmadığı incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.6’da gösterilmiştir. LKT toplam kural ihlalleri ($F_{(3-124)}=5.547$, $p<.01$) ve KBT 60/40 DTD ($F_{(3-124)}=3.495$, $p<.05$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu, diğer ölçek puanları bakımından ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ortaya çıkan farkın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizine göre, paranoid şizofreni hastaları LKT’de hem yaygın anksiyete hastalarından, hem de sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha fazla kural ihlali yapmıştır. KBT 60/40 versiyonunda paranoid şizofreni hastaları kontrol grubundan anlamlı olarak daha az sayıda boncuk çekerek karar vermişlerdir.

Tablo 4.6. Bilişsel testlerden elde edilen puanlar açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları

Değerler Testler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
LKT Toplam Doğru Puan	Gruplar arası	10.46	3	3.49	0.947	.420	-
	Grup içi	456.66	124	3.68			
	Toplam	467.12	127				
LKT Toplam Hamle Puan	Gruplar arası	169.64	3	56.55	0.161	.923	-
	Grup içi	43611.08	124	351.70			
	Toplam	43780.72	127				
LKT Toplam Başlama Süresi	Gruplar arası	276.72	3	92.24	0.078	.972	-
	Grup içi	146958.70	124	1185.15			
	Toplam	147235.42	127				
LKT Toplam Yürütme Süresi	Gruplar arası	40596.96	3	92.24	0.078	.972	-
	Grup içi	1012399.39	124	1185.15			
	Toplam	1052996.35	127				
LKT Toplam Süre	Gruplar arası	41330.96	3	13776.99	1.314	.273	-
	Grup içi	1300248.19	124	10485.87			
	Toplam	1341579.15	127				
LKT Toplam Süre İhlalleri	Gruplar arası	4.62	3	1.54	1.198	.313	-
	Grup içi	159.26	124	1.28			
	Toplam	163.88	127				
	Grup içi	705.24	124	5.69			

Tablo 4.6. (devam)

Değerler Testler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
LKT Toplam Kural İhlalleri	Gruplar arası	90.02	3	30.01	5.547**	.001	PS>YA PS>K
	Grup içi	670.85	124	5.41			
	Toplam	760.88	127				
KBT 90/10 DTD	Gruplar arası	21.91	3	7.30	1.863	.139	-
	Grup içi	486.09	124	3.92			
	Toplam	508	127				
KBT 60/40 DTD	Gruplar arası	59.64	3	19.88	3.495*	.018	PS<K
	Grup içi	705.24	124	5.69			
	Toplam	764.88	127				

Gruplar arasında KBT 90/10 JTC, D/Y 90/10, KBT 60/40 JTC ve D/Y 60/40 değerleri bakımından fark olup olmadığını belirlemek için ise Ki-Kare analiz yapılmıştır (Tablo 4.7). Sonuçta, KBT 90/10 JTC ($X^2=8.989$, $p<.05$) ve KBT 60/40 JTC ($X^2=9.394$, $p<.05$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Paranoid şizofreni tanılıların %54.3'ü KBT'nin 90/10 versiyonunda sonuca atlamıştır (JTC+). Aynı testte non-paranoid şizofreni tanılarda JTC yanlılığı %38.7, yaygın anksiyeteli bireylerde %32.2 ve kontrol grubunda %19.4'dür. Benzer şekilde paranoid şizofreni grubunda KBT 60/40 versiyonundaki JTC oranı %45.7'dir. Bu durum non-paranoid grupta %29.0, yaygın anksiyete grubunda %22.6 ve kontrol grubunda %12.9'dur. KBT 90/10 versiyonunda doğru kavanozu bilme oranı paranoid şizofrenide %90, non-paranoid şizofrenide %87, yaygın anksiyetede %88 ve kontrol grubunda %95 olarak saptanmıştır. KBT 60/40 versiyonunda doğru bilme oranları ise sırasıyla %71, %70, %56 ve 54'dür. Sonuç olarak D/Y 90/10 ($X^2=1.091$, $p=.779$) ve D/Y 60/40 ($X^2=2.432$, $p=.488$) değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 4.7. KBT 90/10 ve 60/40 versiyonlarında JTC oranları

Değişkenler	Gruplar	Paranoid Şizofreni		Non-Paranoid Şizofreni		Yaygın Anksiyete		Kontrol		sd	X ²	p
		N	%	N	%	N	%	N	%			
KBT 90/10 JTC	Atlayan	19	54.3	12	38.7	10	32.2	6	19.4	3	8.989*	.029
	Atlamayan	16	45.7	19	62.3	21	67.8	25	81.6			
KBT 60/40 JTC	Atlayan	16	45.7	9	29	7	22.6	4	12.9	3	9.394*	.024
	Atlamayan	19	54.3	22	71	24	77.4	27	78.1			

(*p<.05)

Paranoid şizofreni grubunda yer alan hastalar, KBT 90/10 versiyonuna göre sonuca atlama yanlılığı olan ve olmayan şeklinde gruplandırılmıştır ve bu gruplar arasında uygulanan ölçek puanları ve LKT açısından anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Sonuçlara bakıldığında, gruplar arasında sadece LKT Toplam Süre İhlalleri (U=84.5, p<.01) açısından anlamlı bir fark varken, diğer ölçümler açısından anlamlı bir fark yoktur. KBT 90/10 versiyonuna göre sonuca atlama yanlılığı olanlar (Sıra Ort.=14.45) olmayanlara (Sıra Ort.= 22.22) göre anlamlı olarak daha az LKT’de toplam süre ihlalleri yapmıştır.

Paranoid şizofreni grubunda yer alan hastalar, bu kez KBT 60/40 versiyonuna göre sonuca atlama yanlılığı olan ve olmayan şeklinde gruplandırılmıştır ve bu gruplar arasında uygulanan ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yine Mann-Whitney U analizi yapılmış, sonuçlar Tablo 4.8.’de gösterilmiştir. Sonuçlara bakıldığında, gruplar arasında SAPS’ın toplam sanrı (U=89.5, p<.05) alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark varken, diğer ölçümler açısından anlamlı bir fark yoktur. KBT 60/40 versiyonuna göre sonuca atlama yanlılığı olanlar (Sıra Ort.=21.91) olmayanlara (Sıra Ort.= 14.71) göre anlamlı olarak daha fazla toplam sanrı puanlarına sahiptirler.

Tablo 4.8. Paranoid şizofreni grubunda KBT 60/40 versiyonunda sonuca atlama yanlılığı olan ve olmayanların uygulanan testler ve hastalık özellikleri açısından karşılaştırılması

Ölçekler	KBT 60/40 Versiyonu	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
LKT Toplam Doğru Puan	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.38	278	142	.734
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.53	352		
LKT Toplam Hamle Puan	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.84	285.5	149.5	.934
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.13	344.5		
LKT Toplam Başlama Süresi	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	14.91	238.5	102.5	.101
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	20.61	391.5		
LKT Toplam Yürütme Süresi	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	15.06	241	105	.120
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	20.47	389		
LKT Toplam Süre	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	15.31	238.5	109	.154
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	20.26	391.5		
LKT Toplam Süre İhlalleri	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	14.91	238.5	102.5	.051
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	20.61	391.5		
LKT Toplam Kural İhlalleri	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.75	284	148	.891
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.21	346		
BPRS	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	19.91	318.5	121.5	.312
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	16.39	311.5		
Varsanı	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.97	287.5	151.5	.987
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.03	342.5		
Kötülük Görme	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	20.06	321	119	.253
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	16.26	309		
Toplam Sanrı	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	21.91	350.5	89.5*	.038
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	14.71	279.5		
Garip Davranış	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.88	286	150	.946
	Sonuca Yanlılığı Olmayan	19	18.11	344		

Tablo 4.8. (devamı)

Ölçekler/ Testler	KBT 60/40 Versiyonu	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Formel Düşünce Bozukluğu	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	20.97	335.5	104.5	.114
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	15.50	294.5		
SAPS Toplam	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	21.22	339.5	100.5	.088
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	15.29	290.5		
Duygulanımda Düzleşme	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	16.75	368	132	.507
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	19.05	362		
Aloji	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	15.78	252.5	116.5	.235
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	19.87	377.5		
Enerji ve İsteğin Azalması	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	20.94	335	105	.118
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	15.53	295		
Anhedoni	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	19.78	316.5	123.5	.342
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	16.50	313.5		
Dikkat Eksikliği	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	20.34	325.5	114.5	.206
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	16.03	304.5		
SANS Toplam	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.78	284.5	148.5	.908
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.18	345.5		
HAM-A Psişik	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.16	274.5	138.5	.654
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.71	355.5		
HAM-A Somatik	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	16.69	267	131	.483
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	19.11	363		
HAM-A Toplam	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	16.41	262.5	126.5	.396
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	19.34	367.5		

Tablo 4.8. (devam)

Ölçekler/ Testler	KBT 60/40 Versiyonu	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
HAM-D Toplam	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.38	278	142	.740
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.53	352		
Calgary	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	19.53	312.5	127.5	.414
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	16.71	317.5		
BIS-Dikkat	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.69	283	147	.868
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.26	347		
BIS-Motor	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	15.69	251	115	.219
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	19.95	379		
BIS-Plansızlık	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	19.78	316.5	123.5	.343
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	16.50	313.5		
BIS- Toplam	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	17.44	279	143	.765
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	18.47	351		
Hastalık Tanı Süresi	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	19.81	317	123	.334
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	16.47	313		
Hastaneye Yatış Sayısı	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	21.38	342	98	.067
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	15.16	288		
Öğrenim Yılı	Sonuca Atlama Yanlılığı Olan	16	19.03	304.5	135.5	.581
	Sonuca Atlama Yanlılığı Olmayan	19	17.13	325.5		

(*p<.05)

Paranoid şizofreni grubunda LKT ve KBT testleri ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon analiz yapılmıştır (Tablo 4.9.). LKT toplam başlama süresi ile varsanı alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ($r=.434$, $p<.01$), enerji ve isteğin azalması ($r=-.354$, $p<.05$), BIS-Plansızlık ($r=-.520$, $p<.01$), BIS-Toplam ($r=-.413$, $p<.05$) ve HAM-A ($r=-.341$, $p<.05$) toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre LKT başlama süresi

arttikça, varsanı artmakta, enerji ve istek, plansızlık, anksiyete ve dürtüsellik azalmaktadır. Eşdeğer doz ile hem LKT toplam yürütme süresi ($r=.392$, $p<.05$) hem de LKT toplam süre ($r=.340$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Antipsikotik dozu arttikça LKT toplam yürütme süresinde ve toplam sürede de artış olmaktadır. LKT kural ihlalleri ile SAPS toplam puanları arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.410$, $p<.05$). Buna göre, SAPS toplam puanları arttikça, LKT toplam kural ihlalleri de artmaktadır. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.9. Paranoid şizofreni grubunda LKT ve KBT testleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki (* $p<.05$, ** $p<.01$)

Testler Ölçekler	LKT Toplam Doğru Puan	LKT Toplam Hamle Puan	LKT Toplam Başlama Süresi	LKT Toplam Yürütme Süresi	LKT Toplam Süre	LKT Toplam Süre İhlalleri	LKT Toplam Kural İhlalleri	KBT 90/10 DTD	KBT 60/40 DTD
Tanı Süresi	-.082	.187	.100	.003	-.028	-.188	-.144	-.234	-.227
Yatış Sayısı	-.139	.035	.001	-.039	-.037	.022	-.006	-.214	-.266
Eşdeğer Doz	-.134	.048	.285	.392*	.340*	.193	-.300	.019	-.001
BPRS	.027	-.088	-.005	-.043	-.017	-.015	.287	-.138	-.159
Varsanı	.015	-.140	.434**	-.103	.018	-.013	.309	-.165	-.089
Kötülük Görme	-.018	-.045	.067	-.170	-.105	-.034	.040	-.219	-.202
Toplam Sanrı	.080	-.150	.194	-.146	-.009	-.069	.091	-.128	.193
Garip Davranış	.125	-.314	.206	-.204	-.092	-.136	.319	-.053	-.060
Formel Düşünce Bozukluğu	-.307	.192	-.211	-.024	-.105	-.023	.324	-.117	-.244
SAPS Toplam	-.102	-.117	.206	-.184	-.083	-.058	.410*	-.240	-.285
Duygulanımda Düzleşme	-.045	-.109	.171	-.122	-.139	-.120	.210	.021	.011
Enerji ve İsteğin Azalması	-.117	-.052	-.354*	-.004	-.074	-.110	.179	-.220	-.217
Anhedoni	-.012	-.152	-.092	-.261	-.293	-.165	.377*	-.309	-.264
Dikkat Eksikliği	-.208	.004	.026	-.181	-.205	.001	.327	-.222	-.291
SANS Toplam	-.078	-.087	.030	-.136	-.171	-.072	.332	-.169	-.165
HAM-A Psikik	-.140	-.011	-.248	.243	.121	.079	.313	.097	.048
HAM-A Somatik	-.075	.110	-.320	-.061	-.176	-.198	-.213	.240	.111
HAM-A Toplam	-.130	.059	-.341*	.111	-.031	-.070	.063	.202	.095
HAM-D Toplam	-.307	-.127	-.083	.021	-.076	-.167	.320	-.077	-.147
Calgary	-.033	-.228	-.181	-.115	.209	-.125	.319	-.093	-.215
BIS-Dikkat	-.099	-.090	-.287	-.061	-.184	.114	.228	.098	.068
BIS-Motor	-.002	.092	-.303	-.107	-.187	-.004	-.079	.134	.099
BIS-NP	.117	-.020	-.520**	-.069	-.156	-.048	-.290	.107	-.083
BIS-Toplam	.060	-.012	-.413*	-.093	-.185	.011	-.115	.139	.020

Yaygın anksiyete grubunda LKT ve KBT testleri ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon analiz yapılmıştır (Tablo 4.10.). LKT toplam hamle puanı ile HAM-A Psişik ($r=.445$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre psişik anksiyete belirtileri arttıkça, LKT toplam hamle puanı artmaktadır. LKT toplam kural ihlalleri puanı ile BIS-Motor alt ölçek ($r=.514$, $p<.01$) ve BIS toplam puanları ($r=.356$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre hem motor dürtüsellik ve hem de genel dürtüsellik arttıkça LKT toplam kural ihlali puanı artmaktadır. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.10. Yaygın anksiyete grubunda LKT ve KBT testleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki

	LKT Toplam Doğru Puan	LKT Toplam Hamle Puan	LKT Toplam Başlama Süresi	LKT Toplam Yürütme Süresi	LKT Toplam Süre	LKT Toplam Süre İhlalleri	LKT Toplam Kural İhlalleri	KBT 90/10 DTD	KBT 60/40 DTD
Tam Süresi	.113	-.186	.021	.003	.007	.078	.124	.113	-.057
HAM-A Psişik	-.316	.445*	-.196	.231	.165	.135	.011	-.033	-.276
HAM-A Somatik	-.172	.202	-.143	.053	.017	.063	-.030	-.007	-.191
HAM-A Toplam	-.261	.346	-.180	.153	.099	.113	-.016	-.022	-.242
HAM-D Toplam	-.180	.210	-.079	.255	.211	.216	-.117	-.083	-.299
BDÖ-Dikkat	-.048	-.191	.099	-.078	-.049	-.083	-.005	-.105	-.187
BDÖ-Motor	-.136	.125	-.138	-.076	-.097	-.115	.514**	.011	-.226
BDÖ-Plansızlık	-.026	-.028	-.050	-.019	-.029	.056	.204	-.046	.072
BDÖ Toplam	-.102	-.056	-.044	-.085	-.086	-.058	.356*	-.076	-.150

Son olarak, tüm şizofreni tanılı bireylerde KBT 90/10 ve 60/40 versiyonunda sonuca atlama yanlılığı ortaya çıkmasına neden olan etmenler incelenmiştir. KBT 90/10 versiyonu dikkate alınarak yapılan logistik regresyon analizinde bağımsız değişkenlerin açıklayıcılığı (R^2) 0.27'dir. Öğretim yılında (sınırdan anlamlı) 1 birimlik artışın sonuca atlama yanlılığı riskini yaklaşık olarak %15 azalttığı, toplam SANS ve yaş puanlarında 1 birimlik artışın ise sırasıyla sonuca atlama yanlılığı riskini yaklaşık %5 ve %7 oranında arttırdığı saptanmıştır. HAM-A toplam puanlarında artışın da (istatistiksel olarak anlamlı olmasa da) sonuca atlama

yanlılığını %9 oranında azalttığı gözlenmiştir. Bu bulgular tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Şizofreni tanılılarda KBT 90/10 versiyonunda JTC yanlılığına neden olan etmenleri belirlemek için yapılan logistik regresyon analizi

	B	Wald	Exp(B)	Sig.
Öğrenim Yılı	-.157	3.723	.854	.054
HAM-A (Toplam)	-.097	3.021	.908	.082
SANS (Toplam)	.046	4.424	1.047	.035
Yaş	.067	5.092	1.069	.024

KBT 60/40 versiyonu dikkate alınarak yapılan logistik regresyon analizinde ise bağımsız değişkenlerin açıklayıcılığı (R^2) 0.41’dir. Toplam SAPS ve BIS-NP puanlarında 1 birimlik artışın sonuca atlama yanlılığı riskini sırasıyla %7 ve %25 oranında arttırdığı, BIS-M puanlarında 1 birimlik artışın ise sonuca atlama yanlılığı riskini yaklaşık %22 oranında azalttığı saptanmıştır. Yaşın artması da (istatistik olarak anlamlı olmasa da) sonuca atlama yanlılığını %6 oranında arttırdığı saptanmıştır. Bulgular tablo 4.12.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Şizofreni tanılılarda KBT 60/40 versiyonunda JTC yanlılığına neden olan etmenleri belirlemek için yapılan logistik regresyon analizi

	B	Wald	Exp(B)	Sig.
SAPS (Toplam)	.068	9.074	1.070	.003
BIS-M	-.244	7.651	.784	.006
BIS-NP	.229	9.132	1.257	.003
Yaş	.060	3.177	1.062	.075

5. TARTIŞMA

Bu tez ile iki kilit sorunun cevabı araştırılmıştır. Birincisi, paranoid şizofreni tanımlı hastalarla non-paranoid şizofreni ve anksiyete bozukluklu hastalar ve sağlıklı gönüllülerin JTC yanlılığı bakımından bir farklılık taşıyıp taşımadığının saptanmasıdır. İkincisi ise JCT yanlılığı sürecini etkileyen nedensel faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır.

Paranoid şizofreni tanımlı bireyler, özellikle sağlıklı gönüllülere göre karar vermeden önce daha az bilgi toplayarak sonuca ulaşmaktadırlar. Paranoid şizofrenili bireyler küçük bir kanıt temelinde çok daha hızlı karar verirler ve bilgi toplama yanlılığı gösterirler. KBT 90/10 versiyonunda paranoid şizofreni bireylerin %54.3'ü sadece bir boncuk çekerek sonuca atlama yanlılığı gösterirken, bu oran sağlıklı gönüllülerde ise %19.4 olarak saptanmıştır. Bu sonuç daha önceki literatür bilgisiyle uyumludur. Bu konu ile ilgili literatürdeki ilk çalışmayı Huq ve arkadaşları (1988) yapmış, şizofreni grubunun %41'nde tek bir boncukla JTC yanlılığı saptarken, daha sonra yapılan birçok çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (7,8,12,13,73,184). KBT 60/40 versiyonunda da 90/10 versiyonuna benzer şekilde paranoid şizofreni tanımlılarla sağlıklı gönüllüler arasında JTC bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır. Paranoid şizofreni tanımlı bireylerin %45.7'si tek bir boncukla sonuca atlarken, sağlıklı gönüllülerde bu oran yalnızca %12.9'dur. Bu bulgu da önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (132,187,191,192). Paranoid şizofreni tanımlı bireylerin kavanozda boncuk testinin zor versiyonunda kolay versiyonuna göre sonuca atlama oranlarının nispeten daha az ve karar vermek için çekilen boncuk sayısının daha fazla olması, bu bireylerin karar verme sürecinde kısıtlı bilgi toplamalarının görevleri önemsememelerine, sıkılmalarına veya motivasyon azlığına açıkça bağlanamayacağını gösterebilir. Bununla birlikte, paranoid şizofreni tanımlı bireylerin BIS-11 ölçeği puanlarının sağlıklı gönüllülere göre anlamlı olarak daha yüksek olması, sonuca atlama yanlılığında dürtüsellüğün de etkisinin olabileceğini düşündürülebilir.

KBT'nin artefaktlarından birisi katılımcıların çekilen boncukların yalnızca tek bir kavanozdan geldiğini anlamamalarıdır (13,195). Bu nedenle teste başlamadan önce katılımcılara "boncukların hep aynı kavanozdan çekildiği" belirtilmiştir. Ek

olarak bu artefaktan kurtulmak için testin bilgisayar yazılımı yerine gerçek kavanozlar ve boncuklar kullanılmıştır. Testin her iki versiyonun farklı konseptler olduğunun daha iyi anlaşılması için de her iki versiyonda da farklı renkli boncuklar kullanılmıştır. Kısacası, bu müdahaleler ile testin daha iyi anlaşılması hedeflenmiştir. Balzan ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir çalışmada, JTC yanlılığı olanların %52'sinin testi tam doğru anlamadığı tespit edilmiştir (195). Verilen ek bilgiler ve müdahaleler, çalışmamızdaki JTC yanlılığını oranlarını azaltmış olabilir. Nitekim yukarıda bahsedilen müdahaleler yapılmaksızın yapılan çalışmaların bazılarında %70'i bulan JTC yanlılığı oranları tespit edilmiştir (190,195,196). Bu bulgulara ek olarak çalışmamızda, boncukların geldiği kavanozun doğru bilinme oranları bakımından gruplar arası farklılık saptanmamıştır. Peters ve Garety'nin 2006 yılında yaptığı çalışmada da benzer bulgunu elde edildiği görülmektedir (14). Bu sonuç paranoid şizofreni hastalarının daha fazla sonuca atlama yanlılığı göstermesine rağmen en doğru kararı verme çabası gösterdiklerini yansıtmaktadır. Sonuca atlayanlar, rastgele tercihlerde bulunmaktan ziyade hızlıca karar verip sonuca ulaşan bireylerdir.

Paranoid şizofreni tanılı hastalar KBT'nin zor versiyonunda sağlıklı gönüllülere göre anlamlı olarak daha az boncuk çekerek karar vermiştir (ort. 2.6'a karşı 4.29 boncuk). Garety ve Freeman'ın yaptığı derlemede (1999), "karar vermek için çekilen boncuk sayısı (DtD)"nin JTC yanlılığını değerlendiren diğer parametrelere göre etki büyüklüğünün daha fazla olduğu vurgulanmıştır (6). Fine ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde ise JTC yanlılığını en iyi değerlendiren ve sanrılı bireyler ile sanrılı olmayan bireyleri en iyi ayırt eden değişkenin DtD olduğu belirtilmiştir (17). KBT'nin kolay versiyonunda DtD bakımından gruplar arası anlamlı bir fark olmamasına rağmen zor versiyonunda paranoid şizofreni tanılılar ile sağlıklı kontrol arasında anlamlı bir fark olmasının sebeplerinden birisi, sağlıklı bireylerin daha belirsiz durumlarda karar vermeyi daha fazla erteleyerek belirsizliği en aza indirmeye çalışmaları nedeniyle olabilir. Bunun yanında, paranoid şizofreni tanılılar hastalar belirsiz durumlarda karar vermeyi ertelemekle ilgili güçlük yaşamaktadır.

Paranoid şizofreni grubundaki bireylerden JTC yanlılığı olanların sanrı şiddeti, JTC yanlılığı olmayanlara göre belirgin yüksektir. Yapılan birçok çalışmada

sanrı varlığı ile JTC arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (15,23,73,190). Bulgularımıza benzer şekilde sanrı şiddetiyle JTC yanlılığı arasında anlamlı ilişki saptayan çalışmaların yanı sıra (14,240) ilişki saptamayan çalışmalar da literatürde yer almaktadır (188). Sonuç olarak, mevcut bulgularımız en azından paranoid şizofreni tanılı bireylerde sanrı şiddeti ile JTC yanlılığı arasında doz-yanıt ilişkisinin olduğunu göstermektedir.

Paranoid belirtileri olmayan şizofreni tanılı bireylerde, JTC yanlılığı açısından diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmasa da KBT'nin her iki versiyonunda da yaygın anksiyeteli ve sağlıklı gönüllülere göre daha fazla sonuca atlama yanlılığı göstermişlerdir. Her iki gruba göre daha yüksek JTC oranları, şizofreninin varlığına bağlı olabilir. 2007 yılındaki bir meta-analizde de JTC yanlılığının sadece şizofreni belirtilerine bağlı bir epifenomen olmadığı belirtilmiştir (17). Non-paranoid şizofreni grubunda JTC yanlılığı bakımından anlamlı bir farklılık ortaya çıkmaması veya paranoid şizofrenili bireylere benzer oranlarda JTC yanlılığının görülmemesi birkaç faktöre bağlı olabilir. Birincisi, anlamlı farklılık oluşturabilecek katılımcı sayısına ulaşamamış olabilir. İkincisi, paranoid şizofreni grubundakilerin paranoid olmayan gruba göre varsanı, kötülük görme sanrısı, toplam sanrı şiddeti, garip davranış, formal düşünce bozukluğu gibi pozitif psikotik belirtilerin ve depresif belirtiler ile psişik anksiyetenin daha belirgin olması bu farklılığın nedeni olabilir. Bunlarla birlikte şizofreni grupları arasında tanı süresi, toplam yatış sayısı, eşdeğer antipsikotik dozu gibi prognozu etkileyen parametreler bakımdan farklılık görülmemesi iki şizofreni grubu arasındaki JTC yanlılığındaki farklılığı mevcut klinik belirtiler (pozitif psikotik, depresif veya anksiyete belirtilerinin) açıklayabilir. Belki de bu iki şizofreni grubunun temel ayırım noktası olan kötülük görme hezeyanı JTC yanlılığını direkt etkilemektedir. 2007 yılında yapılan bir çalışmada da kötülük görme sanrısının var olmasının JTC yanlılığını etkilediği vurgulanmıştır (192). Sonuç olarak, JTC yanlılığını hem şizofreninin varlığı (trait) hem de belirti şiddeti (state) etkiliyor gibi görünmektedir. Mevcut literatür de bunu desteklemektedir (7,12,13,15,23,41,73,192,197).

Mevcut bulgular, psikiyatrik belirtilerin JTC tarzı akıl yürütmeye katkıda bulunduğunu göstermektedir. JTC çalışmalarının çoğunluğunda şizofreni tanılı bireylerde sanrılar mevcuttur. Menon ve arkadaşları (2006), şizofrenili bireylerde

bilişsel yetilerdeki bozulmanın akıl yürütme testi performansını etkilediğini vurgulamıştır (96). Dikkat, çalışma belleği, yürütücü işlevler gibi bilişsel fonksiyonlar KBT testi performansını etkileyebilmektedir (10,241). Bu nedenle bilişsel yetiler, akıl yürütme için potansiyel karıştırıcı faktörlerdir. Sonuca atlama yanlılığı psikiyatrik belirtilerden ziyade bir veya birkaç bilişsel yetideki defisit davranışsal yansıması olabilir. Bu nedenlerden dolayı planlama, organize olma, ket vurma, problem çözme, kurallara uygun hareket edebilme, esnek düşünebilme gibi yürütücü işlevler ve çalışma belleği-dikkati değerlendiren LKT testi tüm katılımcılara uygulanmıştır. Sonuç olarak gruplararası anlamlı farklılık sadece kural ihlaliinde saptanmıştır. Paranoid şizofreni tanılı bireyler yaygın anksiyeteli ve sağlıklı katılımcılara göre daha fazla kural ihlali yapmış, kural ihlali ile pozitif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bireylerde pozitif belirtiler ket vurma sorunu yaratıyor olabilir (242). Londra kulesi testinin diğer altı parametresinde farklılık saptanmaması ile en azından bilişsel fonksiyonlar JTC yanlılığı üzerine karıştırıcı etkisi azaltılmaya çalışılmıştır. Bu bulgularla, bilişsel yetilerden bağımsız olarak şizofreninin veya bazı psikiyatrik belirtilerin JTC yanlılığına katkısının olduğu söylenebilir.

JTC yanlılığı ile şizofreni arasındaki ilişki yerine şizofreninin belirli belirtileri arasında ilişkinin araştırılması daha önceki çalışmalarda önerilmiştir (15,73). Bu nedenle bu tezde şizofreni tanılı hastalarda JTC yanlılığına katkısı olan etmenler incelenmiştir. JTC yanlılığı ile bazı belirtiler arasında ilişkiyi saptayan ilginç birtakım bulgulara varılmıştır. Daha belirli durumlarda (testin 90/10 versiyonu) negatif belirtiler ve anksiyete JTC yanlılığını etkilemektedir. Daha belirgin koşullarda negatif belirtiler arttıkça JTC yanlılığı artmakta; anksiyete arttıkça JTC yanlılığı azalmaktadır. Anergji, avölüsyon, anhedoni gibi negatif belirtilerin varlığında bireyler bilgi toplama ile ilgili motivasyon eksikliği yaşayabilir. Ayrıca doğru sonuca ulaşmanın sonucunda ödül sisteminin aktive olması negatif belirtileri daha belirgin olan bireylerde daha az devreye giriyor olabilir. Bu durumda bu bireyler daha kolay karar veriyor ve sonuca atlıyor olabilir. Nitekim şizofreni tanılı bireylerde boncuk testinde doğru kavanoz tahmininde ödül, yanlış kavanoz tahminde ceza verilen paradigmayla yapılan bir çalışmada, bu koşullar altında karar vermek için çekilen boncuk sayısının arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada negatif belirtilerle DtD arasında

ilişki bulunmuştur (18). Ayrıca şizofreni tanılı bireylere akıl yürütme eğitiminin verilmesinin negatif belirtiler üzerinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir (198).

Anksiyetenin JTC yanlılığı üzerine etkileri ilginç olarak, daha önceki yapılan çalışmaların sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu çalışmalarda anksiyetenin JTC yanlılığını tetiklediği ileri sürülmektedir (37,73). Bu tezde ise anksiyete arttıkça JTC yanlılığının azaldığı saptanmıştır. Anksiyete, bireylerin risk ve belirsizlikle ilgili zihinsel uğraşlarını artırır. Anksiyeteli bireyler az risk/az ödül seçeneğini tercih ederler. Anksiyete, riski azaltma doğrultusunda motivasyon sağlar ve riskin en az olduğu seçenek lehine yanlılık oluşturur (243). Sonuç olarak anksiyete riskten kaçınılan bir karar verme sürecini doğurur ve anksiyetenin yol açtığı bu riskten kaçınma etkisi ile bireyler, karar vermeden önce süreci olabildiğince kesinleştirmeye çalışır (244). Dolayısıyla, anksiyete arttıkça -çok belirgin olmasa da- belirsizliği minimize etmek için karar verirken çekilen boncuk sayısının arttığı ve JTC yanlılığının azaldığı düşünülmektedir. Negatif belirtiler ve anksiyete etkisinin yanı sıra yaş ve eğitim düzeyi da kolay versiyonda JTC yanlılığını etkilemektedir. Yaş arttıkça JTC yanlılığı artmakta; eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır. Eğitim düzeyi daha yüksek olan bireyler muhtemelen karara ulaşmadan önce olasılıkları daha fazla değerlendirir. Bentall ve arkadaşları JTC yanlılığı ile premorbid IQ arasında negatif ilişki saptamıştır (193). Eğitim düzeyi hastalık öncesi bilişsel kapasiteyi dolaylı olarak gösterdiği düşünüldüğünde daha yüksek eğitim düzeyli bireylerde daha az JTC yanlılığı beklenen bir durumdur. Bilişsel fonksiyonların JTC üzerine etkisi LKT ile kontrol edilmeye çalışıldığı için yaşın JTC üzerine etkisi hakkında tarafımızca yorum yapılmamıştır.

Daha belirsiz durumlarda ise (KBT 60/40 versiyonu) şizofreni hastalarında karar verme sürecini etkileyen faktörlerin net bir biçimde değiştiği görülmektedir. Buna göre KBT'nin kolay versiyonun aksine zor versiyonunda, pozitif psikotik belirtiler JTC yanlılığını etkilemektedir. Daha önceki çalışmalarda JTC yanlılığı varsanı (7) ve sanrılarla (23,190) ilişkili bulunmuştur. Sanrılı bireylerde ardışık bilginin kullanımında zorluk vardır ve ardışık bilginin yargılamasını yapmaktan kaçınmak için acele karar verirler, yani sonuca atlarlar (181).

Pozitif belirtilerle birlikte dürtüsellik belirtileri de zor versiyonda JTC sürecini etkilemektedir. BIS ölçeğinin plan yapmama (NP) alt-ölçeği puanında artış, JTC yanlılığı riskini artırırken; motor alt-ölçeğindeki artış bu riski azaltmaktadır. Plan yapmama gelecekteki ziyade şimdiki zamanla ilgilenmektir. Plan yapma sorunu, ket vurma kusuru ile ilişkilidir (245). Ket vurma kusuru sonucunda, optimal olmayan karar verme süreci ortaya çıkmakta ve çabucak elde edilebilecek ödüller uzun vadeli kazanımlara tercih edilmektedir (246). BIS-NP, bireyin eylemlerinde uzun vadeli sonuçlarına karşılık anlık sonuçlarını düşünüp tartma becerisini değerlendirir (247). Şizofeni tanılı bireylerin bir kısmında plan yapma kusuru vardır ve eylemlerinin uzun vadeli sonuçlarını düşünmeksizin anlık ödüllere yönelirler, böylece JTC yanlılığı ortaya çıkar. İlginç olarak, motor dürtüsellik JTC yanlılığını azaltmaktadır. Motor dürtüsellik, düşünmeden iş yapma olarak tanımlanabilir (Patton 1995 (237). Düşünmeden karar veren şizofrenili bireyler daha az sonuca atlamışlardır. Bu durum beklenenin aksine bir bulgudur. Daha önceki çalışmalarda JTC yanlılığı ve dürtüsellik arasında ilişki saptanmamıştır (12,13,40). Ancak bu çalışmalarda dürtüsellğe spesifik bir ölçek kullanılmamıştır. Genellikle KBT sonuçlarına göre JTC yanlılığının dürtüsellğe bağlı olmadığı şeklinde yorum yapılarak bu bulgular elde edilmiştir. Bu tezde dürtüsellğin etkisinin incelenmesi için BIS kullanılmış, alt ölçeklerinin de etkisi incelenmiştir. Ancak yine de BIS öz-bildirim ölçeği olduğundan bulgularımız dikkatli yorumlanmalıdır ve bu konuyla ilgili daha çok çalışmaya gereksinim vardır. Son olarak yaşın etkisi zor versiyonda da saptanmıştır. Kolay versiyona benzer şekilde zor versiyonda da yaş arttıkça JTC yanlılığı artmaktadır.

5.1 Tezin Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Bu tezde daha önceki çalışmalara benzer şekilde paranoid şizofreni tanılılarda JTC yanlılığının önemli bir antite olduğu saptanmıştır. Ayrıca, KBT'nin önemli artefaktlarının minimuma indirilmesi için yapılan müdahaleler oldukça önemlidir. Testin önceki çalışmalarda yeterince anlaşılmadığının fark edilmesi nedeniyle bu müdahaleler ve ek bilgiler verilmiş, böylece test daha anlaşılır hale gelmiştir. Yine de bu müdahalelere rağmen paranoid şizofrenide JTC yanlılığının anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir. KBT ile birlikte LKT uygulanarak, bilişsel fonksiyonların JTC

yanlılığı üzerindeki karıştırıcı etkisinin azaltması amacıyla amaçlanmıştır. Bilişsel fonksiyonlar bakımından gruplar arası belirgin farklılık olmaması ile JTC yanlılığını etkileyen belirtilerin daha iyi anlaşılması sağlanmıştır. Katılımcıların psikiyatrik belirtileri klinisyen tarafından değerlendirilen ölçeklerle (BIS hariç) değerlendirilmiştir. Böylece katılımcının uyguladığı öz-bildirim ölçeklerinin yaratmış olduğu yanlılık indirgenmiştir. Ek olarak, şizofreni tanılılarda JTC yanlılığını etkileyenler incelenmiş, daha belirli durumda (KBT-kolay versiyon) ve daha belirsiz durumda (KBT-zor versiyon) JTC yanlılığını etkileyen parametrelerin birbirinde farklı olduğu saptanmıştır. Bu ilişkiyi inceleyen literatürde az sayıda çalışmanın olması nedeniyle elde edilen yeni bulguların önemli olduğu söylenebilir.

Tezin birtakım kısıtlılıkları bulunmaktadır. Katılımcı sayısı 132 olmasına rağmen katılımcı sayısının nispeten az olması nedeniyle bazı değişkenlerde anlamlı farklılık saptanmamış olabilir. Ek olarak, gruplar arasında cinsiyet açısından farklılık saptanması bir diğer kısıtlılıktır. Tezde kullanılan nöropsikolojik testlerde cinsiyetin önemli bir etkisinin olup olmadığı henüz belirsizdir ve benzer şekilde bu konuyla ilgili yapılmış bazı çalışmalarda da cinsiyet farklılığının olduğu görülmüştür (10). Cinsiyetin JTC yanlılığı üzerine etkisiyle ilgili literatürde veri saptanamamıştır. Kısıtlılıklardan bir diğeri de katılımcıların zeka düzeyinin değerlendirilmemiş olmasıdır. Zeka düzeyinin JTC yanlılığını etkilemediğine dair literatürde daha fazla yayın olmasına rağmen (Mortimer 1996 (188) ;Garety 2005 (73); Lincoln 2010 (18);Garety 2013 (10) düşük zeka düzeyinin JTC yanlılığını etkilediğine dair bulgular da mevcuttur (Garety 1991(7); Bentall 2009 (193). Zihinsel gelişim bozukluğu klinik değerlendirmelerle ekarte edilmiştir ve zihinsel gelişim bozukluğu olduğu düşünülen bireyler çalışma dışında bırakılmıştır. Diğer bir kısıtlılık ise katılımcılara detaylı, geniş bir nöropsikolojik değerlendirmenin yapılmamış olmasıdır. Katılımcılara LKT testi yapılarak bilişsel fonksiyonların JTC üzerindeki karıştırıcı etkisinin ortadan kaldırılması hedeflenmiş olsa da değerlendirilemeyen bazı bilişsel fonksiyonlar da JTC yanlılığını etkiliyor olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

1. Bu çalışmanın en temel ve önemli bulgusu, paranoid şizofreni tanılı bireylerin paranoid olmayan şizofreni, anksiyete bozukluğu tanılı ve sağlıklı gönüllülere göre daha fazla sonuca atlamasıdır.
2. Sonuca atlama yanlılığını en iyi değerlendiren parametrelerden birisi olan DtD sayısı da paranoid şizofrenililerde belirgin olarak daha azdır.
3. Paranoid şizofrenili bireylerden JTC yanlılığı olanlarda sanrı şiddeti olmayanlara göre daha fazladır.
4. Gruplar arasında KBT’de doğru kavanozu tahmin etme bakımından farklılık saptanmamıştır
5. Şizofreni tanılı bireylerde JTC yanlılığını etkileyen faktörler koşulun değişmesi ile değişmektedir. Daha belirli koşullarda (KBT-kolay versiyon) negatif belirtilerin ve yaşın artmasının JTC yanlılığını artırdığı, anksiyetenin ve eğitim süresinin artmasının ise azalttığı saptanmıştır.
6. Daha belirsiz koşullarda (KBT-zor versiyon) ise negatif belirtilerin aksine pozitif belirtilerin artması, JTC yanlılığını artırmaktadır.
7. Daha belirsiz koşullarda dürtüsellüğün de JTC yanlılığına etkisi olduğu saptanmıştır. Dürtüsellüğün plan yapmama boyutundaki belirtilerde artış JTC yanlılığı riskini artırırken, motor boyutundaki belirtilerde artış JTC yanlılığını azaltmaktadır.
8. Paranoid şizofreni tanılı bireyler LKT’de anksiyete bozukluğu tanılılara ve sağlıklı gönüllülere göre daha fazla kural ihlali yapmıştır.

Tüm bu sonuçlara alternatif olarak, sağlıklı bireylerin bir kısmında sonuca atlama yanlılığı görülmekte, paranoid şizofreni tanılı bireylerin ise yaklaşık %50’sinde sonuca atlama yanlılığı görülmemektedir. Bu bulgulara göre JTC yanlılığı ne sadece psikotik durumlarda karşımıza çıkmaktadır; ne de psikoz veya sanrılarının varlığı JTC yanlılığı için gerekli ve yeterlidir.

6.2. Öneriler

1. Sonuca atlama yanlılığını etkileyen belirtilerden birisi olan sanrılarla ilgili daha spesifik çalışmalar dizayn edilmelidir. Sanrısız bozukluk tanı bireyler üzerinde çalışmaların yapılması diğer karıştırıcı faktörlerin etkisini ortadan kaldırabilir.
2. Sonuca atlama yanlılığını etkileyen bilişsel fonksiyonları saptayan yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Bilişsel fonksiyonların sonuca atlama yanlılığı üzerinde etkisi olduğu bilinmesine rağmen, bu fonksiyonların yanlılığı ne kadar açıklayabildiği bilinmemektedir.
3. Sonuca atlama yanlılığının şizofreninin prognozunu nasıl etkilediği tam olarak bilinmemektedir. Sonuca atlama yanlılığının bir bulgudan daha fazlası olduğu düşünülmektedir. Prodromal dönemde, aktif psikotik dönemde ve remisyon dönemindeki bireylerde sonuca atlama yanlılığındaki benzerlikler ve farklılıklar incelenebilir.
4. Sonuca atlama yanlılığının tedavilerle birlikte ne kadar değişebildiği, hangi tedavilerin sonuca atlama yanlılığına daha iyi geldiği ve hastalık gidişatına etkileri araştırılması gereken bazı konulardır. Belki de uzun süreli takip çalışmaları bu soruların cevaplarını bulmamızı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Bacon, F. *Essays, Civil and Moral*, Vol. III, Part 1. New York, The Harvard Classics, 1612. www.bartleby.com/3/1/
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
3. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RSE, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK. Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) investigators effectiveness of anti-psychotic drugs in patients with chronic schizophrenia, *N. Engl. J. Med.*, 2005, 353:1209–1223.
4. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, Murray RM, Markwick A, Lewis SW. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS1). *Arch. Gen. Psychiatry*, 2006, 63:1079–1087.
5. Craig T, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, Dunn G. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis, *BMJ*, 2004, 329:1067–1071.
6. Garety PA, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *Br. J. Clin. Psychol.*, 1999, 38:113–154.
7. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients—biases in performance on a probabilistic inference task. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991, 179: 194–201.
8. Huq SF, Garety PA, Hemsley DR. Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Q. J. Exp. Psychol. A.*, 1988, 40 (4): 801-812.
9. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol. Med.*, 2001, 31:189–195.

10. Garety P, Joyce E, Jolley S, Emsley R, Waller H, Kuipers E, Bebbington P, Fowler D, Dunn G, Freeman D. Neuropsychological functioning and jumping to conclusions in delusions. *Schizophr. Res.*, 2013, 150:570-574.
11. Freeman D. Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clin. Psychol. Rev.*, 2007, 27: 425–57.
12. Dudley DE, John CH, Young AW, Over DE. Normal and abnormal reasoning in people with delusions. *Br. J. Clin. Psychol.*, 1997a, 36:243–258.
13. Moritz S, Woodward TS. Jumping to conclusions in delusional and non delusional schizophrenic patients. *Br. J. Clin. Psychol.*, 2005, 44:193–207.
14. Peters E, Garety PA. Cognitive functioning in delusions: a longitudinal examination. *Behav. Res. Ther.*, 2006, 44: 481–514.
15. van Dael F, Versmissen D, Janssen I, Myen-Germeys I, van Os J, Krabbendam L. Data gathering: biased in psychosis? *Schizophr. Bull.*, 2006, 32: 341–351.
16. Menon M, Mizrahi R, Kapur S. ‘Jumping to conclusions’ and delusions in psychosis: relationship and response to treatment. *Schizophr. Res.*, 2008, 98: 225–231.
17. Fine C, Gardner M, Craigie J, Gold I. Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cogn. Neuropsychiatry*, 2007, 1:46–77.
18. Lincoln TM, Ziegler M, Mehl S, Rief W. The Jumping to Conclusions Bias in Delusions: Specificity and Changeability. *J. Abnorm. Psychol.*, 2010,119:40-49.
19. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr. Opin. Psychiatry*, 2007, 20:619–625.
20. So SH, Freeman D, Dunn G, Kapur S, Kuipers E, Bebbington P, Fowler D, Garety PA. Jumping to conclusions, a lack of belief flexibility and delusional conviction in psychosis: a longitudinal investigation of the structure, frequency, and relatedness of reasoning biases. *J. Abnorm. Psychol.*, 2002, 121:129–139.
21. Dudley R, Daley K, Nicholson M, Shaftoe D, Spencer H, Cavanagh K, Freeston M. Jumping to conclusions’ in first-episode psychosis: a longitudinal study. *Br. J. Clin. Psychol.*, 2013, 52(4): 380-393.

22. Brakoulias V, Langdon R, Sloss G, Coltheart M, Meares R, Harris A. Delusions and reasoning: A study involving cognitive behavioural therapy. *Cogn. Neuropsychiatry*, 2008,13:148–165.
23. Peters ER, Thornton P, Siksou L, Linney Y, MacCabe JH. Specificity of the ‘jump-to-conclusions’ bias in deluded patients. *Br. J. Clin. Psychol.*, 2008, 47:239-244.
24. Woodward TS, Munz M, LeClerc C, Lecomte T. Change in delusions is associated with change in “jumping to conclusions”. *Psychiatry Res.*, 2009, 170:124–127.
25. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 2003, 182:373–375.
26. Freeman D, Freeman J. *Paranoia: The 21st Century Fear*, Oxford, Oxford University Press, 2003.
27. Martin JA, Penn DL. Brief report: social cognition and subclinical paranoid ideation. *Br. J. Clin. Psychol.*, 2001, 40:261–265.
28. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *Br. J. Clin. Psychol.*, 2002, 41(4):331–347.
29. Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H. The prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *Br. J. Psychiatry*, 2004, 185:298–305.
30. Startup H, Freeman D, Garety PA. Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: developing the understanding of delusion distress and persistence. *Behav. Res. Ther.*, 2007, 45:523–537.
31. Freeman D, Garety PA, Bebbington P, Slater M, Kuipers E, Fowler D, Green C, Jordan J, Ray K, Dunn G. The psychology of persecutory ideation. II. A virtual reality experimental study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2005, 193:309–315.
32. Cosoff SJ, Hafner RJ. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.*, 1998, 32:67–72.
33. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher FC, Vidaver R, Patricia A, David FW. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1988, 66:493–499.

34. Docherty JP, Van Kammen DP, Siris SG, Marder S. Stages of onset of schizophrenic psychosis. *Am. J. Psychiatry*, 1978, 135:420–426.
35. Birchwood M, Macmillan F, Smith J. Early intervention. In: Birchwood M, Tarrrier N (eds.). *Innovations in the psychological management of schizophrenia*, Chichester, Wiley, 1992:115-145.
36. Ellet L, Freeman D, Garety P. The psychological effect of an urban environment on individuals with persecutory delusions: The Camberwell walk study. *Schizophr. Res.*, 2008, 99:77–84.
37. Lincoln TM, Lange J, Burau J, Exner C, Moritz S. The effect of state anxiety on paranoid ideation and jumping to conclusions. An experimental investigation. *Schizophr. Bull*, 2009, 36(4):1140-1148.
38. Merrin J, Kinderman P, Bentall RP. Jumping to conclusions and attributional style in patients with persecutory delusions. *Cogn. Ther. Res.*, 2007, 31:741–758.
39. So SH, Freeman D, Garety P. Impact of state anxiety on the jumping to conclusions delusion bias. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.*, 2008, 42:879–886.
40. Lunt L, Bramham J, Morris RG, Bullock PR, Selway RP, Xenitidis K, David AS. Prefrontal cortex dysfunction and ‘jumping to conclusions’: bias or deficit? *J. Neuropsychol.*, 2012, 6: 65–78.
41. Broome M, Johns LC, Valli I, Woolley JB, Tabraham P, Brett C, Valmaggia L, Peters E, Garety PA, McGuire PK. Delusion formation and reasoning biases in those at clinical risk for psychosis. *Br. J. Psychiatry* 2007; 191, 38–42.
42. Klein D, Milner B, Zatorre RJ, Meyer E, Evans AC. The neural substrates underlying word generation: a bilingual functional-imaging study. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, 1995, 92:2899–2903.
43. Gold JM, Berman KF, Randolph C, Goldberg TE, Weinberger DR. PET validation of a novel prefrontal task: delayed response alternation. *Neuropsychology*, 1996, 10:3–10.
44. Rugg MD, Fletcher PC, Chua PML, Dolan RJ. The role of the prefrontal cortex in recognition memory and memory for source: An fMRI study. *NeuroImage*, 1999, 10:520–529.

45. Tan HY, Sust S, Buckholtz JW, Mattay VS, Meyer-Lindenberg A, Egan MF, Weinberger JH, Callicott JH. Dysfunctional prefrontal regional specialization and compensation in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163:1969–1977.
46. Thormodsen R, Jensen J, Holmèn A, Juuhl-Langseth M, Emblem KE, Andreassen OA, Rund BR. Prefrontal hyperactivation during a working memory task in earlyonset schizophrenia spectrum disorders: an fMRI study. *Psychiatry Res. Neuroimaging*, 2011, 194 (3):257–262.
47. Başkak B, Baran Z, Özgüven HD, Karaboğa I, Öner Ö, Özel Kızıl ET, Hoşgören Y. Prefrontal activity measured by functional near infrared spectroscopy during probabilistic inference in subjects with persecutory delusions. *Schizophr. Res.*, 2015, 161:237-243.
48. Langdon R, Ward PB, Coltheart M. Reasoning anomalies associated with delusions in schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 2008, 36 (2):321–330.
49. van Hooren S, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, Campo J, Mengelers R, van Os J, Krabbendam L. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophr. Res.*, 2008, 103:257–265.
50. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med.*, 1986, 16:909-928.
51. Winters KC, Neale JM. Delusions and delusional thinking in psychotics: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 1983, 3:227-253.
52. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*, Hungtionton N.Y., Kreiger, 1971 (orijinal basım 1919).
53. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, Oxford, England, International Universities Press, 1950.
54. Jaspers K. *General psychopathology*. Manchester, İngiltere, Manchester University Press, 1959.
55. Jaspers K. *General psychopathology*. Manchester, İngiltere, Manchester University Press, 1963.
56. Hoenig J. Kurt Schnider and anglophone psychiatry. *Compr. Psychiatry*, 1982, 23:391-400.
57. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*, 12. Unver-anderte Auflage. Stuttgart, Thieme, 1980.

58. Spitzer M. *Niçin Felsefe? İçinde: Felsefe ve Psikopatoloji*, Çeviri: Karaçam Ö. *Philosophy and Psychopathology*, Spitzer M, Maher B. İstanbul, Gendaş Yayıncılık, 1998:21-49.
59. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed., revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
60. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1969, 20:581-586.
61. Brett-Jones J, Garety P, Hemsley D. Measuring delusional experiences: A method and its application. *Br. J. Clin. Psychol.*, 1987, 26:257-265.
62. Garety PA, Hemsley DR. Characteristics of delusional experience. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.*, 1987, 236: 294-298.
63. Oltmanns TF. Approaches to the definition and study of delusions. In: Oltmanns TF, Maher BA (eds). *Delusional beliefs*, New York, Wiley, 1988:3-12.
64. Chadwick PDJ, Lowe CF. Measurement and modification of delusional beliefs. *J. Consult.Clin. Psychol.*, 1990, 58:225-232.
65. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., Washington, DC, American Psychiatric Association,1994.
66. Harper DJ. Defining delusions and the serving of professional interests: The case of 'paranoia'. *Br. J. Med. Psychol.*, 1992, 65:357– 369.
67. Heise DR. Delusions and the construction of reality. In: Oltmanns TF, Maher BA (eds.). *Delusional beliefs*, New York: Wiley, 1988: 259–272.
68. Kendler KS, Glazer W, Morgenstern H. Dimensions of delusional experience. *Am. J. Psychiatry*, 1983, 140:466– 469.
69. Gallup GH, Newport F. Belief in paranormal phenomena among adult Americans. *Skeptical Inquirer*, 1991, 15:137-146.
70. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the normal population? *Schizophr. Res.*, 2000, 45:11–20.
71. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's selfreported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000, 57:1053– 1058.

72. Garety PA, Hemsley DR. *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford, Oxford University Press, 1994.
73. Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D. Reasoning, emotions and delusional conviction in psychosis. *J. Abnorm. Psychol.*, 2005, 114:373–384.
74. Spitzer M. On defining delusions. *Compr. Psychiatry*, 1990, 31 (5):377–397.
75. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Delusional belief. *Annu. Rev. Psychol.*, 2011, 62:271–298.
76. Cermolacce M, Sass LA, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusion? A critical review. *Schizophr. Bull.*, 2010, 36:667-697.
77. Sass L, Byrom G. Phenomenological and neurocognitive perspectives on delusions: a critical overview. *World Psychiatry*, 2015, 14:164-73.
78. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, Keers R, Barker D, Cowden F, Stamps R. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry*, 2013, 70:465–71.
79. Wessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, Everitt B, Garety P, Taylor PJ. Acting on delusions.I: prevalence. *Br. J. Psychiatry*, 1993, 163:69–76.
80. Applebaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am. J. Psychiatry*, 1999, 156:1938–1943.
81. Castle DJ, Phelan M, Wessely S, Murray RM. Which patients with non-affective functional psychosis are not admitted at first psychiatric contact? *Br. J. Psychiatry*, 1994, 165:101–106.
82. Freeman D, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Bebbington P. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychol. Med.*, 2011, 41:923–936.
83. Leon RL, Bowden CL, Faber RA. Diagnosis and psychiatry: Examination of the psychiatric patient. In: Kaplan H, Sadocks B (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5.th ed, 1989:449-462.
84. Manschreck TC. Delusional disorders: Clinical concepts and diagnostic strategies. *Psychiatric Ann.*, 1992, 22: 241-251.
85. Kraepelin E. *Psychiatry: A textbook for students and physicians*. Vol. 1: General psychiatry. Canton, MA, Watson Publishing International, 1899/1990.

86. Kraepelin E. *Psychiatric: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 5th ed. Leipzig, Barth, 1896.
87. Kraepelin E. *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburg, Livingstone, 1921.
88. Kraepelin E. *Clinical Psychiatry: A textbook for Students and Physicians*. New York, MacMillan, 1904.
89. Kraepelin E. *Clinical Psychiatry: A textbook for Students and Physicians*, New York, MacMillan, 1923.
90. Meyer A. *Collected papers*. Baltimore, John Hopkins Press, 1951.
91. Brown L. *The new shorter Oxford English Dictionary on historical principles*. Oxford, Clarendon Press, 1993.
92. Freeman D. Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2016, 3:685-692.
93. Dünya Sağlık Örgütü SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. Geneva, World Health Organization, 1992.
94. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Çeviri: Köroğlu E. Amerika Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.
95. Freeman D, Garety PA. Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *Br. J. Clin. Psychol.*, 2000, 39, 407-414.
96. Menon M, Pomarol-Clotet E, McKenna PJ, McCarthy RA. Probabilistic reasoning in schizophrenia: A comparison of the performance of deluded and nondeluded schizophrenic patients and exploration of possible cognitive underpinnings. *Cogn. Neuropsychiatry*, 2006, 11(6):521-536.
97. McKenna PJ. *Schizophrenia and related syndromes*. Oxford, İngiltere, Oxford University Press, 1994.
98. Maher BA. Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 1974, 30:98-113.
99. Zimbardo PG, Andersen SM, Kapat LG. Induced hearing deficit generates experimental paranoia. *Science*, 1981, 212:1529-1531.

100. Maher BA. Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. In: Oltmanns TF, Maher MA (eds), *Delusional beliefs*, New York: Wiley, 1988: 15-33.
101. Chapman LJ, Chapman JP. The genesis of delusions. In: Oltmanns TF, Maher BA (eds), *Delusional beliefs*, New York: Wiley, 1988:167-183.
102. Slade PD, Bentall RP. *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. London, Croom Helm, 1988.
103. Hemsley DR, Garety PA. Formation and maintenance of delusions: A Bayesian analysis. *Br. J. Psychiatry*, 1986, 149:51-56.
104. Huq SF, Garety PA, Hemsley DR. Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Q. J. Exp. Psychol. A.*, 1988, 40A:801-812.
105. Phillips LD, Edwards W. Conservatism in a simple probabilistic inference task. *J. Exp. Psychol.*, 1966, 72:346-354.
106. Frith U, Frith CD. Development and neuropsychology of mentalizing. *Philos. Trans. R. Soc. B.*, 2003, 358:459-473.
107. Freeman D, Garety PA, Fowler D, Kuipers E, Bebbington PE, Dunn G. Why do people delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2004, 72:671-680.
108. Kaney S, Bentall RP. Persecutory delusions and attributional style. *Br. J. Med. Psychol.*, 1989, 62:191– 198.
109. Fear CF, Sharp H, Healy D. Cognitive processes in delusional disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168:61–67.
110. Bentall RP, Kinderman P, Kaney S. The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behav. Res. Ther.*, 1994; 32: 331–41.
111. Smith B, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Bashforth H, Garety P, Dunn G, Kuipers E. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr. Res.*, 2006, 86:181-188.
112. Cutting J, Murphy D. Schizophrenic thought disorder: a psychological and organic interpretation. *Br. J. Psychiatry*, 1988, 152:310-319.
113. McKenna PJ. Memory, knowledge and delusions. *Br. J. Psychiatry*, 1991, 159(14):36-41.

114. Tamlyn D, McKenna PJ, Mortimer AM, Lund CE, Hammond S, Baddeley AD. Memory impairment in schizophrenia: its extent, affiliations and neuropsychological character. *Psychol. Med.*, 1992, 22:101-115.
115. Schulze K, Freeman D, Green C, Kuipers E. Intrusive mental imagery in patients with persecutory delusions. *Behav. Res. Ther.*, 2013; 51: 7–14.
116. Ben-Zeev D, Ellington K, Swendsen J, Granholm E. Examining a cognitive model of persecutory ideation in the daily life of people with schizophrenia: a computerized experience sampling study. *Schizophr. Bull.*, 2011, 37:1248–1256.
117. Thewissen V, Bentall RP, Oorschot M, Campo J, van Lierop T, van Os J, Myin-Germeys I. Emotions, self-esteem, and paranoid episodes: an experience sampling study. *Br. J. Clin. Psychol.*, 2011;50:178–195
118. Zavos HMS, Freeman D, Haworth CMA, McGuire P, Plomin R, Cardno AG, Ronald A. Consistent etiology of severe, frequent psychotic experiences and milder, less frequent manifestations: a twin study of specific psychotic experiences in adolescence. *JAMA Psychiatry*, 2014, 71:1049–1057.
119. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am. J. Public Health*, 1997; 87: 1491–1498.
120. Bentall RP, Wickham S, Shevlin M, Varese F. Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr. Bull.*, 2012, 38: 734–740.
121. Freeman D, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Bebbington P. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychol. Med.*, 2011, 41: 923–936.
122. Freeman D, Garety P. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 2014, 49:1179.
123. Freeman D. Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2016, 3:685-692.
124. Freeman D, Garety PA. Worry, worry processes and dimensions of delusions. *Behav. Cogn. Psychother.*, 1999, 27:47–62.
125. Freeman D, Pugh K, Vorontsova N, Antley A, Slater M. Testing the continuum of delusional beliefs: an experimental study using virtual reality. *J. Abnorm. Psychol.*, 2010, 119:83–92.

126. Garety PA, Freeman D. The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *Br. J. Psychiatry*, 2013, 203:327–33.
127. Kesting ML, Lincoln TM. The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: a systematic review. *Compr. Psychiatry*, 2013, 54:766–89.
128. Tiernan B, Tracey R, Shannon C. Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry Res.*, 2014, 216:303–13.
129. Freeman D, Evans N, Lister R, Antley A, Dunn G, Slater M. Height, social comparison, and paranoia: an immersive virtual reality experimental study. *Psychiatry Res.*, 2014, 218:348–52.
130. Atherton S, Antley A, Evans N, Cernis E, Lister R, Dunn G, Slater M, Freeman D. Self-confidence and paranoia: an experimental study using an immersive virtual reality social situation. *Behav. Cogn. Psychother.*, 2016, 44: 56–64.
131. Lincoln T, Hohenhaus F, Hartmann M. Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focussed intervention. *Cognit. Ther. Res.*, 2013, 37: 390-402.
132. Freeman D, Startup H, Dunn G, Cernis E, Wingham G, Pugh K, Cordwell J, Kingdon D. The interaction of affective with psychotic processes: a test of the effects of worrying on working memory, jumping to conclusions, and anomalies of experience in patients with persecutory delusions. *J. Psychiatr. Res.*, 2013, 47:1837–1842.
133. Freeman D, Gittins M, Pugh K, Antley A, Slater M, Dunn G. What makes one person paranoid and another person anxious? The differential prediction of social anxiety and persecutory ideation in an experimental situation. *Psychol. Med.*, 2008; 38: 1121–32.
134. Freeman D, Dunn G, Murray RM, Evans N, Lister R, Antley A, Slater M, Godlewska B, Cornish R, Williams J, Di Simplicio M, Igoumenou A, Brenneisen R, Tunbridge EM, Harrison PJ, Harmer CJ, Cowen P, Morrison PD. How cannabis causes paranoia: using the intravenous administration of Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) to identify key cognitive mechanisms leading to paranoia. *Schizophr. Bull.*, 2015, 41:391–399.

135. Westermann S, Lincoln TM. Emotion regulation difficulties are relevant to persecutory ideation. *Psychol. Psychother.*, 2011, 84: 273–287.
136. Marwaha S, Broome MR, Bebbington PE, Kuipers E, Freeman D. Mood instability and psychosis: analyses of British national survey data. *Schizophr Bull.*, 2014, 40:269–277.
137. Lincoln TM, Hartmann M, Küther U, Moritz S. Do people with psychosis have specific difficulties regulating emotions? *Clin. Psychol. Psychother.*, 2015, 22:637–646.
138. Reeve S, Sheaves B, Freeman D. The role of sleep dysfunction in the occurrence of delusions and hallucinations: A systematic review. *Clin. Psychol. Rev.* 2015, 42:96–115.
139. Freeman D, Garety PA. *Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions*. Hove, Psychology Press, 2004.
140. Dudley R, Taylor P, Wickham S, Hutton P. Psychosis, delusions and the “jumping to conclusions” reasoning bias: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.*, 2015, 42(3):652-665.
141. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE, Dunn G. Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behav. Res. Ther.*, 2007; 45:89–99.
142. Borsboom D, Cramer AO. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2013, 9:91–121.
143. Trower P, Chadwick P. Pathways to Defense of the Self: A Theory of Two Types of Paranoia. *Clinical Psychology Science and Practice*, 1995, 2(3):263-278.
144. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
145. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Çeviri: Bozkurt A. *Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*, 11.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2016:307.
146. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007.
147. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Outcome and family study of the subtypes of schizophrenia in the West of Ireland. *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151:849-856.

148. Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MT. Outcome of schizophrenic subtypes defined by four diagnostic systems. *Arch. Gen. Psychiatry* 1984, 41:149-154.
149. Abrams R, Taylor MA, Gaztanaga P. Manic-depressive illness and paranoid schizophrenia: a phenomenologic, family history and treatment response study. *Arch. Gen. Psychiatry* 1974, 31:640-642.
150. Tsuang MT, Winokur G. Criteria for subtyping schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1974, 31:43-47.
151. Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MT. A family study of the subtypes of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145:57-62.
152. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revised, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
153. Cardno AG, Jones LA, Murphy KC, Sanders RD, Asherson P, Owen MJ, McGuffin P. Sibling pairs with schizophrenia or schizoaffective disorder: associations of subtypes, symptoms and demographic variables. *Psychol. Med.*, 1988, 28:815-823.
154. Peralta V, Cuesta MJ. A dimensional and categorical architecture for the classification of psychotic disorders. *World Psychiatry*, 2007, 6(2):36-37.
155. Korver-Nienberg N, Quee PJ, Broos HB, Simons CJ, GROUP. The validity of the DSM-IV diagnostic classification system of non-affective psychoses. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2011, 45(12):1061-1068.
156. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, Malaspina D, Owen MJ, Schultz S, Tsuang M, van Os J, Carpenter W. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr. Res.*, 2013, 150:3-10.
157. Tükel R, Alkım T. *Anksiyete Bozuklukları*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.
158. Freud S. Origin and Development of Psychoanalysis. *Am. J. Psychol.*, 1910, 21:181-218.
159. Freud S. *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Standart Edition, 1926, 20:77-175.
160. Horney K. *Neurotic Personality of Our Time*. Çeviri: Budak S. *Çağımızın Nevrotik Kişiliği*. Ankara, Öteki, 1995.
161. Horney K. *Our Inner Conflicts*. Çeviri: Budak S. *Ruhsal Çatışmalarımız, Yapıcı Bir Nevroz Teorisi*. Ankara, Öteki, 1995.

162. Horney K. *Neurosis and Human Growth*. Çevirisi: Budak S. *Nevrozlar ve İnsan Gelişimi. Özgerçekleştirme Kavgası*. Ankara, Öteki,1996.
163. Kierkegaard S. *Concept of Anxiety*. Çeviri: Armaner K. *Kaygı Kavramı*, 2. Baskı. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2004.
164. Sungur MZ. Fobik hastalarda iki değişik biçimde uygulanan yüzleştirme tedavisinin karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara, 1990.
165. Salkovskis PM. *The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety seeking behaviors and special case of health, anxiety and obsessions*. Frontiers of Cognitive Therapy: State of the Art and Beyond. New York, Guildford Press, 1996.
166. Mednick SA. A learning theory approach to research in schizophrenia. *Psychol. Bull.*, 1958, 55:316–327.
167. McReynolds P. Anxiety, perception and schizophrenia. In: Jackson DD (ed.), *The etiology of schizophrenia*, New York: Basic Books, 1960: 248–292.
168. Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*, 1994, 344: 1398–1402.
169. Malmberg A, Lewis G, David A, Allebeck P. Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 1998, 172:308–313.
170. Tien AY, Eaton WW. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992, 49:37–46.
171. Freeman D, Garety PA. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behav. Res. Ther.*, 2003, 41:923-947.
172. Freeman D, Garety PA, Bebbington PE, Smith B, Rollinson R, Fowler D, Kuipers E, Ray K, Dunn G. Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *Br. J. Psychiatry*, 2005, 186:427–435.
173. Huppert JD, Smith TE. Anxiety and schizophrenia; the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectrums*, 2005, 10:72–731.
174. Fowler D, Freeman D, Smith B, Kuipers E, Bebbington P, Bashforth, H., Coker S, Hodgekins J, Graice A, Dunn G, Garety P. The Brief Core Schema

- Scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychol. Med.*, 2006, 36:749–759.
175. Naeem F, Kingdon D, Turkington D. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: Relationship between anxiety symptoms and therapy. *Psychol. Psychother.*, 2006, 79:153–164.
 176. Freeman D, Slater M, Bebbington PE, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Met A, Read C, Can virtual reality be used to investigate persecutory ideation? *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2003,191:509–514.
 177. Vorontsova N, Garety P, Freeman D. Cognitive factor maintaining persecutory delusions in psychosis: the contribution of depression. *J. Abnorm. Psychol.*, 2013,122:1121–1131
 178. Chapman RK. First person account: Eliminating delusions. *Schizophr. Bull.*, 2002, 28(3):545-553.
 179. Menon M, Woodward TS, Pomarol-Clotet E, McKenna PJ, McCarthy RA. Heightened stimulus salience renders schizophrenics less susceptible to the “famous names illusion”. *Schizophr. Res.*, 2005, 80, 369 371.
 180. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 2003, 160:13-23.
 181. Young HF, Bentall RP. Hypothesis testing in patients with persecutory delusions: Comparison with depressed and normal subjects. *Br. J. Clin. Psychol.*,1995, 34;353-369
 182. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clin. Psychol. Rev.*, 2001, 21:1143-1192.
 183. Kruglanski A, Webster D. Motivated closing of the mind: “Seizing” and “freezing”. *Psychol. Rev.*, 1996, 103:263-283.
 184. Ormrod J, Shaftoe D, Cavanagh K, Freeston M, Turkington D, Price J, Dudley, R. A pilot study exploring the contribution of working memory to ‘jumping to conclusions’ in people with first episode psychosis. *Cogn. Neuropsychiatry*, 2012, 17 (2): 97–114.

185. Ross RM, McKay R, Coltheart M, Langdon R. Jumping to conclusions about the beads task? A meta-analysis of delusional ideation and data-gathering. *Schizophr. Bull.*, 2015, sbu187. 37(2):324-333.
186. Freeman D, Garety PA, Fowler D, Kuipers E, Bebbington PE, Dunn G. Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2004, 72:671–680.
187. Dudley RE, John CH, Young AW, Over DE. The effect of self-referent material on the reasoning of people with delusions. *Br. J. Clin. Psychol.* 1997b, 36:575–584.
188. Mortimer AM, Bentham P, McKay AP, Quemada I, Clare L, Eastwood N, McKenna PJ. Delusions in schizophrenia. *Cogn. Neuropsychiatry*, 1996, 1:289-303.
189. Peters E, Day S, Garety P. From preconscious to conscious processing: Where does the abnormality lie in delusions? *Schizophr. Res.*, 1997, 24:120.
190. Conway CR, Bollini AM, Graham BG, Keefe RSE, Schiffman SS, McEvoy, JP. Sensory acuity and reasoning in delusional disorder. *Compr. Psychiatry*, 2002, 43:175–178.
191. Startup H. Persecutory beliefs and catastrophic worry, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Londra: Londra Üniversitesi, 2004.
192. Corcoran R, Rowse G, Moore R, Blackwood N, Kinderman P, Howard R, Cummins S, Bentall RP. A transdiagnostic investigation of ‘theory of mind’ and ‘jumping to conclusions’ in patients with persecutory delusions. *Psychol. Med.*, 2007, 38:1577-1583.
193. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N, Moore R, Corcoran R. The Cognitive and Affective Structure of Paranoid Delusions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2009, 66(3):236-247.
194. Dudley R, Shaftoe D, Cavanagh K, Spencer H, Ormrod J, Turkington D, Freeston M. ‘Jumping to conclusions’ in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 2011, 5:50-56.
195. Balzan RP, Delfabbro PH, Galletly CA, Woodward TS. Over-adjustment or miscomprehension? A re-examination of the jumping to conclusion bias. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.*, 2012, 46(6):532-540.

196. Jolley S, Thompson C, Hurley J, Medin E, Butler L, Bebbington P, Dunn G, Freeman D, Fowler D, Kuipers E. Jumping to the wrong conclusions? An investigation of the mechanisms of reasoning errors in delusions. *Psychiatry Res.*, 2014, 219:275-282.
197. Falcone MA, Murray RM, O'Connor JA, Hockey LN, Gardner-Sood P, Fotti MD, Freeman D, Jolley S. Jumping to conclusions and the persistence of delusional beliefs in first episode psychosis. *Schizophr. Res.*, 2015, 165:243-246.
198. Garety P, Waller H, Emsley R, Jolley S, Kuipers E, Bebbington P, Dunn G, Hardy A, Freeman D. Cognitive Mechanisms of Change in Delusions: An Experimental Investigation Targeting Reasoning to Effect Change in Paranoia. *Schizophr. Bull.*, 2015, 41(2):400-410.
199. Andreasen NC. Scale for the assesment of negative sypmtoms (SANS), College of Medicine, Department of Psychiatry, Iowa City: The University of Iowa, 1984.
200. Kane JM, Aguglia E, Altamura AC, Ayuso Gutierrez JL, Brunello N, Fleischhacker WW, Gaebel W, Gerlach J, Guelfi J-D, Kissling W, Lapierre YD, Lindstrøm E, Mendlewicz J, Racagni G, Carulla LS, Schooler NR. Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia, European Neuropsychopharmacology Consensus Conference, Siena, Ítalya. *Eur. Neuropsychopharmacol* 1998, 8:55-66.
201. Woods SW. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *J. Clin. Psychiatry* 2003, 64:663-667.
202. Bazire S. *Psychotropic drug directory fivepin limited*, Salisbury, 2005.
203. Bai YM, Ting CT, Chen JY, Chang WH, Wu B, Hung CH, Lin WK. Equivalent switching dose from oral risperidone to risperidone long-acting injection: a 48-week randomized, prospective, single-blind pharmacokinetic study. *J. Clin. Psychiatry* 2007, 68:1218-1225.
204. Gardner DM, Murphy AL, O'Donnell H, Centorriono F, Baldessarini RJ. International consensus study of antipsychotic dosing. *Am. J. Psychiatry*, 2010, 167:686-693.
205. Inada T, Inagaki A. Psychotropic dose equivalence in Japan. *Psychotropic and Clinical Neurosciences*, 2015, 69(8):440-447.

206. Shallice T. Specific impairments of planning. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 1982, 298:199-209.
207. Culbertson WC Zillmer EA. *Tower of London–Drexel University, technical manual*. MHS, 2001.
208. Atalay D, Cinan S. Yetişkinlerde planlama becerisi: Londra Kulesi (LK^{DX}) Testinin standardizasyonu ve gvenirlik alışması, *Trk Psikoloji Dergisi*, 2007, 22(60):25-44.
209. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol. Rep.*, 1962, 10:789-812.
210. Lykke J, Hesse M, Austin SF, Oestrich I. Validity of the BPRS, the BDI and the BAI in dual diagnosis patients. *Addict. Behav.*, 2008, 33(2):292-300.
211. Hedlund JL, Vieweg BW. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*, 1980, 11:48–65.
212. Soykan C. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment, Psikoloji Blm, Master Tezi, Ankara: Ortadoğu Teknik niversitesi, 1989.
213. Andreasen NC. Scale for the assesment of positive sypmtoms (SAPS), College of Medicine, Department of Psychiatry, Iowa City: The University of Iowa, 1984.
214. Erko Ő, Arkona O, Ataklı C, zmen E. Pozitif semptomları değerlendirme leğinin gvenirliliği ve geerliliği. *Dşnen Adam*, 1991, 4:16-19.
215. Erko Ő, Arkona O, Ataklı C, zmen E. Pozitif semptomları değerlendirme leğinin gvenirliliği ve geerliliği. *Dşnen Adam*, 1991, 4:20-24.
216. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of Schizophrenia Methods, Meanings, and Mechanisms. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1995, 52(5):341-351.
217. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br. J. Med. Psychol.*, 1959, 32:50-55.
218. Shear MK, Bilt JV, Rucci P, Endicott J, Lydiard B, Otto MW, Pollack MH, Chandler L, Williams J, Ali A, Frank DM. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depress. Anxiety*, 2001, 13:166-178.

219. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:114-117.
220. Allgulander C, Hackett D, Salinas E. Venlafaxine extended release (ER) in the treatment of generalised anxiety disorder: twenty-four-week placebo-controlled dose-ranging study. *Br. J. Psychiatry*, 2001,179:15–22.
221. Allgulander C, Dahl AA, Austin C, Morris PL, Sogaard JA, Fayyad R, Kutcher SP, Clary CM. Efficacy of sertraline in a 12-week trial for generalized anxiety disorder. *Am. J. Psychiatry*, 2004, 161:1642–1649.
222. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Dew MA, Miller MD, Pollock BG, Houck P, Tracey B, Reynolds C.F. Efficacy and tolerability of citalopram in the treatment of late-life anxiety disorders: results from an 8-week randomized, placebo-controlled trial. *Am. J. Psychiatry*, 2005, 162:146–150.
223. Wan GJ, Zhang HF, Tedeschi MA, Hackett D. Estimation of symptom-free days in generalized anxiety disorder. *Curr. Med. Res. Opin.* 2006, 22(3):587-591.
224. Matza LS, Morlock R, Sexton C, Malley K, Feltner D. Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 2010, 19(4):223-232.
225. Hamilton M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1960; 23:56–62.
226. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.*, 1967,6:278-296.
227. Williams JB. Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2001; 251(2):II6–II12.
228. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1996, 4: 251-259.
229. Addington D, Addington J, Schissel B. 1990. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr. Res.*, 1990, 3:247–251.

230. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr. Res.*, 1992, 6:201–208.
231. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale, E. Specificity of the calgary depression scale for schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 1994, 11:239–244.
232. Addington D, Addington J, Atkinson M. A psychometric comparison of the calgary depression scale for schizophrenia and the hamilton depression rating scale. *Schizophr. Res.*, 1996, 19:205–212.
233. El Yazaji M, Battas O, Agoub M, Moussaoui D, Gutknecht C, Dalery J, d'Amato T, Saoud M. Validity of the depressive dimension extracted from principal component analysis of the PANSS in drug-free patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 2002, 56:121–127.
234. Aydemir Ö, Danacı AE, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2000, 37(2):82-86.
235. Aydemir Ö, Danacı AE, Pırıldar AŞ, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeğinin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgülüğü. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2000, 37(4):210-213.
236. Barratt, ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept. Mot. Skills*, 1959, 9:191–198.
237. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J. Clin. Psychol.*, 1995, 6:768–774.
238. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş, Zengin M, Stanford MS. Psychometric properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2008, 18: 251-258.
239. Statistics, IBM SPSS. IBM Corporation. New York, USA, 2012.
240. So SH, Garety PA, Peters ER, Kapur S. Do Antipsychotics improve reasoning biases? A Review. *Psychosom. Med.*, 2010, 72:681-693.
241. Hughes C, Kumari V, Soni W, Das M, Binneman B, Drozd S, O'neil S, Mathew V, Sharma T. Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 2003, 59:137-146.
242. Peters ER, Pickering AD, Kent A, Glasper A, Irani M, David AS, Day S, Samantha H. The relationship between cognitive inhibition and psychotic symptoms. *J. Abnorm. Psychol.*, 2000, 109(3):386-395.

243. Raghunathan R. All negative moods are not equal: motivational influences of anxiety and sadness on decision making. *Organ. Behav. Hum. Decision Processes*, 1999, 79:56-77.
244. Maner JK, Richey JA, Cromer K, Mallott M, Lejuez CW, Joiner TE, Schmidt NB. Dispositional anxiety and risk-avoidant decision-making. *Personal and Individual Differences*, 2007, 42:665-675.
245. Eysenck S, Eysenck H. The place of impulsiveness in a dimensional description of personality description. *Br. J. Psychol.*, 1997,16:57-68.
246. Murphy FC, Rubinsztein JS, Michael A, Rogers RD, Robbins TW, Paykel ES, Sahakian BJ. Decision-making cognition in mania and depression. *Psychol. Med.*, 2001, 31:679-693.
247. Christodoulou T, Lewis M, Ploubidis GB, Frangou S. The relationship of impulsivity to response inhibition and decision-making in remitted patients with bipolar disorder. *Eur. Psychiatry*, 2006, 21(4):270-273.

8. EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Sonuca Atlama Yanlılığının, Paranoid Şizofreni Tanılı Hastalarla Non-Paranoid Şizofreni, Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastalar ve Sağlıklı Bireylerle Karşılaştırılması” dır.

Bu araştırmanın amaçları şunlardır;

1. Paranoid şizofreni tanılı hastalarla paranoid olmayan şizofrenili, anksiyete bozukluklu hastalar ve sağlıklı bireyler arasında “sonuca atlama yanlılığı” açısından fark olup olmadığının araştırılması,
2. Sonuca atlama yanlılığı sürecini etkileyen nedensel faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır.

Bu araştırmada öncelikle size bazı sorular sorularak sosyodemografik bilgileriniz alınıp ardından hastalıklarla ilgili belirlenmiş ölçekler ve testler tarafımızca uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 30-40 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 120 civarındadır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk öngörülmemektedir; Herhangi bir tıbbi müdahalede bulunulmayacak, laboratuvar tetkiki istenmeyecek, kan alınmayacaktır. Ayrıca sizin için beklenen yararlar, çalışma sırasında elde edilen verilerin bir patolojiye işaret etmesi halinde, isteğiniz durumunda, tedavi veya danışma için yönlendirilecek olmasıdır.

Bu araştırmaya bağlı herhangi bir tıbbi zarar beklenmemekle beraber, araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi araştırmacılar tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar çalışma grubu tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0533 371 27 72 no.lu telefondan Dr. Ş. Alperen Korkmaz’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma herhangi bir kurum ya da kuruluşça desteklenmemektedir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan gerekleri yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız nedeni ile sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan

çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:






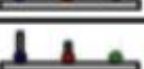







Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek-2. LKT^{DX} Yetişkin Kayıt Formu

LONDRA KULESİ ^{DX} - YETİŞKİN KAYIT FORMU (16+ yaşları)										
William C.Culbertson, Psy.D. ve Eric A. Zilmer, Psy.D.										
Yetişkinin Adı : _____ Cinsiyet : K E					Talimatlar: Her problem için hamle (hareket) sayısını "Hamle Sayısı" sütununa yazınız. Uygun kutulara, her problem için kural veya süre ihlallerinin yanı sıra Başlama Süresi ve Yürütme Süresini de işaretleyiniz. Bütünleştirmede, her problem için ilgili denklemleri yapınız ve sonuç sütunlarını toplayarak alttaki gr kutulara yazınız. Bu toplamları Profil Formunda işaretleyiniz.					
Yaş (yıl, ay) : ____ / ____ Baskın el: Sağ Sol Tarih : ____ / ____ / ____										
Adres: _____										
Medikal Durumu : _____ Testör : _____										
Sevk Nedeni : _____ Sevk Eden: _____										
Başlangıç Pozisyonu										
TEST PROBLEMLERİ			LONDRA KULESİ PUANLAMASI							
D. 	Süre	Hamle - Minimum = Hamle Sayısı (maksimum 20) Puanı	ZAMANLAMA			İHLALLER				
P. 	2 dk.	<input type="text"/> (2)	Başlama Süresi (1. Transfer)	Yürütme Süresi	Toplam	Süre + 1 dk.	Kural			
P. 	2 dk.	<input type="text"/> (2)					Top 1	Top 2		
1. 	2 dk.	<input type="text"/> - (4) = <input type="text"/>								
2. 	2 dk.	<input type="text"/> - (4) = <input type="text"/>								
3. 	2 dk.	<input type="text"/> - (5) = <input type="text"/>								
4. 	2 dk.	<input type="text"/> - (5) = <input type="text"/>								
5. 	2 dk.	<input type="text"/> - (5) = <input type="text"/>								
6. 	2 dk.	<input type="text"/> - (6) = <input type="text"/>								
7. 	2 dk.	<input type="text"/> - (6) = <input type="text"/>								
8. 	2 dk.	<input type="text"/> - (6) = <input type="text"/>								
9. 	2 dk.	<input type="text"/> - (7) = <input type="text"/>								
10. 	2 dk.	<input type="text"/> - (7) = <input type="text"/>								
MHS		Toplam Doğru Puanı = <input type="text"/>	Toplam Hamle Puanı		Toplam Başlama Süresi	Toplam Yürütme Süresi	Toplam Süre	Toplam Süre İhlalleri	Toplam Kural İhlalleri	(Top 1 + Top 2)
		(minimum hamlede çözülen problem sayısı)								

Ek-3. BPRS Ölçeği

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta
4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UGRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSIYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendimi suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGINLIK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANIYERİZM VE POSTUR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDIYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLUSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyarıcı olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KUNTLUK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

Ek-4. SANS Ölçeği

DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME VEYA KÜNTLEŞME							AVOLUTION – APATİ / İRANESİZLİK / İLGİSİZLİK İnisiyatif veya Hedefin Olmaması						
1. Değişmeyen Yüz İfadesi	0	1	2	3	4	5	14. Öz bakımı ve Temizlik	0	1	2	3	4	5
2. Kendiliğinden Hareketlerde Azalma	0	1	2	3	4	5	15. İş veya Okulda Sebatsızlık	0	1	2	3	4	5
3. Anamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması	0	1	2	3	4	5	16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik)	0	1	2	3	4	5
4. Zayıf Göz İlişkisi	0	1	2	3	4	5	17. İradesizlik/İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi	0	1	2	3	4	5
5. Duygulanımsal Yantısızlık	0	1	2	3	4	5	ANHEDONİ- ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA-	0	1	2	3	4	5
6. Uygunsuz Duygulanım	0	1	2	3	4	5	18. Oyalanıcı İlgi ve Etkinlikler	0	1	2	3	4	5
7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği	0	1	2	3	4	5	19. Cinsel İlgi ve Etkinlik	0	1	2	3	4	5
8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel Derecelendirilmesi	0	1	2	3	4	5	20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği	0	1	2	3	4	5
ALOGİA (Düşünce / Fikir Yoksulluğu) 9. Konuşma Yoksulluğu	0	1	2	3	4	5	21. Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler	0	1	2	3	4	5
10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu	0	1	2	3	4	5	22. Anhedoni - Asosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi	0	1	2	3	4	5
11. Blokaj	0	1	2	3	4	5	DİKKAT 23. Sosyal Dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
12. Yanıt Süresinde Uzama	0	1	2	3	4	5	24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
13. Alogiyanın Bütünsel Derecelendirilmesi	0	1	2	3	4	5	25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi	0	1	2	3	4	5

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

Ek-5. SAPS Ölçeği

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

		BİRİNİ İŞARETLEYİN				
VARSANILAR	1. İşitsel varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Yorum yapan sesle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Aralarında konuşan sesler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Somatik ya da dokunsal varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Koku varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Görsel varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Global olarak varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alt ölçek toplamı					
SANRILAR	8. Kötülük görme sanrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Kıskançlık sanrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Suçluluk ya da günahkarlık sanrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Büyüklük sanrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Dinsel sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Somatik sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Referans sanrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Kontrol edilme sanrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Düşünce okunması sanrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Düşünce yayınlanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. Düşünce sokulması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Düşünce çekilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Global olarak sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alt ölçek toplamı						
GARİP DAVRANIŞ	21. Giyim ve görünüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Toplumsal ve cinsel davranış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23. Saldırgan ve taşkın davranış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24. Yineleyici ya da stereotipik davranış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25. Global olarak garip davranış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altölçek toplam ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt ölçek toplamı						
POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU	26. Raydan çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27. Teğetsellik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	28. Enkoherans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29. Mantıksızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30. Çevresel konuşma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31. Baskılı konuşma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	32. Çelinebilir konuşma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	33. Klang çağırışım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	34. Global olarak yapısal düşünce bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alt ölçek toplamı					
UYGUNSUZ DUYGULANIM	35. Uygunsuz duygulanım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU

Ek-6. HAM-A Ölçeği

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

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN:
PSİŞİK (1,2,3,5,6)
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)

Ek-7. HAM-D Ölçeği

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

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM	

Ek-8. CDÖ Ölçeği

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

1) Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok
1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var
3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok
1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığımızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor
2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanın yarısından azında
3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)

0. Yok
1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez
2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok
1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştği kendiliğinden belirtilir
3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok
1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok
1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri
2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok
1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
2. Orta: Kişi görüşme boyunca sikkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun var olduğundan emindir.

Ek-9. BIS-11 Ölçeği

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünün birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

Ek-10. Etik Kurul Raporu



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 227

18./11/2015

KONU : 18.11.2015 Tarih ve 224 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Doç. Dr. Serdar Süleyman CAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “**Sonuç Yanlılığının, Paranoid Şizofreni Tanılı Hastalarla Non-Paranoid Şizofreni, Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastalar ve Sağlıklı Bireylerle Karşılaştırılması**” isimli **Dr. Şükrü Alperen KORKMAZ**’ ın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun **18/11/2015** tarih ve **224** sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

Ek-11. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Şükrü Alperen KORKMAZ
Doğum tarihi	: 30.08.1988
Doğum yeri	: Eskişehir
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0312-2912525/3765
E-mail	: dr.alperen88@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Kılıçoğlu Anadolu Lisesi, Eskişehir (2002-2006)
Lisans	: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2006-2012)
Uzmanlık	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (2013-2017)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: İyi Seviyede
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türkiye Psikiyatri Derneği	