

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RORSCHACH TESTİ'NDE DÜŞÜNCE
BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK VE
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

ALİS ONAR

2501141129

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. BENGİ PİRİM DÜŞGÖR

İSTANBUL-2017



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : Alis ONAR Numarası : 2501141129

Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı : Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Bengi PİRİM DÜŞGÖR

Tez Savunma Tarihi : 19.06.2017 Saati : 10.00

Tez Başlığı : Rorschach Testi'nde Düşünce Bozukluğu Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Yrd. Doç. Dr. Bengi PİRİM DÜŞGÖR		KABUL
2- Yrd. Doç. Dr. Ayşe Elif YAVUZ SEVER		KABUL
3- Yrd. Doç. Dr. İrem ERDEM ATAĞ		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Yrd. Doç. Dr. Göklem TEKDEMİR YURTDAS		
2- Yrd. Doç. Dr. Neslihan ZABCI		

ÖZ

RORSCHACH TESTİ'NDE DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI ALİS ONAR

Düşünce Bozukluğu Ölçeği, orijinal adıyla “Thought Disorder Index”, 1979 yılında Johnston ve Holzman tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek Hermann Rorschach tarafından geliştirilen Mürekkep Leksi testine verilen yanıtlar üzerinden puanlanan bir ölçektir. Ölçeğin amacı psikotik hastalık dönemi içerisinde olan hastalardaki, özellikle de şizofreni hastalarındaki düşünce bozukluklarını ölçmek ve düşünce bozukluğunu 4 şiddet derecesine göre puanlayıp, değerlendirmektedir.

Rorschach testi günümüzde klinik pratikte ve bilimsel araştırmalarda büyük önem kazanmaktadır. Bu çalışmada Rorschach testinin Düşünce Bozukluğu Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda DSM-IV ve DSM-V Tanı Ölçütleri Kılavuzu kriterlerine göre psikotik bozukluğu içeren bir tanı almış olan 40 hasta ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 40 gönüllü katılımcı ile bu çalışma yürütülmüştür. Bu bağlamda hasta ve gönüllü grubuna Rorschach testinde “Düşünce Bozukluğu Ölçeği” uygulanmıştır, “SCL-90-Gözden Geçirilmiş Formu” ise sadece gönüllü grubuna uygulanmıştır. Ölçeğin geçerlilik çalışmasında “Düşünce ve Dil Ölçeği” kullanılmıştır. Test uygulamaları yapıldıktan sonra, elde edilen sonuçlar ölçek özelliklerine göre kodlanmış ve istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Bunların neticesinde Düşünce Bozukluğu Ölçeği'nin (DBÖ) geçerlilik ve güvenilirlik puanlarına ulaşılmıştır.

Çalışma 23 ile 65 yaşları arasındaki toplam 80 kişi ile yapılmıştır. Bulgular SPSS 22.0 for Windows programından yararlanılarak çözümlenmiş ve Betimleyici İstatistiksel Analiz, Spearman's Korelasyon ve Mann-Whitney U Testi istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizinde değerlendiriciler arası uyum güvenilirliğine bakılmış; DBÖ'nin güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Geçerlilik çalışmasında düşünce bozukluğunu ölçen iki testin korelasyonu üzerinden yapı geçerliliği temel alınmıştır ve DBÖ'nin düşünce

bozukluğunu tespit edebildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Rorschach testinde uygulanan DBÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, bu ölçeğın Türkiye toplumunda düşünce bozukluğunun varlığını ve düzeyini ölçmede güvenilir ve yeterli düzeyde olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Rorschach Testi, Düşünce Bozukluğu Ölçeği, Geçerlilik, Güvenilirlik

ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE THOUGHT DISORDER INDEX ON THE RORSCHACH TEST

ALİS ONAR

Thought Disorder Index was developed by Johnston& Holzman in 1979. This is an index that is graded from the answers given to the Rorschach Inkblot Test developed by Hermann Rorschach. The aim of the index is to measure the thought disorders at the psychotic patients groups, especially at the schizophrenic patients and to grade and evaluate the thought disorder according to the 4 degrees of severity.

Nowadays the Rorschach Test has become important in clinical practice and scientific research studies. This work was aimed at assessing the validity and reliability of “Thought Disorder Index” of the Rorschach Test. In accordance with this aim, this work was executed to 40 patients with psychotic disorder diagnosis under DSM-IV and DSM-V criteria and to 40 voluntary healthy participants without psychiatric diagnosis. In this context, Thought Disorder Index (TDI) of the Rorschach Test was administered to the both the patient group and the voluntary group, but “SCL-90-Revised Form” was administered only to the voluntary group. “Thought and Language Index” was used at the validity assessment of the index. After the tests were administered, the results were coded according to the index qualifications and statistically analyzed. As a result of this, the validity and reliability scores of Thought Disorder Index were calculated.

The work was done with total 80 people between the ages 23 and 65. The data was analyzed by using SPSS 22.0 for Windows; Descriptive Statistical Analysis, Spearman’s methods were applied. In the reliability analysis, inter-rater reliability was assessed, TDI is found to have high reliability. The validity assessment was based on the construct validity in the correlation of the two tests measuring the thought disorder. It was found that TDI could establish the thought disorder. The validity and reliability of the TDI proves that this subindex of the Rorschach Test is

reliable and adequate to measure the presence and the level of the thought disorder in Turkish society.

Key Words: Rorschach Test, Thought Disorder Index, Validity, Reliability.

ÖNSÖZ

1979 yılında Johnston ve Holzman tarafından geliştirilen “Düşünce Bozukluğu Ölçeği”i, orijinal adıyla “Thought Disorder Index”, psikotik hastalık dönemi içerisinde olan hastalardaki, özellikle de şizofreni hastalarındaki düşünce bozukluklarını ölçmek için geliştirilmiştir. Hermann Rorschach tarafından geliştirilen “Mürekkep Lekesi” testine verilen yanıtlar üzerinden de puanlanabilen bu ölçeğin Türkçe dilinde de kullanılabilmesi için gerçekleştirilecek olan Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışması, psikiyatrinin klinik pratiğinde ve bilimsel araştırmalarda kullanılmak amacıyla çok yararlı olacağından, bu çalışmada bana destek olan herkese teşekkürü bir borç bilirim.

Tez konumun seçiminden tezimin sonlanma aşamasına kadar desteğini ve katkılarını her zaman hissettiğim değerli tez danışmanım ve hocam Yard. Doç. Dr. Bengi Pirim Düşgör’e;

Çalışmanın oluşabilmesi için sağladıkları imkanlardan dolayı Fransız Lape Hastanesi ve Başhekim yardımcısı Dr. M. Funda Atabay’a;

Tezimin başından itibaren istatistik çalışmalarında bu alandaki engin bilgilerini paylaşan Uzm.Psk. Erkan Kalem’e;

Yaşamımda bugünlere gelmemi sağlayan sevgili anneme ve babama ve tezimin emek isteyen süreçlerinde yanımda olan kayınvalidem ve kayınpederime; tezimin her aşamasında bana desteğini esirgemeyen meslektaşım ve görümcem Alin Onar’a, değerli dostum Ayşe Tanşu’ya;

Bir seneyi aşan bir zaman zarfında bana gösterdiği engin anlayış ve destek için sevgili eşim Barur Onar’a ve oğlum Roy’a en derin şükranlarımla...

Alis ONAR

Mayıs 2017

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Formal Düşünce Bozukluğu	2
1.1.1. Formal Düşünce Bozukluğu ve Şizofreni.....	2
1.1.2. Düşünce Bozukluğu k.g. Dil veya Konuşma Bozukluğu	4
1.1.3. Düşünce Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi	5
1.1.4. Psikanalitik Kuramların Şizofreninin Oluşumu ile İlgili Görüşleri	7
1.1.4.1. Sigmund Freud (1856-1939)	8
1.1.4.2. Donald Woods Winnicott (1896-1971).....	11
1.1.4.3. Melanie Klein (1882-1960).....	14
1.1.4.4. Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979)	18
1.1.4.5. Otto Fenichel (1897-1946).....	20
1.2. Şizofreni ve Psikotik Bozuklukların Klinikte Tanılanması	22
1.3. Rorschach Testi ve Düşünce Bozukluğu Ölçeği.....	23
1.3.1. Formal Düşünce Bozukluğu'nun Ölçülmesi Çabaları.....	23
1.3.2. Düşünce Bozukluğu Ölçeği (DBÖ)	25
1.3.3. Rorschach Testi.....	27
1.3.4. DBÖ'nin Skorlama Kategorileri ve Puanlama	28
1.3.5. DBÖ'nin Güvenilirlik Çalışmaları	31
1.3.6. DBÖ'nin Geçerlilik Çalışmaları	33
1.3.7. DBÖ'nin Sınırlılıkları.....	34
1.3.8. Ülkemizde DBÖ ile Yapılan Çalışmalar	35

1.4. Araştırmanın Amaç ve Hipotezleri	35
---	----

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar	36
2.2. Ölçme Araçları	37
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	37
2.2.2. Ruhsal Belirti Tarama Listesi-90-Gözden Geçirilmiş Formu (SCL-90-R).....	37
2.2.3. Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)	38
2.2.4. Rorschach Testi.....	39
2.2.4.1. Düşünce Bozukluğu Ölçeği.....	41
2.3. Uygulama	41
2.4. İstatistiksel Analiz	42

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Örneklemen Demografik Özellikleri.....	42
3.2. Güvenilirlik Analizi.....	47
3.3. Yapı Geçerliliği	48
3.4. Hasta ve Kontrol Grupları Farkları.....	49
3.5. Ölçekler Arası Korelasyonlar.....	50
SONUÇ.....	51
KAYNAKÇA	55
EKLER.....	66

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	DBÖ'nin Puanlama Kategorileri, Solovay v.d. 1986	31
Tablo 2.	Örneklemin Demografik Özellikleri	44
Tablo 3.	Örneklemin Psikiyatrik Özellikleri	45
Tablo 4.	Örneklemin Aile Yapısı ve Aile İlişkileri Özellikleri	47
Tablo 5.	Rorschach Testi Düşünce Bozukluğu Ölçeği Boyutlarının Değerlendiriciler Arası Korelasyon Değerleri (Hasta Grubu)	48
Tablo 6.	Rorschach Testi Puanlarının Kontrol ve Hasta Örneklemini Arasındaki Farkları	50
Tablo 7.	Rorschach Testi Düşünce Bozukluğu Ölçeği boyutları puanları ile DDÖ puanları arasındaki Korelasyonlar	51

GİRİŞ

“Psikoloji insan davranışlarını, zihinsel süreçler ile birlikte bunların altında yatan nedenleri inceleyen ve araştıran bilim dalıdır.” (Cüceloğlu, 1997). Psikolojinin amacı, canlıların özellikle de insanların davranışlarını incelerken, bu davranışları doğuran sistemlerin işleyiş kurallarını araştırmaktır (Özakpınar, 2000: 52). Bu araştırmalar için psikiyatride ve psikolojide çeşitli testler kullanılmaktadır. Bu testlerin amacı bir davranış kalıbının nesnel ve standart şekilde ölçülmesidir. Psikolojik testlerin diğer bir işlevi, bireylerin ya da aynı bireyin farklı durumlar karşısında verdiği tepkiler arasındaki farkları ölçmektir. Testlerin kullanımı daha çok betimleyici olarak ortaya konan ifadelerin sayısal veri biçimine dönüştürülmesini amaçlamaktadır (Gülseren, 2009).

Psikolojik testler kullanım amaçlarına göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Bunlardan biri Brickenkamp’ın yapmış olduğu sınıflamadır. Buna göre psikolojik testler;

1. Performans testleri (zeka testleri, okul testleri v.s.),
2. Psikometrik kişilik testleri (klinikte kullanılan testler, işe alım testleri v.s.),
3. Kişilik-gelişim yöntemleri (Rorschach ve TAT)

olarak üç başlık altında sınıflandırılmıştır (Brickenkamp, 2002).

Projektif testler, geçerliliği ve hassasiyeti sayesinde kişideki gizli kalmış, gözlem yoluyla belirlenemeyen süreçlerin, ön görüşmede fark edilemeyen patolojik bir işaretin varlığını ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır (Tunaboğlu-İkiz, 2007: 11). Bu testlerin ortak özellikleri verilen malzemenin soyut içeriğe sahip olup, anlamda ikilem içermesinin yanında, elle tutulur bir malzemedan oluşmasıdır. Rorschach ve TAT gibi projektif testler her şeyden önce bir arabulucu görevi üstlenmektedir. Test, bir malzeme olarak klinisyen ile hasta arasında üçüncü konumda bir yere sahipken, Winnicott’un nesne ilişkilerinde tanımladığı gibi, bir geçiş alanı işlevi yüklenmektedir. Bu bağlamda test, testörün sunduğu bir alanda kişinin kendi hayal

dünyasını, imgelemelerini elindeki malzemeden hareketle hayal kurma gücünü ortaya koyarak yapılandırmasıdır (Tunaboğlu-İkiz, 2007: 15).

İsviçreli bir psikiyatr olan Hermann Rorschach (1884-1922) tarafından geliştirilen Rorschach testi, psikopatolojik hastalıkların tanılama süreçlerinde kullanılmaktadır. Kişiliğe dair önemli bilgiler sunan Rorschach testinin uygulama alanlarını genişletmek için yapılan çalışmalar ile testin psikometrik yapısı güçlendirilmeye çalışılmış, nicel ölçek sağlamak için de birçok alt kodlama ve puanlama sistemleri geliştirilmiştir. Rorschach testinin değerlendirilmesiyle, kişilik özellikleri ile ilgili alanlarda birçok değerli bilgi kaynağına ulaşabilmektedir. Rorschach yanıtlarının yapısal özellikleri, insanların nasıl düşündüğü, hissettiği ve davrandığı hakkında temsili işaretler vermektedir (Bornstein ve Masling, 2005).

Bu çalışmada, klinik uygulama ve araştırmalarda düşünce bozukluğunu ölçmek ve değerlendirmek için, Mary H. Johnston ve Philip S. Holzman tarafından 1979 yılında geliştirilen “Düşünce Bozukluğu Ölçeği” (DBÖ) kullanılmıştır. Düşünce bozukluğunu ölçmek için Rorschach testine verilen yanıtların değerlendirildiği DBÖ’nin ülkemizde de kullanılabilmesi için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Formal Düşünce Bozukluğu

1.1.1. Formal Düşünce Bozukluğu ve Şizofreni

Formal düşünce bozukluğu veya düşünce bozukluğu, psikiyatride hatalı düşünmenin bir yansıması olan ve dil kullanımındaki dizisel bir bozukluğu, düzensizliği tanımlayan terimdir. Bu terim kişinin düşünce biçimi kadar, içeriğinin de bozukluğu anlamını taşımaktadır (Pull, 1999). Düşünce süreci bozulan kişi psikotik olarak tanımlanmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004:24-25). Şizofreni alanındaki çalışmaları ile öncü psikiyatristlerden biri olan Paul Meehl, formal düşünce bozukluğunun şizofreni hastalığında belirleyici olduğunu ortaya koymuştur.

1962 yılında kaleme aldığı “Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia” adlı makalesinde, bir hastada tespit edilen hangi davranışsal gerçeklerin şizofreni tanısı koydurabileceğini araştırmıştır (Meehl, 1962).

Genel anlamda düşünce bozukluğuna ilişkin gözlenen klinik özellikler “negatif” ve “pozitif” olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Pozitif semptomlar normal fonksiyonların aşırıya kaçması veya bozulması yoluyla karakterizedir. Halüsinasyonlar, sanrılar, kültürel normlara uygunsuz davranışlar pozitif düşünce bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Dezorganize ve takibi zor konuşmalara neden olan pek çok farklı fenomen de bu başlık altında yer almaktadır. Negatif semptomlar ise istemli hareket eksikliği, motivasyon eksikliği, apati, yüzeysel veya uygun olmayan duygulanım şeklinde ifade edilmektedir. Negatif düşünce bozukluğu da dildeki fakirleşmeyi tanımlamaktadır (Kuperberg, 2010; Andreasen, 1979b; Harvey v.d., 1984; Oltmanns v.d., 1985).

Formal düşünce bozukluğunun şizofreni için ana semptom olduğu savunulurken, yapılan çalışmalarla düşünce bozukluklarının hafif formlarının sadece psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerde değil, özellikle de çok yorgun ve stres altında olan sağlıklı kişilerde de olduğu görülmüştür. Aynı şekilde alkol veya madde etkisinde de düşünce bozukluğu görülebildiği yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir (Andreasen v.d., 1974). Andreasen’in 1979 yılında yapmış olduğu diğer bir çalışmada manik hastaların şizofreni hastaları gibi belirgin şekilde düşünce bozuklukları gösterdiği vurgulanmıştır. Bu hastalarda aynı sıklıkta raydan çıkma, teğetsellik, anlam yitimi ve enkoherans (sözcük salatası) gibi semptomlar görülmüştür (Andreasen, 1979a, 1979b).

Formal düşünce bozukluğunun tanı almış psikiyatrik hastalar dışında da görülebilmesi fikri, düşünce bozukluğunun bu hastaların hasta olmayan akrabalarında nasıl görüldüğü sorusunu akla getirmiştir. Johnston ve Holzman’ın çalışmaları, şizofreni hastalarının anne babalarında, psikotik olmayan hastaların ailelerinden ve normal kontrol grubundan daha çok düşünce bozukluğu olduğunu göstermiştir. Yapılan başka bir çalışmada da şizofreni, mani ve şizoaffektif

bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabaları kendileri hasta olmadıkları halde düşünce bozukluğu işaretleri göstermişlerdir (Shenton v.d., 1989). Çağrışımlardaki kopukluk, otistik mantık, kelime bulma güçlükleri, takıntılı tekrarlar ve kavramsal dezorganizasyonlar gibi niteliksel olarak benzerlikler görülse de, şizofreni hastalarının akrabalarında görülen düşünce bozukluğunun hiçbir zaman şizofreni hastalarında olduğu kadar şiddetli olmadığı tespit edilmiştir (Faraone, 2001).

1.1.2. Düşünce Bozukluğu k.g. Dil veya Konuşma Bozukluğu

Nöro-psikiyatrik hastalıkların birçoğu gibi şizofreni de yalnızca klinik açıdan tanılanmıştır. Belirleyici olan klinik semptomların bir arada bulunması/bulunmaması veya belirgin bir fonksiyon kaybı işaretinin varlığı olmuştur. Ancak şizofreninin semptomları insanın düşünce, dil ve iletişiminin görünümünde birçok anormallik ile kendini göstermektedir.

Nöro-kognitif bakış açısından bakıldığında, şizofrenide görülen dildeki disfoksiyonu açıklamak için iki ana teori önerilmiştir. İlk olarak, dildeki niteliksel anormalliklerin, semantik hafızanın yapı ve fonksiyonundaki anormallikler sonucu oluştuğu önerilmiştir. İkinci olarak, kontekstin kurulması ve kullanımı sırasında ortaya çıkan anormalliklerin dilde disfonksiyona neden olduğu iddia edilmektedir. Böylesi bir “kontekst bozulması” genellikle işleyen bellek (working memory) veya genel yönetsel fonksiyon (general executive function) kayıplarına bağlanmaktadır (Kuperberg, 2010).

Holzman v.d. (2005) hastaların olağan dışı (deviant) ifadelerinin dil veya konuşma bozukluğundan ziyade düşünce bozukluğunu yansıttığını bildirmişlerdir ve düşüncenin dil yoluyla anlatıldığını savunmuşlardır. Buna göre insanlar yaşamın ilk dakikalarından itibaren dil aracılığıyla onlara iletilen düşüncelere bakmaya çalışırken; birinin konuşmasını dinlediklerinde karşılarındakinin onlara iletmeye çalıştığı düşünceleri de bu yolla kavramaktadırlar. Bunu yaparken de öncelikle aktarılan düşünceye odaklanırlarken, ikincil olarak dile dikkat etmektedirler. Ancak psikotik hastalar ile çalışan terapistlerin bu konuda daha deneyimli oldukları

varsayıldığından, hem düşünceye hem de dil içeriğine aynı anda dikkat edebilecekleri düşünülmektedir.

Psikotik hastalar ortak bir dil veya ortak bir lehçeye sahip değildirler. Şizofrenik dil veya manik lehçenin bulunduğu dair de bir veri mevcut değildir. Aslında şizofrenik hastalar şizofrenik olmayan hastalara göre başka bir şizofreni hastasının elliptikal dilini anlamakta daha fazla güçlük çekmektedirler. Dil bozukluklarının ve düşünce bozukluklarının hem kavramsal hem de deneysel olarak ayrılabilir olduğunu savunan Holzman v.d. (2005) düşünce bozukluğunun dil bozukluğundan bağımsız olarak, dil bozukluğunun da düşünce bozukluğundan bağımsız olarak bulunabileceğini bildirmişlerdir. Pür paranoya olgularının dil bozukluğunun olmadığı ancak düşünce karmaşasının varlığını gösteren iyi bir örnek teşkil ettiğini savunmuşlardır. Bu hastalar tarafından ifade edilen sanrılar dil üzerinde temellenmediği ve hem söz dizimsel hem de dilbilgisi açısından doğru olduğu ortaya konulmuştur.

Psikolojik dezorganizasyonun derecesinin artmasıyla psikoz hastalarının düşünce karmaşasına dil karmaşası (disturbance of language) da eşlik etmektedir. Böylece düşünce bozukluğu, olağan dışı dil kullanımında kendini göstermektedir. Bu görüşlere ek olarak hiç bir çalışma dilin morfolojik veya sintaktik yapısı yani anlamlı kelime dizimi açısından şizofreni hastalarını şizofreni olmayan gruptan ayırıcı bulgular tespit etmemiştir. Psikotik hastalar diğer insanlar gibi kendi dillerinin özellikli dil bilgisi unsurlarını korumaktadırlar. Tüm bu bulgular psikotik kişilerdeki tuhaf veya garip (odd) kelime üretiminin bozulmuş düşünceden kaynaklandığı görüşünü güçlendirmektedir (Holzman v.d., 2005).

1.1.3. Düşünce Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi

Şizofreni ile ilgili birçok belirti ve bulgunun çok eski zamanlarda da gözlemlendiğine ilişkin yazılı belgeler bulunmaktadır. M.Ö. 1400 yıllarından kalmış Hint Veda yazılı metinlerinde, bugün özellikle ağır bir seyir gösteren şizofreni hastalarında karşılaşılan bazı belirtilerin ayrıntılı olarak anlatıldığı görülmektedir. Bu

metinlerde çıplak dolaşan, kendine bakımı ileri derecede azalmış, yaşamlarını şaşkın ve boş bir biçimde geçiren ya da din ile ileri derecede meşgul olan, kendini Tanrı zanneden, zehirleneceğinden korkan, yeni bir tufana neden olmamak için işlemeyi reddeden insanlardan söz edilmektedir (Soygür v.d., 2007; Çetin, 2005).

Ruhsal hastalıkların tıbbi bir durum olarak ele alınması, ilk kez Hipokrat tarafından M.Ö. 400’lü yıllarda gerçekleşmişken (Soygür v.d., 2007), şizofreni hakkında yapılan araştırmalar ise 19. yüzyılda önyargılardan uzaklaşmaya başladığında yapılmıştır. Ulaşılan bugünkü noktada şizofreni hastalığı, belirli ölçüde tedaviye dirençli, bir ömür boyu devam eden ve anti-psikotik tedaviyle hastaların hastane dışında da yaşamlarını sürdürebildiği bir duruma gelmiştir (Çetin, 2005).

Şizofreni hastalığını araştırmak için 19. yüzyılın ortalarında dildeki tuhaflıklar araştırmaların ana konusu olmuştur. Şizofreni, ilk olarak 1860 yılında Benedict A. Morel tarafından “dementia praecox” olarak adlandırılmıştır. O zamana kadar farklı isimler altında tanılanan birçok psikotik durumu, bilişsel bozukluğu ve bunamada erken başlangıcı vurgulayan, *dementia praecox* olarak değiştiren kişi Alman psikiyatrist Emil Kraepelin’dir (1855-1926). Kraepelin, bu hastalarda konuşmanın ve düşüncenin “raydan çıktığına” (derailments) dikkat çekmiştir. Kraepelin’e göre bu hastalık bilinç, duygulanım ve irade alanlarında kişide tam bir yıkıma neden olmakta ve kronik bir gidişat göstermektedir (akt. Çetin, 2005; Holzman v.d., 2005).

Kraepelin’in kullandığı terime göre “dementia praecox”da en önemli ayırt edici özellik hastanın diğer insanlarla olan ilişkilerde sorun yaşamasıdır. Şizofreni hastalarının düşünceleri bozulmuştur ve kendi dünyalarında yaşamaktadırlar. İnsanları onlara ulaşma çabalarından etkin biçimde vazgeçiren davranışlar ve beden duruşları sergilemektedirler. Bu açıklamalara göre, Kraepelin’in yaklaşımı şizofreniyi zaman içinde kötüleşen nöro-fizyolojik bir hastalık olarak görmektedir. Bu hastalık, yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkıp neredeyse değişmez bir

biçimde psişik bozulmaya yol açmaktadır ve etiyolojisi endojendir (akt. Pull, 1999; Çetin, 2005; Mitchell v.d., 2012:67).

İngiliz psikoloji okulundan olup bu alanda diğer öncü bir isim İsviçre’li psikiyatrist Eugen Bleuler’dir (1857-1939). Bleuler 1911 yılındaki “Şizofreni grubu hastalıklar” çalışmasında bu hastalık için “schisis: yarıma, phrenia: akıl = şizofreni”, yani “akıl yarılmaması” terimini ilk ortaya atan kişi olmuştur. “dementia preacox” teriminin şizofreni ile değiştirilmesini önermiş, şizofreninin organik bir etiyolojiye dayandığını kabul etmiştir. Bleuler’e göre şizofrenideki temel problem, çağrışımların bozulmasıdır (loosening of association). Hezeyan ve halüsinasyonlar da bu çağrışım bozukluğuna ikincil olarak ortaya çıkmaktadırlar (akt. Çetin, 2005 :75-76; Soygür v.d., 2007, Pull, 1999).

Bleuler, Kraepelin gibi bu bozukluğun manik-depresif olandan ayrıldığı görüşünde olmuştur. Şizofreninin seyrinin değişken olduğunu belirtse de gidiş ve sonuçtan çok “temel” ve “birincil” bulgulara ve belirtilere odaklanmıştır (Pull, 1999). Bleuler, çağrışımlardaki bozulma ile düşünceler arasındaki çağrışımsal bağlantının ve ilişkilerin kaybolacağını, konfüzyon ile mantıksız sonuçların ortaya çıkacağını, düşüncenin tuhaflaşacağını ileri sürmüştür. Diğer teorisyenler Kraepelin ve Bleuler’in bu psikotik durumdaki “düşüncede kayma” (thought slippage) üzerine olan yoğunlaşmalarını takip etmişler ve birçoğu bilişsel anormallik (cognitive aberration) üzerine odaklanmışlardır. Psikanalitik perspektiften bakan yazarlar ise dil ve düşüncedeki tuhaflıklara birincil süreçlerin (primary process) müdahalesi olarak bakmış olup, sonuç olarak şizofrenide mental yaşamın daha erken gelişim basamaklarına bir geri dönüş olduğunu öne sürmüşlerdir (Fenichel, 1945).

1.1.4. Psikanalitik Kuramların Şizofreninin Oluşumu ile İlgili Görüşleri

Kişinin erken dönemdeki yaşantıları ve ilişkileri psikanalitik pratikte önemli bir yere sahiptir. Bebeklik ve çocukluk dönemindeki gelişimsel özelliklerin erişkin yaşamı üzerindeki etkisi, Sigmund Freud’un erişkinlerin analizi sırasında ortaya

koyduğu, çocukluk çağına ilişkin anılarla beraber araştırılmaya başlanmıştır. Freud'un yanı sıra, çocuk psikanalizine kuramsal ve uygulamaya dönük olarak katkıda bulunan Donald Woods Winnicott ve Melanie Klein'in gelişim kuramları, psikozun oluşumunu anlamak açısından büyük öneme sahiptirler. Düşüncenin oluşumu üzerine öncü çalışmaları ile Wilfred Bion ve psikanalitik literatürde önemli bir yere sahip olan Otto Fenichel'in yazıları da psikanalitik çerçevede şizofreninin oluşum mekanizması hakkında çok değerli bilgiler sunmaktadır. Yukarıda adı geçen kuramcılarının ve psikanalitik literatürde çok önemli bir yere sahip olan bu yazarların psikozun oluşumu hakkındaki görüşleri aşağıda paylaşılmaktadır.

1.1.4.1. Sigmund Freud (1856-1939)

Freud 1924 yılında yayınladığı “Nevroz ve Psikoz” isimli makalesinde psikozun ruhsal süreçlerde ilerleyen mekanizması hakkında görüşlerini bildirmektedir. Buna göre, psikozda Ego ve dış dünya arasındaki ilişkide gerçekleşen çatışma sonucu, aralarındaki ilişki bozulmaktadır. Bu bağlamda psikozun en uç formu olan Meynert'in “Amentia”sı, yani akut halüsinasyonlar nedeniyle dağılmanın görüldüğü bu tabloda, dış dünya ya hiç algılanmamakta, ya da bu algı tamamıyla etkisiz kalmaktadır. Freud'a göre normal şartlarda dış dünya iki yolla Ego'nun üstünde hükmetmektedir: birincisi yeni, olası güncel algılar yoluyla, ikincisi önceki algıların hafızadaki hazinesi vasıtasıyla, ki bunlar “iç dünya” olarak Ego'nun yani “Benlik”in varlık ve öğelerini oluşturmaktadırlar (Freud, 1924).

Amentia'da sadece yeni algılar reddedilmemektedir, dış dünyanın o zamana kadar kendi temsili bulduğu iç dünyadan da verilen anlam çekilmektedir. Ego kendisi için, kendisinin otorite olduğu bir dış ve iç dünya yaratmaktadır. Kuşkusuz bu yeni dünya İd'in arzu giderici dürtülerine yani dolaysız doyum arayışına uygun olarak yaratılmaktadır. Dış dünyadan bu kopuşu güdüleyen şey, bir arzunun gerçeklik tarafından ciddi bir şekilde engellenmesidir. Freud, Psikozun bu mekanizmasını normal rüya ile de ilişkilendirmektedir. Ancak rüya için bir uyku durumu ile onun özellikleri olan dış dünya ve algılamadan tamamıyla bir geri

çekilme gerektiğini belirtmektedir. Uyku durumunda da gerçek dış dünyadan bir çekilme söz konusudur, ki bu durum psikozun da gelişiminin koşuludur.

Freud aynı makalede şizofrenide, dış dünyaya katılımdan tamamen uzaklaşmaya eğilim duyulduğunu belirtmektedir. Buna göre hezeyanların oluşumuna ilişkin bazı vaka analizleri, hezeyanların, Ego'nun dış dünyayla ilişkisindeki yırtılmanın bulunduğu noktaya eklenen bir yama gibi orada bulunduğunu göstermektedir. Freud'a göre, dış dünya ile çatışma ön koşulunu açıkça göremeyişimizin nedeni, psikozun klinik tablosunda patojenik sürecin dışavurumlarının, çoğu kez bir iyileşme veya yeniden yapılanma girişiminin dışavurumlarıyla örtülmesidir.

Freud'un psikoz konusuna eğildiği ilk kapsamlı çalışması 1911'de yayınlanan "Bir paranoya (dementia paranoides) vakasının otobiyografisi üzerine psikanalitik açıklamalar" makalesinde incelediği Schreber Vakası'dır. Freud nevrozların, özellikle de histerik ve obsesyonel nevrozların kaynağını bulmaya odaklandıktan sonra, psikozların temelinde yatabilecek özgün bir mekanizma aramaktadır. Paranoid hastalar tarafından oluşturulan hezeyanların psikoseksüel içerikleri ve nevrotik hastaların bastırılmış psikoseksüel malzemelerinin benzerlikleri Freud'u etkilemektedir; sanki paranoid hastalar fantezileri açıkça dışa vururken, nevrotik hastalar ise bunları bilinçdışının derinlerine itmektedir. 1907'den itibaren Freud paranoia ve dementia praecox (şizofreni) arasındaki olası bir bağlantıyı araştırmaya başlamaktadır. Karl Abraham ve Carl G. Jung ile yaptığı görüşmeler sırasında dikkati 1903 yılında yayınlanan Daniel Paul Schreber'in "Sinir hastalığına ait anılarım" isimli kitabına çevrilmiştir. Freud bu kitapta zengin bir klinik malzeme keşfetmiştir. Bunlar hastanın kendisi tarafından anlatılan paranoid sanrılardır. Tümüyle Dr. Schreber'in otobiyografisi üzerine dayanan bu vaka analizi, Freud'a zulmedilme anksiyetesi ve paranoid sanrılarının bastırılmış homoseksüel arzulara karşı bir savunmanın sonucu olarak ortaya çıktığını gösterme imkanı sağlamıştır. Paranoyanın altında yatan mekanizmaya gelince, Freud bunun aşkın (homoseksüel) nefrete dönüşmesinin bir sonucu olduğunu kanıtlamıştır, bu nefret

sonradan yansıtma yoluyla dışsal bir takipçiye yani zulmedene aktarılmaktadır (Quinodoz, 2006).

Freud'a göre psikonevroz veya psikozun ortaya çıkması için ortak etiyoloji, bizim soy-gelişimimiz tarafından belirlenen yapımızda kök salmış ve sürekli gerçekleşmemiş çocukluk arzularından birisidir. Bu başarısızlık her zaman dışsal bir engelleme sonucudur; ama bireysel durumda bu, bazen dış gerçekliğin beklentilerini temsil eden bir iç makamdan (üstbenlikten) da kaynaklanabilir. Bu patojenik etki, bu tür bir çatışma geriliminde egonun dış dünyaya bağlılığına sadık kalıp, idi susturmaya mı çalıştığına, yoksa İd'e yenik düşüp gerçeklikten mi uzaklaştığına bağlıdır. Freud psikozun gelişim mekanizmasını 1924'teki "Nevroz ve psikozdaki gerçeklik kaybı" makalesinde incelemeye devam etmiştir. Burada nevrozda gerçekliğe bağlı olan egonun, İd'in bir parçasını baskı altına almasına karşılık, psikozda aynı Ego'nun İd'in hizmetinde olması ve gerçekliğin bir kısmından uzaklaştığını belirtmektedir.

Freud bebeğin tüm libidinal enerjisinin başlangıçta kendine yönelik olduğu ve birincil narsisizm adını verdiği bir durumu savunmaktadır. Buna göre bebeğin erken dönem yaşantısı büyüsel ve fantazmatiktir. Düşüncenin tümgüçlülüğüne esir olan bebek kendini kusursuz ve tümüyle güçlü hissetmektedir. Bu tümgüçlülük ve büyüklük fantezileri aracılığıyla kendini doyurmaya çalışan bebeğin, erken dönemde engellenmişlikler yaşaması, onun narsisistik kendine dönüklüğünü kesintiye uğratmaktadır. Bebek bu yolla doyumu güvence altına alamayınca, libidinal enerjisini kusursuz olmasa da, elle tutulur bir tatmin arayışıyla dışarıya, diğerlerine yöneltmektedir. Bu süreçte narsisistik libido normal olarak nesne libidosuna dönüştürülmüş olacaktır. Nesne libidosu ve narsisistik libido ters orantılı olarak kavramsallaştırılmaktadır. Freud şizofrenik durumları, libidonun nesnelerinden yoğun biçimde geri çekilerek ikincil narsisizm durumuna girmesinin bir ürünü olarak görmektedir. Bu durum bireyi geçmişe, bebeklik döneminde ebeveynlerle gelişen bağlanmalardan da geriye, yaşamın ilk aylarını niteleyen, o büyüsel kendine dönük hale geri götürmektedir (akt. Mitchell, v.d., 2012:164-165).

1.1.4.2. Donald Woods Winnicott (1896-1971)

Bebeklik ve çocukluk dönemindeki gelişimsel özelliklerin, erişkin yaşamdaki ruhsal süreçler üzerinde olan etkisinin psikanalitik literatürde ortaya konması psikanalitik kuramcılarının bu alanda yapacakları çalışmalara ilham olmuştur. Bu alanda öncü isimlerden Winnicott bir çocuk doktoru olarak, bebek ve anne gözlemleri yapmış, hem sağlıklı gelişimi kolaylaştıran hem de gelişimsel sapmalara yol açan annelik biçimleri hakkında yenilikçi düşünceler geliştirmiştir. Winnicott klinikte yaptığı çalışmaları sonucunda, bebeğin ruhsal gelişimine ve ilk dönem ilişkilerine dair, psikanalitik kuram için önemli birçok kavram geliştirmiştir: Bu kavramlar birincil annelik meşguliyeti, yeterince iyi annelik, bebeğin tümgüçlülük sanrısı, sahte kendilik, geçiş nesnesi ve geçiş görüngüleri v.b. şeklinde sıralanabilir. Yapmış olduğu bebek-anne gözlemlerinden edindiği deneyimlerle, anne-bebek ilişkisinde en önemli şeyin beslemek değil, sevgi; ihtiyaçların doyurulması değil, annenin bebeğinin yaşantısının “kişisel” özelliklerine hassasiyeti olduğunu belirtmiş ve bu yolla da kendiliğin geliştiğini vurgulamıştır (Mitchell, v.d., 2012:123-151). Winnicott çocuğun ilk zihinsel durumunu belirtmek için “bütünleşmemişlik” kavramını kullanmıştır; birey duygusal gelişimin erken evrelerinde bir birim (unit) olamamıştır. Çevre ve birey yapılanmasından (environmet-individual set-up) bahsetmiştir. Burada bebek bir yaşına gelene kadar, bütünleşmemiş birincil durumdan yavaş yavaş bir bütünleşmenin ortaya çıkacağını savunmuştur. Bu bütünleşmenin de sadece nöro-fizyoloji meselesi olmadığını, burada annenin en iyi şekilde sağladığı çevresel koşulların da şart olduğunu vurgulamıştır (Winnicott, 1952).

Winnicott, gebeliğin son evrelerinden başlayarak, bebeğin istek ve ihtiyaçlarına yüksek bir duyarlılık gösterdiği döneme “birincil annelik meşguliyeti” (Primary maternal preoccupation) adını vermiştir. Bu sürecin bir tür delilik olduğunu vurgulamıştır. Daha sonra bu dönemin anneler tarafından hatırlanmadığını doğumdan bir kaç hafta sonra da annelerin bu süreçten çıktığını ifade etmiştir. Birincil annelik meşguliyeti döneminde anne, bebeğinin öznelliği için ihtiyaç duyduğu gerekli

araçları ve ortamı sunabilmek için kendi öznelliğini askıya alabilmektedir. Annenin, bebeğinin ihtiyaçlarına yüksek duyarlılıkta yanıt verdiği bu dönemde, bebeğinin yaşantısına da öznel tümgüçlülük (subjective omnipotence) adını vermiştir. Çünkü bebek ihtiyaçlarını empatik bir şekilde karşılayan annenin memesini kendi yaratıyor olarak algılamaktadır. Winnicott bebeğin nesneyi yarattığına inandığı durumun aslında bir “yanılsama anı” olduğunu söylemiştir. Ancak daha sonra dereceli bir şekilde yanılsamanın kırılması gerekmektedir. Anne bir süre sonra tekrar kendi öznelliğine ve ilgilerine dönerek, “dünyayı bebeğine getirişinde” yavaşlamaya ve başarısız olmaya başlamaktadır (Winnicott, 1956). Bu minimal örselenmeler bir dış dünya, bir gerçeklik olduğu fikrini yaratmaktadır. Annenin, çocuğun gelişimi ile paralel bir şekilde onun ihtiyaçlarına dereceli bir şekilde duyarsızlaşması, çocuğun tümgüçlülük yanılsamasını yıkmakta ve gerçeklik duygusunu geliştirmektedir. İhtiyaçlarıyla her şeyi yaratan o değildir. Bir dış dünya ve onun zorunlulukları vardır. Böylelikle çocuğun öznel tümgüçlülük yaşantısına sonunda bir nesnel gerçeklik yaşantısı eklenmektedir. Bu aynı zamanda anneden ayrılma, ayrışma, dolayısıyla bireyleşme anlamına da gelmektedir (Winnicott, 1960b).

Winnicott gelişimi, her evrenin bir öncekinin yerini aldığı çizgisel bir ardışıklık değil, her birinin korunduğu bir süreç olarak nitelemektedir. Dolayısıyla, annenin bebeğe sağladığı geçici öznel tümgüçlülük yaşantısı, değerli bir miras ve kaynak olarak kalmaktadır (Mitchell et al., 2012: 123-151). Winnicott’un öznel tümgüçlülük ve nesnel gerçekliğin arasında olduğunu söylediği bir üçüncü yaşantı da “geçiş yaşantısıdır”. Annenin sağladığı tümgüçlülük yanılsamasından çıkmakta olan çocuk gerçekliğe dönmeden önce annesi üzerindeki tümgüçlü kontrolü ikame ettireceği yeni bir nesne aramaktadır. Winnicott, bu nesneye “geçiş nesnesi” ismini vermektedir. Geçiş nesnesi, ne çocuğun tümgüçlü kontrolü ile kontrol edilmektedir ne de tamamen dış dünyaya aittir. Geçiş nesnesi çocuğun kendiliğinin özel bir uzantısını oluşturmaktadır. (Winnicott, 1951).

Çocuğun tümgüçlülük yanılsamasının annenin eş duyumlu olmayan yanıtlarıyla erken ve sert biçimde engellenmesi ciddi psikopatolojik neticeler de doğurabilmektedir. Winnicott bunlardan birini “sahte kendilik” kavramı ile

tanımlamaktadır (Winnicott, 1960b). Winnicott’a göre sahte kendilik bozuklukları “çevresel yetersizlik hastalarıdır”. Bebeğin ihtiyaçlarına gösterilen hatalı uyum sonucunda bebek, kendiliğin ihtiyaç ve taleplerinden vazgeçmekte, hızla annenin ve başkalarının taleplerine göre kendini oluşturmaya çalışmaktadır. Bebek artmış bir zihinsel aktivite ile kendini ve çevresini sürekli olarak taramakta, gerçekliği değerlendirmeye çalışarak yüzeysel bir uyum göstermeye yönelmektedir. “hakiki kendilik” gelişmemiş bir nüve olarak “sahte kendilik” tarafından sarılıp, kuşatılıp korunmaktadır ve bu sahte kendiliğin işlevi gerçek kendiliği gizleyerek koruma olmaktadır (Winnicott, 1960b).

Winnicot, anne-bebek ilişkisinin erken döneminde, yani bebeğin annesine çok büyük bir bağımlılığı olduğu dönemde, yaşanacak bir yoksunlukta psikozun da ortaya çıkabileceğini bildirmektedir (Winnicott 1963a). Yeterince iyi bir tutma ortamı sağlanamadığında veya uzun süreli ve ciddi bir başarısızlık olduğunda, bebek bir kaos durumuna doğru itilmektedir. Bunun sonucunda da çocukluk çağı psikozu ya da erişkin psikotik ya da sınır (borderline) durumların çekirdeği oluşabilmektedir (akt. Raşit Tükel, 2011).

Winnicott’a göre sağlıklı bir ruhsal gelişim için mükemmele yakın bir çevre gerekmektedir. Birey, başlangıçta bir birim özelliğine sahip değildir. Birim bir “çevre-birey” (individual-environment setup) yapılanmasıdır. Bireysel bir ruhsallık ancak çevrenin sağlamlığı ve güvenilirliğinde mümkün olmaktadır. Çevre çocuğun ihtiyaçlarına etkin uyum gösterdiğinde, çocuğun rahatız edilmediği bir yalıtmada var olduğunda, çocuk bilgisi olmadan spontan hareketlerde bulunarak kendilik hissini kaybetmeden çevreyi keşfedebilmektedir. Çocuğun ihtiyaçlarına gösterilen hatalı uyumlar ise çocuğun sınırlarını çiğnemektedir. Bu durumda çocuk bu dayatmaya ve ihlale kendilik hissini kaybederek ve onu tekrar kazanabilmek için yalıtmaya geri dönerek tepki vermektedir. Yeterince iyi ve etkin bir uyum sağlayan çevrenin olmaması çevre-birey yapılanmasının psikotik bir bozulmaya uğramasına neden olmaktadır. Ancak yalıtma git gide saflığını kaybederken, çocuk çevrenin onu çiğnemesinin inkarıyla gittikçe daha savunmacı bir örgütlenme geliştirmektedir. Winnicott duygusal gelişimin en erken ve ilkel evrelerinde görülen bu olguyla,

yetişkinlikte görülen şizofrenide, genel şizoid durumlarda, zihinsel karışıklığı ve bütünleşememeye karşı örgütlenmiş savunmalarda görülen olgunun nasıl tıpatıp aynı olduğunu göstermeye çalışmaktadır (Winnicott, 1952).

Sonuç olarak Winnicott ruh sağlığının, bebeğin ana rahmine düşüşten itibaren annenin sahip olduğu özel yönelimiyle bebeğine sağladığı doğal bakımda temellendiğini savunmaktadır. Çevre-birey yapılanmasının erken gelişim evrelerinde yer alan gecikmeler, çarpıklıklar, gerilemeler ve karışıklıklar, ruh sağlığının psikotik nitelikte bir bozulmaya uğramasına sebep olmaktadır.

1.1.4.3. Melanie Klein (1882-1960)

Erken dönem ilişkilerini ve psikozun kökenini anlamada Winnicott gibi Melanie Klein (1882-1960) da çağdaş psikanaliz üzerinde en çok etkisi olan psikanalitik yazarlardan birisidir. Melanie Klein'in çalışmaları, Winnicott gibi nesne ilişkileri üzerine odaklanmaktadır. Klein, çalışma yaşamı boyunca çocuklarla sürdürdüğü doğrudan gözlem ve klinik çalışmalarla, Freud'un varsayımlarını geliştirmeye çalışsa da, birçok temel yönden Freud'unkinden dikkat çekici biçimde farklı olan kavramlar geliştirmiştir. Klein Freud gibi bilinçdışı fantezilerin tüm ruhsal süreçleri temellendirdiğini ve her türlü ruhsal işleyişe eşlik ettiğini söylemektedir, ancak Freud'dan farklı olarak ödipal karmaşanın yaşamın ilk senesinde başladığını ve iki cinsiyette de benzer çizgiler izleyerek geliştiğini belirtmektedir. Klein kendi kuramında çocuğun iç dünyasını araştırırken, içselleştirilmiş nesne ilişkilerinden söz etmektedir. Klein'a göre erken ego henüz sentez ve bütünleştirme yeteneğinde değildir. İç dünya parçalanmış, kopuk fanteziler halinde yaşanmakta, bütünlük arz etmemektedir. Paranoid-şizoid konum, depresif konum, haset, yansıtımlı özdeşim, erken fantezi oluşumları Klein'in üzerinde çalıştığı kuramsal kavramlardır (Mitchell v.d., 2012: 93-121; Koçak, v.d., 1999; Kural, v.d., 2014).

Klein paranoid şizod konum ve depresif konumu açıklarken haset ve şükran kavramlarına değinmektedir. Yaşantının ilk örgütlenmesine paranoid-şizoid konum adını vermektedir ve normal olarak yaşamın ilk üç-dört ayında etkisini gösterdiğini

belirtmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan kaygılar paranoid niteliktedir, buna karşı geliştirilen savunmalar da şizoid nitelik taşımaktadır. Paranoid nitelikteki kaygılar zulmedilme kaygısından kaynaklanmakta olup, bu zulüm görme (perseküsyon) kaygılarının ise ölüm dürtüsünden doğduğunu ve yok olma korkusu gibi hissedildiğini ifade etmektedir. Klein'a göre paranoid şizoid konumda bebek, annenin içinde barındırdığı her türlü kaynak için haset duyarken, haset tüm ilkel süreçlerin en yıkıcı olanıdır. Yıkıcı itkilerin ifadesi olan aşırı haset savunma mekanizması olarak bölmeyi doğurmaktadır. Böylece bebek Paranoid-şizoid konumda memeyi iyi ve kötü meme olarak ikiye bölerken, iyi içsel nesnenin zarar görmeden korunabilmesi hedeflenmektedir. Ancak haset aslında kötü memeye değil iyi memeye yönelik bir saldırdır.

İkinci konum depresif konumdur. Depresif konum ile birlikte ise bebeğin kısmi nesneden, nesneyi bütün olarak algılamaya geçişi söz konusudur. Dolayısıyla bebek haset edilen, nefret edilen ve yok edilmiş olan bütün nesne ile derin şükran ve ilgi hissettiği, sevdiği nesnenin aynı kişi olduğunu hissetmektedir. Engelleyen anneye karşı hissettiği hiddet dolu yıkıcı fantezisi sonrasında derin bir suçluluk duyarken, sevdiği nesneye verdiği hasarı iyileştirmeye, anneyi yeniden bütün yapmaya yönelik çabası onarıcı fantezilerden (libidinal dürtülerden köken alan) doğmaktadır. Depresif konumda sevgi ve nefretin bütünleşmesi, annenin iyi ve kötü yönleri arasında bir sentez kurması ve suçluluk duygularına bağlı olarak yas deneyimlemesi beklenmektedir. Paranoid konumdaki endişenin niteliği zarar görme endişesi iken depresif konumdaki temel endişe sevilen nesneye zarar verilmesi sonucu kaybedilebileceği endişesidir (Klein, 1999) .

Klein, normal ruhsal gelişim göstermeyen çocuklar ve yetişkin psikotik hastalarla yaptığı çalışmalarına dayanarak psikozdaki temel endişenin yok olma tehdidi olduğunu söylerken, psikoza ait endişelerin, erken bebeklik döneminde ortaya çıktığını öne sürmektedir. Paranioid-şizoid ve depresif konumu açıklarken baştan itibaren bebeğin nesne ilişkilerine sahip olduğu vurgusunu yapmaktadır. İlk nesne ilişkisinin de anne ile yaşandığını söylemektedir. Ama erken dönemde ego henüz nesneye karşı duyduğu farklı duyguları birleştirecek gelişmişlikte değildir. Paranioid-

şizoid konumda bölme ile iyi ve kötü memeyi birbirinden ayırırken, bu ayrılma aşk ve nefret şeklinde bir bölünmeye de yol açmaktadır. Dış nesne ilişkisinin (örneğin annenin) içe yansıtma, içselleştirme ve beden içine alma (introjection, internalization, incorporation) mekanizmalarıyla zihinsel temsilin gelişmesiyle içsel nesne oluşmaktadır. İstikrarlı bir içsel nesneye ulaşmak depresif konumun başlangıcını ve dolayısıyla paranoid-şizoid konumdan depresif konuma geçişi temsil etmektedir. Perseküsyon (zulmedilme) endişesi depresif konumdan önce meydana gelmektedir. İlk nesne ile ilişkinin içe atılmasından sonra yıkıcı dürtünün nesneyi hedeflediğini söyleyen Klein, anne memesine yönelik oral sadistik saldırı düşlemlerinin, daha sonra her türlü sadistik amaçlarla annenin bedenine yönelik saldırılara dönüştüğünü belirtmektedir. Bebek, annenin bedeninin içindeki iyi nesneyi yok etmeyi amaçlayan oral dürtülere sahiptir ve bunlardan hareketle perseküsyon korkusu duymaya başlamaktadır. Perseküsyon korkularının çok kuvvetli olduğu durumlarda ise, bebek paranoid şizoid konumda ilerleyememekte ve depresif konuma geçememektedir. Depresif konuma geçiş bebeğin duygusal ve zihinsel gelişimi için hayati bir ilerlemeye işaret etmektedir. Paranoid-şizoid konum normal bir şekilde ilerlememişse ve eğer perseküsyon korkusu ve buna eşlik eden şizoid mekanizmalar çok kuvvetli ise o zaman bebek depresif endişe ile başa çıkamaz ve paranoid-şizoid konuma gerileme olur. Klein bu durumun şizofreni için zemin oluşturduğunu ifade etmektedir. Böyle bir gerilemenin sadece şizoid konumdaki takılma noktalarını pekiştirmekle kalmadığını, geniş çaplı bir dağılmanın başlaması tehlikesini de yarattığını eklemektedir (Klein, 1946).

Klein, “Psikozların Psikoterapisi” (1930) isimli makalesinde, iki buçuk ile beş yaş arasındaki çocukların analizi sayesinde, yaşamın başlangıcında, dış gerçekliğin bütün çocukların kendi dürtüsel yaşamlarının yansıması olarak algılandığını saptamaktadır. Ona göre insan ilişkilerinin en erken dönemi sadist oral dürtülerin hakimiyeti altındadır. Bu sadist nitelikli dürtüler, engellenme (frustration) ve yoksunluk deneyimleriyle artmaktadır. Bu sürecin sonucunda, çocuğun sahip olduğu her türlü sadist nitelikli ifade biçimi üretral sadizm, anal sadizm ve kas sadizmi olarak harekete geçmekte ve nesnelere yönelmektedir. Bu dönemde dış

gerçeklik çocuğun zihninde, kendisinin nesneleri tehdit ettiği gibi nesnelerin de onu tehdit etmesi beklentisi ile yer almaktadır. Bu ilişki şekli çok küçük çocuğun ilkel gerçekliğini oluşturmaktadır.

Klein, çocuğun en erken gerçekliğinde dünyanın tehlikeli nesnelerle dolu bir meme ya da bir karından ibaret olduğunu belirtmektedir. Bu nesneler, çocuğun onlara yönelttiği yıkıcı dürtülerinden dolayı tehlikeli kabul edilmektedir. Normal gelişim seyrinde benlik, gerçekliğin değerlerini yavaş yavaş kavrayacaktır, psikotiğin durumunda dünya ve pratikte nesneler başlangıçtaki seviyede değerlendirilmektedir, yani psikotik için dünya hala tehlikeli nesnelerle dolu bir karındır (Klein, 2008).

Daha ayrıntılı incelenecek olursa, Klein oidipus karmaşasını erken gelişimsel evreye yerleştirerek Freud'dan ayrılır. Klein'a göre zihinsel gelişimin erken evresinde sadizm, libidinal hazzın bütün değişik kaynaklarında etkindir. Annenin memesini yutma arzusuyla bu sadizm başlar ve erken anal evreyle devam eder. Bebeğin annenin içindekilere sahip olmak ve onu yok etmek istediği bu evre aynı zamanda oidipus karmaşasının da başlangıcında yer alır. Bu çatışmalar (üretal, kassal ve anal sadizmin de ilintili olduğu) oral sadizmle harekete geçen ve anal sadizmin üstünlüğünün sona ermesiyle biten bir gelişim evresi sırasında gerçekleşir. Klein'ın erken oidipus karmaşası dediği durum iyi ve kötünün birbirine karıştırılmaksızın ayrıldığı bir evreye denk gelmektedir. Erken dönemdeki bu oidipal durumda anne ve baba çifti Freud'un tarif ettiği klasik anlamdaki halinden tümüyle farklı, adeta iç içe geçmiş ve karışmış bir çifttir.

Oidipus çatışmasının ancak sonraki aşamalarında libidinal dürtülere karşı savunma ortaya çıkar. Savunma, önce eşlik eden yıkıcı dürtülere yöneliktir. Nevrotiklerin ve normal kişilerin gelişiminde, benlik tarafından başlatılan ilk savunma, öznenin kendi sadizmine ve saldırılan nesneye yöneliktir ki, her ikisi de tehlike kaynağı olarak algılanmaktadır. Bu savunma, bastırma mekanizmalarından farklı olarak daha şiddetli bir niteliktedir. Psikozların kökeninde ise durum farklıdır; sadizmin doruğa ulaştığı evrenin ilk kısmında saldırılar bir şiddetin sonucu olarak algılanmaktadır. Klein bunun şizofrenideki saplanma noktası olduğunu

düşünmektedir. Bu evrenin ikinci kısmındaysa saldırıların zehirleme yoluyla gerçekleştiği hayal edilmektedir. Bu sırada üretral ve sadist nitelikli anal dürtüler hakimdir. Klein bunun da paranoyadaki saplanma noktası olduğuna inanmaktadır. Sonuç olarak Freud'un dementia praecox'un ve paranoyanın saplanma noktalarının narsisistik evrede aranması gerektiği ve dementia praecox'un paranoyadan önce geldiği yönündeki hipotezlerine katıldığını belirtmektedir (Klein, 1930).

Benliğin sadizme karşı aşırı ve olgun olmayan savunması, gerçeklikle ilişki kurulmasında ve düşlem yaşamında bozulmalara yol açar. Annenin bedeni ve daha geniş anlamıyla, dış dünya sadist bir biçimde benimsenir, keşfedilmesi sekteye uğrar ve bu da annenin bedeninin içindekileri temsil eden şeylerle ve nesnelerle sembolik ilişkinin tümüyle kesintiye uğramasına yol açar. Bu içe kapanma dementia praecox'un belirtilerinden biri olan duygulanım ve kaygı eksikliğinin kaynağıdır. Dolayısıyla bu hastalıkta doğrudan, anne bedeninin içinin sadist bir biçimde zapt edilmesi ve tahrip edilmesinin ve gerçeklikle ilişki kurulmasının kaygıya bağlı olarak bozulduğu erken gelişim evresine bir gerileme olur (Klein, 1930). Bunun yanında, sadece psikozların doğuşunda değil, benlik gelişimindeki bozuklukların ve zihinsel ketlenmelerin oluşumunda da aşırı güçlü erken dönem kaygı durumlarının varlığının ve tehditkar üstbenliğin oluşumunun erken dönemlerinden gelen baskınlığının temel etkenler olduğu düşünülmektedir (Klein, 1931).

1.1.4.4. Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979)

Bion, Klein'in analizanı ve öğrencisiydi ve Klein'in kuramsallaştırmalarını temel almıştır. Kendi katkılarıyla da Klein'cı düşüncüyü genişletmiştir. Şizofrenik hastalarla yaptığı çalışmalardan hareketle kendi kavramlarını şekillendirmiştir. Klein haseti açıklarken bebeğin memeye saldırdığını, yutmak ve yok etmek istediğini söyler. Saldırı nesneye yapılan bir saldırdır. Bion şizofrenik parçalanma ile Klein'in tarif etmiş olduğu türden haset dolu saldırılar arasında bir bağlantının olduğunu kabul eder ancak saldırılan şeyin yalnızca nesnenin kendisi olmadığını, yani çocuğun sadece memeye saldırmadığını memeye bağlayan kendi zihinsel kapasitelerine de saldırdığını ifade eder. Bion'a göre, sadece nesneye yönelik ve onu parçalara ayıran

bir hayali saldırı değil, bebeğin kendi algısal ve bilişsel aygıtına yönelik bir saldırı vardır. Bu da onun gerçekliği algılama ve anlama becerisini, başkalarıyla anlamlı bağlar kurabilme becerisini yok etmektedir. Bion için haset, bir tür psikolojik bağışıklık bozukluğudur, zihnin kendisine saldırmasıdır. Bion zihnin kendi süreçlerine saldırmasının temel yollarından birini bağlantıya saldırılar (attacks of linking) olarak tarif etmiştir. Böylece bir takım şeyler, düşünceler, duygular ve insanlar arasındaki bağlantılar tümüyle kesilmektedir. Bion, bu sayede şizofrenik düşüncenin ve dilin kökenlerini ve doğasını kavramaya çabalar (akt. Mitchell v.d., 2012).

Bion, psikotik hastaların bozulmuş düşünce süreçlerinden yola çıkarak “Düşüncenin Teorisi”ni geliştirmiştir. Freud’cu psikanalitik öğretinin en önemli noktası olan oidipus karmaşası kuramını, düşüncenin gelişimi ile ilişkilendirmiştir. Buna göre ebeveyn bağlarına (linking) olan saldırı sözel düşünceyi imkansız kılmaktadır veya pozitive döndürmektedir: Oidipus karmaşasının üstesinden gelinmesi sözel düşüncenin ön koşuludur, çünkü bağlantılara izin verilmektedir. Psikoz bağlantılara ve bağlayan şeylere yapılan saldırıların bir sonucudur. Örneğin düşünmek (iki nesne arasındaki bağlantı olarak), konuşmak (nesne ve anlamının bağlanması olarak). Epistemoloji (bilgi kuramı) oidipus karmaşasının yorumlanmasını değiştirmiştir; buna göre arzunun nesnesi artık anne değil, gerçekliktir.

Bion düşüncenin nasıl oluştuğuna dair teorisini 1962 yılında yayımladığı “Deneyimlerden Öğrenme” isimli kitabında anlatmıştır. Buna göre Bion düşüncenin oluşumunu iki işaret ♀♂ (Container/Contained C/CD) ve alfa işlevi olarak adlandırdığı belirsiz varsayımsal bir süreci içeren bir model ile açıklamaya çalışmaktadır. Duygusal yaşantıların bilinçli ve bilinçdışı şekilde yaşantılandığı, böylelikle “gerçekliğin” bir besin olarak oluştuğu ve sindirim sistemine benzetilen zihin tarafından “gerçekliğin” besin olarak kullanıldığı bir yapıda, zihinsel gelişimi anlatmaya çalışmıştır. Bion aslında kurduğu modelde, eğer deneyimlerimizi hazmedemezsek, zihnimizi zehirlediğimizi ve onu tahrip edeceğimizi özetlemiştir.

Bion 1953 yılında yayımlanan “Şizofreni Teorisi Üzerine Notlar” isimli çalışmasında şizofreni hastalarının zihinsel durumlarını tarif etmek için “hapishane” kelimesini kullanmış ve bundan kaçmanın zorluklarını anlatmıştır. Bion’a göre şizofreni hastaları nesne ilişkilerinde sorun yaşamaktadırlar ve her şeyden önce ilişki yokluğu ile belirlenirler. Hasta hapishaneye kapatılmış gibi paranoid-şizoid konumda yaşamaktadır. Bu konumda sözel düşünce mümkün olmadığı gibi, ben-olmayanla bir ilişki de mümkün değildir. Bion, Kleinci gelişim modelini esas alarak ve kendi modelini de buraya uyarlayarak şizofreniyi tarif etmeye çalışmıştır. Bu modelde ideal olan psikolojik gelişimin paranoid-şizoid’den depresif konuma geçmesidir. Burada kurulan birleştirici parça sözel düşünce ve sembolizasyon kapasitesi gerektiren konuşmadır (Bion, 1967).

1.1.4.5. Otto Fenichel (1897-1946)

Fenichel’e göre şizofreni çok çeşitli klinik görünümlere sahip olduğu için, diğer ruhsal hastalıklara göre hastalığın ortak tanımlamasını yapmak oldukça zor olmuştur ve bu çeşitlilik içerisinde herhangi bir noktanın ortak olacağından şüphe edilmiştir. Bu durumda aslında şizofreni, belirli bir nozolojik birim olmak yerine, bir grup hastalığı kapsamaktadır. Tüm bunlara rağmen ortak bazı işaretler bu gruptakileri nitelemektedir: Semptomların yadırganan ve tuhaf doğasının oluşu, anlamsızlık, duygulanımların ve düşüncelerin öngörülemez olması, ikisi arasındaki açık, uygunsuz bağlantılar. Fenichel bu ortak özelliklerin, ortak ruhsal mekanizmalara dayanıp dayanmadığı ile ilgilenmektedir.

Fenichel’e göre, bebek hayatının başında birincil narsisizm evresinde bulunur. Bu dönemde ruhsal aygıt ayrışmamıştır ve içinde herhangi bir nesne mevcut değildir. Egonun oluşması nesnelerin keşfedilmesi ile aynı anda gerçekleşmektedir. Ego’nun var olması için, ben-olmayanın, nesnelerden ayırt edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, şimdi sıralanacak formüller Fenichel’e göre farklı ancak aynı öğeleri anlatmaktadır:

Şizofren birincil narsisizme doğru bir gerileme yaşamaktadır; nesne yatırımları hasar görmüştür; Şizofrenin gerçekliğe yatırımı azalmıştır; Şizofrenin benliği zayıf düşmüştür.

Fenichel şizofrenik düşüncenin belirli bir şekilde düzenli olmakla beraber “normal” mantığın kurallarına itaat etmediğini belirtmektedir ve şöyle devam etmektedir: Şizofren mantık ilkeldir, büyüsel bir düşünce ile özdeştir, yani düşüncenin bir biçimidir ve ilkel insanlarda, nevrotiklerin bilinçdışında, küçük çocuklarda, sağlıklı kişilerin yorgunluk zamanlarında da ortaya çıkabilmektedir. Bu, düşüncenin arkaik bir şeklidir ve saplantı nevrozlarında sadece kendini hissettirirken, şizofrenide tamamıyla belli olmaktadır: Şizofrenik düşünce mantıklı düşünmekten, mantık öncesi düşünmeye geriler. Bu düşünce şekli psikotik olmayanlarda bilinçdışında etkindir. Dolayısıyla şizofrenide bilinçdışının bilinçli hale geldiği söylenebilir.

Fenichel, şizofreninin çekirdeğinin hastaların gerçeklik ile bağlarının kopmasında yattığını savunmaktadır. Ona göre nevroz ve psikozların ortak özelliği, her ikisinde de ruhsal aygıtın çatışmalara gerileme ile tepki göstermesidir. Ancak gerilemenin derinliği ikisinde de farklılık göstermektedir. Erken çocuklukta gerçekliğe yatırım oldukça azdır. Daha sonra gelişen gerçeklik kaybı, bu erken döneme bir gerilemedir. Ego, ilkel ve ayrışmamış bir konuma gerilemektedir ve tam anlamıyla ya da kısmen İd’in içinde çözülmektedir, yani gerçekliğe veya nesneye dair bilgiden yatırımını çekmektedir.

Fenichel psikozun gelişiminde iki adımdan söz etmektedir:

a. Gerçeklik kaybı, b. Kaybolan gerçekliğin tekrar elde edilmesi. Çocuksu dürtülerin tekrar yaşanması ve oraya bir saplanmanın, psikoz için hazırlayıcı bir zemin olduğunu belirtmektedir. Burada oedipus karmaşasına yoğun bir saplanma, psikozun oluşumunda can alıcı bir öneme sahiptir. Normalden farklı bir ödipal doyum şizofreni hastalarının yaşam öyküsünde sıkça görülmektedir. Genitalitenin zayıf kalmasına karşın, ödipal karmaşa pregenital temelde kalmaktadır.

Fenichel şizofreni ve manik-depresif hastalıklar arasında yakın bir bağ olduğu üzerinde de durmaktadır. Buna göre her ikisinde de narsisistik bir gerileme mevcuttur ve buna bağlı bir nesne kaybı vardır; Ego'nun yapısı bozulmuştur ve gerçeklik muhakemesi zarar görmüştür. Bu dinamik benzerlik, klinik görünümelerde de çok yakın benzerliklere neden olmaktadır. Fenichel bunun yanında, şizofrenide narsisistik yatkınlığın şüphesiz olduğunu ve manik-depresif hastalardaki oral dönem yapılanmasıyla da benzer olduğunu vurgulamaktadır. Ancak şizofrenideki patolojik saplanma, depresyonu içeren hastalıklardakinden daha erken bir gelişim evresinde gerçekleşmektedir. Bu Karl Abraham'ın sınıflandırmasında nesnesiz oral döneme denk gelmektedir, ki bu oral-sadistik evreden önce gelmektedir. Burada aslında habis organik sebeplerin de bu hastalığı oluşturduğu veya yardımcı olduğu vurgulanmaktadır (Fenichel, 2005: 309-349).

1.2. Şizofreni ve Psikotik Bozuklukların Klinikte Tanılanması

Karl Jaspers 1913'de yayımlanan "Genel Psikopatoloji" adlı kitabında şizofreni hastasının anlaşılmazlığının şizofreninin ayırt edici özelliği olduğunu ileri sürmüştür. Jaspers'e göre eşduyum (empathy) ve klinik ölçütler şizofreni hastasını anlama veya hastaların anlaşılmazlığını açıklama çabasında en önemli iki kavramdır. Jaspers, klinik hiyerarşi ilkelerini ortaya koyarak ve özgül olmayan belirtiden daha az özgül olan belirtilere doğru bir hiyerarşik anlayışla tanı konulması görüşü ile Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabını (DSM) ortaya çıkaran anlayışa öncülük etmiştir. Jaspers, psikopatolojik bulguların organik belirtilerinin bulunduğunu, bunu şizofrenik, afektif ve nevrotik belirtilerin izlediğini, nihayet en yüzeyde kişilik bozukluklarının olduğunu belirtmiş ve öncelikli tanının en derinde olana göre konulması gerektiğini öne sürmüştür. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952'de yayımlanan DSM-I sınıflandırmasında şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak tanımlanmıştır (Pull, 1999; Soygür, 2007).

Bugün klinikte DSM-V versiyonu kullanılmaktadır ve şizofreniye özgü belirtileri şu başlıklar altında tanılamaktadır:

DSM-V Tanı Kriterlerine Göre Şizofreni Tanısı 295.90 (F20.9)

DSM-V Tanı Kriterlerine Göre Tanımlanmış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk Tanısı 298.8 (F-28)

DSM-V Tanı Kriterlerine Göre Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk Tanısı 298.9 (F-29)

Dünya Sağlık Örgütü, ruhsal hastalıklara ilk kez 1948’de yayımlanan “Uluslar Arası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabı”nda yer vermiş ve bu başlık altında psikotik hastalıkları da değerlendirilmiştir. Örgüt, 1960’lardan itibaren daha aktif olarak sürdürdüğü çalışmaları sonucunda 1975’de “Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-9” (ICD-9) ve son olarak da 1992’de ICD-10 tanı kılavuzlarını yayımlamıştır. ICD-10’da şizofreni ile ilgili konular şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar başlığı altında ele alınmaktadır (Soygür, 2007).

1.3. Rorschach Testi ve Düşünce Bozukluğu Ölçeği

1.3.1. Formal Düşünce Bozukluğu’nun Ölçülmesi Çabaları

Düşünce bozukluğuna farklı açılardan yaklaşan çeşitli teoriler, düşünce bozukluğunun tek bir formunun olmadığını ve kategori yerine dimensiyondan bahsedilmesi gerektiğini göstermektedir. Teorilerin çeşitliliği psikozda düşüncenin bir çok niteliğinin olduğunu ortaya koymaktadır. Zayıf (loosened) bağlantılar, birincil vs. ikincil süreçler, soyut vs. somut düşünce v.b., düşüncenin niteliği sayılan bütün bunlar veya bunlardan biri psikotik bir hastanın düşünce sürecini karakterize edebilir. Her şizofreni hastası düşünce bozukluğunun aynı türünü göstermeyeceği gibi her tür düşünce bozukluğu da bir hastada mevcut olmayabilir. Düşünce bozukluğunu kapsayan bir çok fenomen, klinik değerlendirme ölçeklerinde tanımlanıp, kategorize edilmektedirler. Bu ölçekler çoğunlukla hastaların bireysel düşünce bozukluğu düzeylerini değerlendirmek amacıyla araştırmalarda kullanılmaktadır (Andreasen 1979a, 1986; Johnston ve Holzman, 1979; Solovay v.d. 1986).

Düşünce bozukluğunun klinikteki görünümünü araştıran Chapman ve Chapman (1973) düşünce bozukluğunda mevcut sorunun düşüncenin beş alanında sıralanabileceğini bilimsel olarak araştırmıştır. Buna göre düşüncenin biçimlendirilmesi (concept formation), bilişsel odaklanma (cognitive focusing), muhakeme (reasoning), duygulanımın düzenlenmesi (modulation of affect) ve gerçekliğin test edilmesi (reality testing) alanlarında fonksiyon kaybı tespit edilmiştir. Ardından düşünce bozukluğunun çoklu görünümü ve çok boyutluluğu nedeniyle bazı araştırmacılar düşünce bozukluğunun her görünümünü değerlendirmek için ölçekler geliştirmiştir. Bunlardan en yaygın kullanılanlarından biri Andreasen ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Thought, Language and Communication” ölçeğidir (TLC) (Andreasen, 1978). Bu ölçek ve benzerlerini geliştirenlerin ortak görüşü, düşünce bozukluğunun hafif kayma’dan bizar dezoryantasyona bir süreklilik arz ettiğidir. Buna göre hastalar bu süreklilik içinde kendi düşünce bozukluklarının şiddetine göre yer alırlar. Sonuç olarak, düşüncenin çeşitli yollarla ve derecelerde bozulabileceği noktasında görüş birliğine varılmıştır (Holzman v.d., 2005).

Düşünce bozukluğunu projektif testler ile değerlendirme fikri Rapaport ve arkadaşları (1968) tarafından önerilmiştir. Patolojik düşünceyi yaptıkları araştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı değerler çerçevesinde kanıtlayan psikolojik bir tanılama testi geliştirmişlerdir. Geliştirdikleri testte Rorschach testi, TAT’ni (Tematik Algı Testi) içeren projektif testler ile projektif olmayan WAIS’in (Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği) ve nesne sıralama testinin yer aldığı bir batarya kullanmışlardır. Bu test ile psikiyatrik hasta sınıflarının verdiği yanıt farklılıklarını incelemişler ve Rorschach kartlarına verilen yanıtların determinantlarını (tayin edicilerini), form düzeylerini, lokasyonlarını ve yanıtlarını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmanın sonucunda da beşinci bir skorlama kategorisi önerilmiştir. Bu kategori hastaların sözlü ifadelerinin ve bunların algı süreçleri ile karşılıklı ilişkilerine odaklanmaktadır. Bu ilişkinin yanıtın oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmalarında söylemdeki tuhaflıkların, kişinin gerçeğe uyumundaki bozulmayı yansıttığını bildirmişlerdir ve olağan dışı söylemin çeşitli

sınıflarını tanımlamışlardır. Bunlar tuhaf (peculiar), garip (queer), anlamsız (absurd) ve neolojizmdir. Ayrıca tınlama, akıcılık, otistik mantık ve kontaminasyonu da düşünce bozukluğunun ek göstergeleri olarak belirtmişlerdir.

Rappaport ve arkadaşlarının belirlemiş olduğu düşünce bozukluğunun kategorilerinin niceliğini belirlemek için Watkins ve Stauffacher (1952), bir “Delta index” geliştirmişlerdir. Burada “Delta” kelimesi sapma anlamına gelmektedir. Formal düşünce bozukluğunun örneklerini 4-puanlı bir ölçekte ağırlık derecelerine göre düzenlemişlerdir. Kelimenin tuhaf kullanımı gibi küçük bilişsel kaymalar en düşük ağırlığı alırken, neolojizm veya anlamsız yanıt gibi düşünce karmaşasının başlıca örnekleri en yüksek ağırlığı almaktadır. Delta index, düşünce bozukluğu örneklerinin toplamının kendi şiddet düzeyleri ile çarpılmasının ardından elde edilen sayının yanıt sayılarının toplamına bölümünden elde edilmektedir.

1.3.2. Düşünce Bozukluğu Ölçeği (DBÖ)

Johnston ve Holzman yukarıda bahsi geçen bu çalışmaların ışığında, düşünce bozukluğunun mevcudiyetini ve derecesini, çeşitli biçimleri arasından ölçmek için bir teknik geliştirmişlerdir. Bu teknik, düşünce bozukluğunun birçok türüne tespit edebileceği gibi, sonradan yapılabilecek değerlendirmeye de izin vermektedir. Watkins ve Stauffacher’sin (1952), Rapaport ve arkadaşlarının (1968) geliştirdikleri Rorschach yanıt kategorilerinin niceliğini belirlemek için yaptıkları basit metot, DBÖ’de model olarak alınmıştır. Böylelikle birçok psikiyatrik durumda görülen düşünce bozukluğunun türünün ve boyutunun ölçülmesi mümkün olmuştur. (Holzman, v.d. 1986; Johnston ve Holzman, 1979).

Johnston ve Holzman bu ölçeği ingilizce orijinal adıyla “Thought Disorder Index”i (TDI) olarak adlandırmışlardır (1979). DBÖ sözel ifadelerin kayıtlı olduğu birçok testte (Örneğin WAIS, sıralama testi (sorting test) veya psikiyatrik görüşme) uygulanabileceği gibi, Rorschach gibi sözel ifadelerin standardize edildiği testlerde de daha avantajlı olacak şekilde uygulanabilmektedir. Sayma testi veya WAIS gibi testlerde kişiler ezbere cevaplar verebilecekken, aynı şekilde psikiyatrik görüşmede

de kişinin geleneksel ve toplum tarafından kabul gören yanıtlar vermesinin engellenmesi oldukça zordur. Bu durum kişideki düşünce bozukluğunu gerçek anlamda ölçmeyi engellemektedir. Ancak Rorschach testi gibi kişinin daha önce günlük hayatta karşılaşmadığı şekillerin varlığının bir tür yapılandırılmamış oluşu veya tanıdık olmayışı, kişideki ezbere yanıtları engellemektedir. Yine uygulayıcının daha önce birçok Rorschach protokolü ile deneyimli olması da düşünce bozukluğunun DBÖ ile tespitine yardımcı olmaktadır (Johnston ve Holzman, 1979).

DBÖ, Rorschach kartlarına verilen yanıtları kendi patolojik düzeylerine göre sınıflandırıp, ölçmektedir. Düşünce bozukluğunun 23 kategorisi ve yanıtları düzeylerine göre 4 puanlı ölçeğe göre puanlanmaktadır (0.25, 0.50, 0.75 ve 1.0). Johnston ve Holzman DBÖ'nin detaylandırılmış bir tanılama ve puanlama kataloğunu 1979 senesinde yayınlamıştır. Solovay ve arkadaşları 1986 yılında bu kataloğun üzerinde küçük düzenlemeler yapmışlardır. Bu düzenlenmiş versiyona göre puanlamanın nasıl yapılması gerektiği Ek.4'te anlatılmıştır.

Rorschach kartlarına bakıldığında kişi dağınık veya biçimsiz bir uyaran ile karşılaşır ve çağrışımsal bir anlayışa sahip olur. Bu çağrışımsal süreci, ilk baştaki izlenimi organize etme ve detaylandırma çabası takip eder. Sonuç olarak da testin uygulandığı kişi algısal ve çağrışımsal izlenimlerinin kesişmesini yanıtlarında sözelleştirmeye çalışır (Rappaport v.d. 1968). Psikopatolojinin, yanıtın oluşumundaki herhangi bir evrede kendini göstermesi sonucu düşünce kaymasının oluşması öngörülmektedir. Uygun olmayan muhakeme, devam etmeyi engelleyen ketlenme (distraption), fikir oluşmasındaki tuhafliklar, algısal organizasyon ve sözel ifade bu evrelere birer örnektir. Rorschach uygulamalarında anket kısmının kısa ve yanıt sürecinin arasına girmeyecek şekilde olması gerekmektedir. Hasta ilgili karta yanıt vermeyi bitirdikten hemen sonra sorgulama kısmı yapılmalıdır. Araştırmacının, olağan dışı sözel ifadenin, yanıtlama periyodu sırasında olabileceği gibi anket evresinde veya lokasyon evresinde de ortaya çıkabileceğinin farkında olması gerekir. Öte yandan yanıtın doğru puanlanabilmesi için lokasyon, belirleyiciler (determinant), form düzeyi ve içerik hakkında da yeterli bilginin mevcut olması gerekmektedir. Sorgulama kısmında yönlendirme içeren sorulardan sakınılması gerekirken, soru

tarzı şöyle olmalıdır: “ Bu hissi ne verdi? “.....bununla ne demek istediniz?” veya “Böyle veya böyle bir kelime söylerken aklınızda ne vardı?”.

DBÖ'nin uygulanması sırasında özellikle de bu bir araştırma kapsamında yapılıyor ise Rorschach testine verilen yanıtların kaset kaydına alınması önerilmektedir. Böylelikle kaset kaydından kelime kelime yazılan yanıtlar ile test esnasında uygulayıcının aldığı notlar kontrol edilebilir. Özellikle manik hasta gruplarında hastanın konuşmasını kesmeden söylediklerini yazı ile kaydetmenin mümkünü yoktur. DBÖ'nin yönergesinde, klinik ortamda her zaman ses kaydının pratik olmamasından dolayı, uygulayıcının hastanın ağzından çıkan her sözü neredeyse kelime kelime kaydetmesinin, sadece olağan dışı kelimeleri kaydetmesinden daha önemli olduğu vurgulanmaktadır.

1.3.3. Rorschach Testi

Hermann Rorschach (1884-1922) Zürih Üniversitesi'ne bağlı Burghölzi Psikiyatri Kliniği'nde Eugen Bleuler ile birlikte çalışmıştır. Szymon Hens'in 1917 yılında mürekkep lekeleriyle yaptığı normal ve psikotik hastaların yanıt içeriklerinin analiz edildiği tez çalışması Rorschach'nın dikkatini çekmiştir. Çalışmada bazı kişiler lekelerin bütününe yorumlarken bazıları ise detayını yorumlamıştır. Kartların sadece siyah-beyaz renklerden oluşması, Rorschach'nın zihninde renkli lekelerden oluşan kartlara insanların nasıl yanıtlar vereceği sorusunu oluşturmuştur. Tüm bunların sonucunda kendi testinin kartlarını 1918 yılında oluşturan Rorschach, 288 hasta ve 117 normal kişiye (hastabakıcı, öğrenci ve çocuklardan oluşan) testini uygulamıştır. Normal, nevrotik ve psikotik olmak üzere 28 vakayı içeren “psikodiagnostik” adlı eserini ise 1921 yılında yayınlamıştır. Rorschach mürekkep lekeleri testini, imgelem testi olmaktan çıkarıp kişilik testine dönüştürerek yeni yorumlama biçimleri bulmuştur (akt. Anzieu ve Chabert, 2004: 33-40, Tunaboğlu-İkiz, 2007). Test Hermann Rorschach'nın ölümünden sonra çok sayıda araştırmacı tarafından klinik ve kuramsal çalışmalarda kullanılmış ve zenginleştirilmiştir.

1.3.4. DBÖ'nin Skorlama Kategorileri ve Puanlama

Psikotik hastalık dönemi içerisinde olan hastalardaki düşünce karmaşasının kompleks ve heterojen yapısını tek bir araç ile ölçmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan biri olan DBÖ ile düşünce bozukluğunun görünümünün geniş çeşitliliği ve kategorileri ortaya konmuştur. DBÖ düşünce patolojisi türlerinin arasında ve türler içindeki ciddiyet derecesi hakkında ayırma izin vermektedir. Rappaport ve arkadaşları gibi DBÖ'de de düşüncede kaymanın iki ana sınıfı ayırt edilmektedir. İlk sınıf mürekkep lekesinden oluşan kartlara yanıt vermek için algılama derecesi üzerinde temellenmektedir. İkinci sınıf ise bu algılananın yanıt olarak ifade edilmesidir.

“Böceğin Gözleri” bir yanıt örneğidir. I. karta verilen yanıtın lokasyonu, bu yanıtı oluşturacak herhangi bir gerekçe sağlamamaktadır. Rorschach protokolleri ile olan deneyimler sonucunda, diğer insanlar o kartın o lokasyonuna o yolla yanıt vermediği bilinmektedir. Burada kişideki şiddetli bir düşünce kayması akla gelmektedir. DBÖ kodlama şeması bu tarz bir yanıtı “Anlamsız yanıt” kategorisine yerleştirecektir. Türkiye’de Tefrika Tuna İkizboylu ve arkadaşları tarafından yapılan Rorschach yanıtları için yetişkin standardizasyon kitabı, verilen yanıtların kartın görünür içeriğine uygun olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir.

Düşünce bozukluğunu Rorschach kartlarına verilen yanıtlarda tespit etmenin diğer bir yolu da, formal olarak aynı kartın farklı lokasyonlarına verilen yanıtların keyfi olarak bir biriyle ilişkilendirilmesidir. Farklı lokasyonlara verilen iki yanıt ayrı ayrı değerlendirildiğinde algı sayesinde mantıklı bir formal benzerlik bulunabilirken, bu iki yanıt bir biri ile ilişkilendirildiğinde algısal olarak gerçeklik sınırlarını ihlal edebilirler. Bu da kişideki düşünce bozukluğunu göstermektedir. Buna bir örnek VIII. karta verilen “İki ayı” (uygun bir yanıt) ve “Tükenmez Kalem” (kartın ortasındaki küçük bölge) yanıtları oluşturabilir. “Ayılar tükenmez kalemin ucunda dans ediyorlar.” Burada yanıt veren kişi aslında kartın belli bölgelerine odaklanırken, ortaya çıkan yanıt gerçeklik sınırlarına dayanmaktadır.

Düşünce kaymaya örnek oluşturacak yanıtların puanlanmasında subjektiflik her ne kadar önemli bir sınırlılık gibi görünse de Rappaport ve arkadaşlarının (1968) savunduğu görüş burada referans alınmaktadır: “Düşünce bozukluğu olmayan kişilerin verdikleri yanıtlarda kartın algısal niteliği ile uyumlu yanıtlar için yeterli savunmayı yapmak mümkündür ve verdikleri yanıtlar tamamen günlük konuşma mantığında kabul edilebilirdir. Veya verilen yanıtlar anlamsız şekilde kombine edilmiş veya anlamsız şekilde bütünleşmiş degillerdir.”

Düşünce kaymanın ikinci ana sınıfını, yanıtın ifade edilmesi kısmı oluşturmaktadır ve bu kısım olağan dışı düşünce sürecinin sonucunu temsil etmektedir. Bu tarz sözel ifadeler DBÖ’de tuhaf, garip, neolojizm ve anlamsız olarak gösterilmektedir. Olağan dışı ifadelerin birçoğu sıradan konuşmalarda veya aynı şekilde psikiyatrik görüşmede gözden kaçabilmektedir. Patolojik olmayan örneklerde dildeki bu tuhafliklar genellikle hafiftir ve kendiliğinden düzeltilirler. Daha çok dil sürçmesi gibidirler. Hafif olarak nitelendirilebilecek tuhaflikların birikimi veya garip tek bir yanıtın ortaya çıkması veya neolojizm dinleyeni aslında dil sürçmesinden daha fazla bir şeyin olduğu yönünde alarma geçirecektir.

DBÖ’nin puanlama kategorilerinin yayınlandığı tarihten sonra (Johnston ve Holzman, 1979) manik psikoz, şizoaffektif bozukluk ve sağ hemisfer kortikal lezyonlu hastalar ile yapılan çalışmalar neticesinde bu kategorilere bazı yeni kategoriler eklenmiş olup DBÖ revize edilmiştir. Bu çalışmada da Solovay ve arkadaşlarının 1986 tarihinde yayınlamış oldukları revize edilmiş DBÖ kategorileri kullanılmıştır. Buna göre DBÖ’nin hesaplanması yüzdelik olarak yapılmaktadır. Yanıtlardaki düşünce bozuklukları tayin edildikleri şiddet seviyelerine göre toplandıktan sonra ilgili seviyenin ağırlık puanı ile çarpılmaktadırlar. Çıkan puan tüm testte verilen yanıt sayısına bölündükten sonra 100 ile çarpılmaktadır. Formül aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır:

$$\text{Total TDI} = \Sigma (0.25 (A) + 0.50 (B) + 0.75 (C) + 1.0 (D) / \text{Total R} \times 100$$

A= 0.25 düzeyindeki düşünce bozukluğu puanı

B= 0.50 düzeyindeki düşünce bozukluğu puanı

C= 0.75 düzeyindeki düşünce bozukluğu puanı

D= 1.0 düzeyindeki düşünce bozukluğu puanı

R= Toplam Rorschach yanıtları

Psikopatoloji sözel üretkenliği etkilediği için sonuç, toplam yanıt sayısına bölünerek, laf kalabalıklarının sonucu etkilemesi önlenmektedir. Örneğin, depresif bozukluğu olan bireyler normal bireylere göre daha az yanıt verme eğilimindedir. Aynı şekilde bazı şizofreni hastaları Rorschach kartlarını yanıtlarken kısıtlayıcı bir ketlenme göstermektedirler. Johnston ve Holzman DBÖ'nin puanlanması aşamasında sonucun yanıt sayısına bölünmesinin sözel üretkenliği düzelttiğini ve bunun yanında kelime sayısını hesaplamaktan da daha etkili olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1. DBÖ'nin Puanlama Kategorileri, Solovay v.d. 1986

Şiddet seviyesi	Örnekler
DB 1. Seviye (0.25 puan)	1. Uygun Olmayan Mesafe a. Kart ile Mesafenin Azalması veya Artması, b. Aşırı Nitelendirme c. Somutluluk d. Aşırı Kesinlik e. Birleştirici Yanıt 2. Ciddiyetten Uzak Yanıt 3. Muğlaklık 4. Tuhaf Sözel İfadeler ve Yanıtlar a. Tuhaf İfadeler b. Yapmacık, Uygun Olmayan İfadeler c. Kişiyi Özgü Kelime Kullanımı 5. Kelime-Bulma Güçlüğü 6. Klang Çağırışım 7. Perseverasyon (Takıntılı Tekrar) 8. Tutarsız Kombinasyonlar a. Bileşik Yanıt b. Şekle-Renge Dayalı Keyfi Yanıt (FCarb). c. Uygun Olmayan Aktivite Yanıtı d. Dışsal ve İçsel Yanıt (0.50 seviyesinde puanlanacak)
DB 2. Seviye (0.5 puan)	9. İlişkinin Sözel İfadesi 10. Kişiyi Özgü Sembolizm a. Renk Sembolizmi b. Şekil Sembolizmi 11. Garip Yanıtlar a. Garip İfadeler b. Garip Betimleme c. Garip Yanlış Kelime Kullanımı 12. Konfüzyon 13. Çözülme 14. Uydurma Kombinasyonlar, İmkânsız ya da Bizar 15. Şakacı Konfabülasyon 16. Dağılma
DB 3. Seviye (0.75 puan)	17. Akıcılık 18. Anlamsız Yanıtlar 19. Konfabülasyon a. Bir alandaki detayların daha geniş bir alanda genellenmesi b. Aşırı Detaylandırma 20. Otistik Mantık
DB 4. Seviye (1 puan)	21. Kontaminasyon 22. Enkoherans (Sözcük Salatası) 23. Neolojizm

1.3.5. DBÖ'nin Güvenilirlik Çalışmaları

Şizofrenik hastalarla yapılan bilişsel ve fizyolojik çalışmalar, hastaların test performanslarının değişken olduğunu belirtmiştir. Bu değişkenlik, davranışı pozitif

veya negatif yönde etkileyen, klinik durumdan kaynaklanmamaktadır. Düşünce bozukluğu intermitan (aralıklı) olarak, düzensiz ve sürekli olmayacak şekilde görülebilmektedir. Şiddeti ve yaygınlığı dalgalanmaktadır. Ayrıca formu da an be an değişebilmektedir. Johnston ve Holzman performanstaki tüm bu düzensiz bozulmalar için dialipsis terimini kullanmaktadır ve diğer psikoz türlerinden çok şizofreni hastalarında görülmektedir.

Bu durum DBÖ'nin iç tutarlılığının değerlendirilmesi sırasında önem arz etmektedir, çünkü iç tutarlılığın ölçülmesinde split-half güvenilirliğinin uygulanmasını güçlendirmektedir.

DBÖ'nin istatistiki çalışmasını yapmaktaki diğer bir zorluk, düşünce bozukluğu puanlarının hasta grubu ve kontrol grubunda normal dağılım göstermemesidir. Psikotik olmayan hasta grubu ve normal kontrollerde düşünce bozukluğu oldukça düşük çıkmaktadır. Bu sebeple istatistiksel analiz yapılırken puanların dönüştürülmesi gerekmektedir. Normal dağılıma kabul edilebilir bir yakınlılaştırma için de geniş bir popülasyonu test etmek gerekmektedir.

DBÖ'nin ortaya çıktığı çalışmada 237 katılımcı test edilmiştir. Bunlardan 20'si kronik yatan şizofreni hastası, 80 yeni yatışı yapılmış şizofrenikler, 10 bipolar bozukluğu olan hasta, 21 psikotik bozukluğu olmayan hasta, 110 tane yatan hastanın akrabaları, 27 hasta olmayan kontrollerdir (Johnston ve Holzman, 1979). Bu çalışmada güvenilirliği hesaplamak için birbirinden bağımsız iki değerlendirici, DBÖ'ne göre Rorschach protokollerini kodlamıştır. Sonuçlar Pearson product-moment korelasyonuna göre yüksek derecede anlamlı bulunmuştur (0.93 psikotik olmayan hastalar, 0.90 şizofrenik hastalar, 0.82 psikiyatrik olmayan kontroller).

Güvenilirlik için Coleman ve arkadaşları tarafından yapılan sonraki çalışmada farklı bir metot uygulanmıştır. 20 tane Rorschach protokolü majör psikoz ile yapılan bir araştırma projesinden randomize olarak seçilmiştir. Dört tane değerlendirici grubu oluşturulmuştur. Üç farklı kurumdan olan bu dört grup değerlendirici, birbirlerinden bağımsız olarak seçilen bu protokolleri puanlanmıştır.

Dört grup arasındaki gruplar arası korelasyonu 0.74 bulunmuştur; Spearman sıralama korelasyon katsayısı gruplar arasında 0.81'den 0.90 arasında sıralanmıştır. Total düşünce bozukluğu miktarı gruplar arasında farklılık gösterse de tüm gruplar arasında düşünce bozukluğu gösteren protokolleri belirleme açısından yüksek oranda uyum tespit edilmiştir (Coleman v.d. 1993).

Diğer bir güvenilirlik çalışması Carpenter ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 4-kartlı setler birbirleri ve tüm 10-kartlı setler ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada setler arasındaki ve 10-kartlı set arasındaki korelasyon 0.79-0.97 arasında bulunurken, DBÖ'nin kategorileri ve setler arasındaki korelasyon geniş bir aralıkta tespit edilmiştir. Bu sonuçlar dialipsisin varlığını da yansıtmaktadır (Carpenter, v.d., 1993).

1.3.6. DBÖ'nin Geçerlilik Çalışmaları

Modern klinik uygulamada, doğru tanılama psikofarmakolojik ilaç kararlarının alınmasında ve spesifik bozukluğun tedavisinde çok önemli bir yere sahiptir. Klinik psikiyatrik uygulamalarda, DBÖ Bipolar bozukluklar ile yetişkin ve adolesan şizofreni hastaları arasında ayırım yapabilmektedir. Bununla beraber hastaların tedavi kararlarının alınmasında da önemli bir araç olmaktadır. Geçerlilik çalışmasında bir klinisyenin tanı koyduğu hastalara, hastaları daha önce görmemiş başka bir klinisyen tarafından DBÖ uygulanmış ve inceleme yapılmıştır. Varyans analizi sonrası sonuçları göstermiştir ki, klinisyenin koyduğu tanı ile DBÖ uygulanarak konulan tanı arasında uyum mevcuttur. Buna göre iki yöntem de şizofrenik hastaları psikotik olmayan hastalardan ve kontrol grubundan ayırt etmekte yüksek derecede istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (Johnston ve Holzman, 1979).

DBÖ'nin geçerlilik çalışmaları içerisinde farmakolojik tedavinin fonksiyonunu, yani düşünce bozukluğunun niceliksel takibini yapabilme kapasitesini ölçmek için birçok çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan biri Hurt ve arkadaşlarının (1983) DSM-III'e göre şizofreni tanısı almış 24 hasta ile yaptığı çalışmadır. İlaçların 3 hafta boyunca kesildiği hasta grupları ile placebo ve sağlıklı

gruplar arasında karşılaştırmanın yapıldığı araştırmada, hastaların klinik durumunun bağımsız değerlendirilmesinin yapılabilmesi için “Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği” (BPRS-Brief Psychiatric Rating Scale) kullanılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre, DBÖ farmakolojik tedavi sonucu değişen düşünce bozukluğunu efektif olarak izleyebilmektedir.

Yapılan geçerlilik çalışmalarından bir diğeri de DBÖ’nin şizofreni ve manik psikoz arasında ayrımı yapabilmesi üzerinde temellenmektedir. Solovay ve arkadaşlarının (1987) DSM-III’e göre tanı almış 20 manik, 43 şizofrenik ve 20 normal kişiden oluşan kontrol grubu ile yapmış olduğu çalışmada DBÖ’nin iki hasta grubu arasında ayrım yapamadığı ancak her iki hasta grubunun aldığı düşünce bozukluğu puanlarının kontrol grubundan istatistiki açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

DBÖ’nin geçerlilik çalışmalarında kullanıldığı diğer bir araştırma alanı da düşünce bozukluğu olan hastaların tanı almamış akrabaları ile yapılan çalışmalardır. Bu çalışma gerek bireysel olarak incelenen gerekse aile grupları halinde yapılan araştırmalar psikotik hastalık dönemi içerisinde olan hastaların akrabalarında normal kontrollere göre düşünce bozukluğunun anlamlı derecede yüksek bulunduğunu göstermiştir (Johnston ve Holzman, 1979; Shenton v.d., 1989).

1.3.7. DBÖ’nin Sınırlılıkları

DBÖ kişinin kendisinin uyguladığı bir test olmadığı gibi, uygulayıcının bu ölçeği öğrenmesi de çok kolay değildir. Ölçeğin doğru uygulanabilmesi için uygulayıcının hem Rorschach testi hem de DBÖ ile olan deneyimi önemlidir. Deneyimli bir kişinin yönettiği bir grupta ölçeğin sık uygulanması öğrenme sürecini hem sağlıklı kılacak hem de hızlandıracaktır. Ölçeğin uygulanmasındaki diğer bir sınırlılık ise, hastaların verdiği her yanıtın kelime kelime kaydedilmesinde yaşanmaktadır. Bu çalışmada uygulama sırasında hastaların bazılarının ses kaydını kabul etmemesi nedeniyle diğer katılımcılara da ses kaydı yapılmamıştır. Bu durum sağlıklı veya hasta grubundaki katılımcıların ağzından çıkan her kelimeyi yazmaya

çalışırken zaman zaman bazı yanıtları yazmaya yetişilememesi veya unutulması riskini taşımaktadır.

1.3.8. Ülkemizde DBÖ ile Yapılan Çalışmalar

Ülkemizde şu ana kadar DBÖ'nin kullanıldığı bir çalışma olmamıştır.

1.4. Araştırmanın Amaç ve Hipotezleri

Bu tezin amacı Johnston ve Holzman tarafından 1979 yılında geliştirilmiş olan DBÖ'nin ülkemizde de kullanılabilmesi için geçerlilik ve güvenilirlik düzeyinin incelenmesidir. Bu ölçek düşünce bozukluklarını tespit etmek konusunda oldukça hassas bir test yöntemidir. Klinikte psikiyatrik tanıların konmasında yardımcı olarak sıkça kullanılan bir yöntem olan Rorschach testinde uygulanıyor olması ayrıca bir önem arz etmektedir. Rorschach testinde yer alan 10 kartın içeriğinin hasta tarafından manipüle edilemeyecek içerikte soyut kavramları harekete geçirmesi, bu sırada ortaya çıkan düşünce bozukluklarının da aslında hastadaki psikopatolojiyi çok yakından yansıtabileceğine bir işarettir.

Rorschach uygulamalarında hastanın kartlara verdiği yanıtların lokasyonu, belirleyicileri, form kalitesi, anlam ve içerik analizleri yapılırken hastanın psikopatolojisi hakkında çok değerli hatta klinik görüşme ve gözlemlerde ortaya çıkması çok zor olan bilgiler edinilmektedir. Rorschach yanıtlarının analizi yapılırken, DBÖ'nin de verilen Rorschach yanıtlarına uygulanması hastadaki olası düşünce bozukluklarını da tayin edeceğinden psikiyatrik tanılama, psikofarmakoloji ve psikoterpi süreçleri açısından çok değerli bilgilere ulaşılabilecektir. Bu amaçlar doğrultusunda bu çalışmada DBÖ'nin değerlendiriciler arası güvenilirliğine ve yapı geçerliliğine bakılmıştır ve aşağıdakiler amaçlanmaktadır:

1) DBÖ'nin iki ayrı değerlendirici tarafından aynı kişinin Rorschach protokolüne uygulanmasıyla değerlendiriciler arası güvenilirlik puanının elde edilmesi;

2) DBÖ'nin yapı geçerliliğinin saptanabilmesi için , düşünce bozukluğunu ölçen ve Türk toplumu için standardizasyon çalışması yapılmış projektif bir test olan “Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)” puanları hasta örneklemini için kıyaslanarak geçerlilik puanı elde edilmesi.

Bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir:

1. DBÖ düşünce bozukluğunun hâkim olduğu şizofreni veya psikotik hastalık dönemi içerisinde olan hastalardaki düşünce bozukluğunu ölçebildiğinden, hasta örneklem ile sağlıklı örneklemin test puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olacaktır.

2. DBÖ ile DDÖ'den alınan puanlar arasında, hasta örneklem için pozitif yönde ve istatistiki açıdan anlamlı düzeyde korelatif ilişkiler bulunacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Araştırma 40 hasta ve sağlıklı 40 gönüllü olmak üzere toplam 80 katılımcı ile yürütülmüştür. Hasta grubu belirlenirken bu gruba seçilecek katılımcıların belirli kriterlere sahip olmaları aranmıştır: DSM-IV veya DSM-V kriterlerine göre psikotik hastalık dönemi içerisinde olan bir tanı almış olmak (Şizofreni, Bipolar Bozukluk Manik Epizod, Psikoz, BTA Duygudurum Bozukluğu, Paranoid Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Bipolar I, BTA Psikotik Bozukluk), Eksen II'de zihinsel geriliğe sahip olmamak, verilen testleri alabilmek için en az orta öğretim mezunu olmak ve tanı konulabilmesi için de en az 18 yaşında olmak kriterler arasındadır. Hasta grubu 2015-2016 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan özel bir psikiyatri hastanesinde tedavi gören hastalar arasından seçilmiştir. Hasta grubundan olup hastanede kronik yatışı olanların sayısı 14, poliklinikten takip edilenlerin sayısı 3, akut yatışı olanların sayısı ise 23'dir. Hasta grubunda 19 kadın, 21 erkek bulunmaktadır ve yaş ortalaması 46.78 olarak tespit edilmiştir.

Kontrol grubu 40 gönüllü katılımcıdan oluşturulmuştur. Buna göre kontrol grubundaki katılımcıların belirli kriterlere sahip olmaları aranmıştır: Herhangi bir psikiyatrik başvuruda bulunmamış olmak, Eksen II’de zihinsel bir geriliğe sahip olmamak, SCL-90-R’den Genel Belirti Düzeyi Puanı 1.5’in altında almış olmak, verilen testleri alabilmek için en az orta öğretim mezunu olmak ve en az 18 yaşında olmak. Kontrol grubu katılımcıları sosyal çevreden, bu grup için gerekli kriterlere sahip katılımcılardan seçilmiştir. Hasta grubunda 29 kadın, 11 erkek bulunmaktadır ve yaş ortalaması 39.83 olarak tespit edilmiştir.

2.2. Ölçme Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Demografik Bilgi Formu, Ruhsal Belirti Tarama Listesi- 90- Gözden Geçirilmiş Formu (SCL-90-R), Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) ve Düşünce Bozukluğu Ölçeği (DBÖ) kullanılmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

16 sorudan oluşan bu form katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durumu gibi demografik bilgilerinin yanında, yatarak veya ayaktan aldıkları tedavi şekilleri ve süreleri ile içinde büyüdükleri aile yapıları ve bu alandaki ilişkileri hakkında bilgilerin toplandığı bir kaynak oluşturmaktadır. Bu bilgi formu hem hasta hem de kontrol grubuna uygulanmıştır.

2.2.2. Ruhsal Belirti Tarama Listesi-90-Gözden Geçirilmiş Formu (SCL-90-R)

Ruhsal Belirti Tarama Testi SCL-90-R, Derogatis ve arkadaşları tarafından 1971 yılında geliştirilen Hopkins Symptom Check List’ten (HSCL) geliştirilmiştir. Bu ölçek 5 dereceli likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen, kendini değerlendirme türünde bir belirti tarama ölçeğidir. 17 yaşından itibaren genç, yetişkin, en az orta öğretimden geçmiş kişilere uygulanabilen bir ölçektir. Yanıtlar her madde için geçerli olmak üzere 0 ile 4 arasında puanlanabilmektedir. Somatizasyon, Obsesif kompulsif belirtiler,

Kişilerarası ilişkide duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke ve Düşmanlık (hostilite), Fobik Anksiyete, Paranoid düşünce, Psikotizm ve ek skala olmak üzere on ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.

Her madde “Hiç / Çok az / Orta derece / Oldukça fazla / ileri derecede” seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır. Daha sonra ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanabilmektedir: Genel Belirti Düzeyi (GSI), Pozitif Belirti Toplamı (PST), Pozitif belirti Düzeyi (PSDI). Puanların Yorumlanması kısmında GSI puanı dikkate alınır. Ölçek genel ortalama puanı olan GSI’deki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret etmektedir. PST puanının değerlendirilmesinde ise puan arttıkça bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığı görülürken, PSDI’deki artış ise, bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını yansıtır (Kılıç, M.; Köroğlu, E., 2009).

Mustafa Kılıç ölçeğin Türkiye standardizasyonunu yapmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışması test-tekrar yöntemiyle yapılmış olup, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde Somatizasyon 0.82, Obsesif-Kompulsif belirtiler 0.84, Kişilerarası duyarlılık 0.79, Depresyon 0.78, Kaygı 0.73, Düşmanlık 0.79, Fobik kaygı 0.78, Paranoid düşünce 0.63, Psikotizm 0.73, ek skala (uyku, iştah v.s.) 0.77 güvenilirlik katsayısı ile bulunmuştur. Ölçeğin geçerlilik çalışması için MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) kullanılmıştır. Her iki testin korelasyon değerleri ölçülmüş olup, 0.40 ile 0.59 arasında değişen puanlar ile ortalama 0.42 puan bulunmuştur. Elde edilen güvenilirlik katsayıları Deragotis ve arkadaşlarının buldukları korelasyonlara benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda testin test-tekrar test yöntemi ile de güvenilirliği kanıtlanmış olmuştur (Kılıç, M., 1991).

2.2.3. Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)

“Düşünce ve Dil Ölçeği” (Thought and Language Index, TLI) 2002 yılında Liddle ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, oldukça kısa ve pratiktir. Hastalara Murray tarafından 1943 yılında geliştirilen Tematik Algı Testinden

seçilmiş 8 resim, sabit bir sırada, her birini birer dakika boyunca anlatmaları için verilmektedir. Bir dakikalık yanıt suresinde uzun bir ara oluştuğu takdirde ve hasta konuşmaz ise, “Başka bir şey var mı?”, “Daha fazla bir şey söyleyebilir misiniz?”, “Ne olduğunu düşünüyorsunuz?” veya “Daha ayrıntılı bir tanım yapabilir misiniz?” gibi yönlendirici olmayan sorularla hastanın konuşması teşvik edilmeye çalışılmaktadır. Bir dakikalık serbest yanıt suresinin sonunda, kişinin söylediği olağan dışı yanıtları açıklamasını içeren soruşturma kısmına geçilmektedir. Hastaların yanıtları bir dinleme cihazına kaydedilmektedir ve ardından da yazılı hale geçirilmektedir.

Testte Düşnce Fakirleşmesi ve Düşnce Dağınıklılığı olarak iki ana kategori ve toplam 8 madde bulunmaktadır. Düşnce Fakirleşmesi kategorisi, Konuşmanın fakirliği, Amacın zayıflaması ve Düşncenin tekrarı (perseverasyon) maddelerini; Düşnce Dağınıklılığı kategorisi ise, özölme, Olağan dışı kelime kullanımı, Olağan dışı cümle yapısı, Olağan dışı mantık ve elinebilirlik (distractibility) maddelerini içermektedir. Her madde 0 / 0.25 / 0.50 / 0.75 veya 1 puan ile puanlanmaktadır. Testin uygulaması yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

Düşnce Bozukluğu Ölçeğinin geçerlik çalışmasında, ölçüt bağımlılığını tespit etmek için ölkemizde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ve DBÖ ile benzer parametreleri ölçen “Düşnce ve Dil Ölçeği” ile istatistiki olarak korelasyon çalışması yapılmıştır. Bu ölçeğin ölkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Ulaş ve ark. tarafından yapılmıştır (Ulaş, H., 2007).

2.2.4. Rorschach Testi

İsviçreli bir psikiyatr olan Hermann Rorschach tarafından 1921’de geliştirilen Rorschach testi, Hermann Rorschach’nın ölümünden sonra çok sayıda araştırmacı tarafından klinik ve kuramsal çalışmalarda kullanılmış ve zenginleştirilmiştir. Test, Hermann Rorschach’nın çok sayıda kart içinden seçtiği ve mürekkep lekelerinden oluşan 10 tane karttan oluşmaktadır. Seçim işleminde kartların somut olmakla birlikte tam olarak ne olduğunun anlaşılmamasını

amaçlamıştır. Rorschach, öncelikle sağlıklı ve patolojik deneklerin düşlemsel içeriklerinden bağımsız olarak, algısal süreçlerini lekeler üzerinden ifade etmelerini amaçlamıştır. Yorumların ikincil olarak ele alınması gerektiğini düşünmüştür (Tunaboğlu-İkiz, 2007).

Her kart kendi içerisinde biçim, renk ve gölge içermektedir. Kartlar bir eksen etrafında oluşmakta ve simetrik bir şekil içermektedir. Eksenler 1,4,5,6 ve 7 numaralı kartlar koyu renkli, siyah ve beyaz, 2 ve 3 numaralı kartlar siyah ve kırmızı renklerden oluşmaktadır. Buna karşılık 8, 9 ve 10 numaralı kartlar renklidir. Her kartın ortak özelliği simetrik ve bir eksen etrafında oluşmasıdır.

Rorschach 7-70 yaş arası konuşabilen herkese uygulanabilen bir testtir. Ancak çocuklarla yapılan testlerde yorumlamalar analitik kurama göre yetişkinlerden farklı yapılmaktadır. Test bireysel bir testtir ve testi alan kişi testör ile yalnız başına ve rahatsız edilmeyen bir ortamda ve zaman kısıtlaması olmaksızın gerçekleştirilmesi şarttır. Kartların önceden hazırlanması ve hastanın göremeyeceği bir şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Testör ile hasta arasında çapraz bir oturma biçimi uygundur.

Testi alan kişiden kartlar kendisine ne düşündürdüyse, aklına ne geliyorsa söylenmesi istenir. Testin bitiminde verilen her bir yanıt lokalizasyonu (global ya da detay), determinantı (biçim, hareket, renk ya da gölgeleme) ve içeriğine (insan, hayvan, doğa, nesne vb.) göre kodlanır. Psikogram vasıtasıyla kodlamaların niceliksel analizleri yapılmakla birlikte yanıt içeriklerinin de yorumlandığı bir rapor hazırlanır. Farklı akımlar çeşitli kodlama ve yorumlama biçimlerine sahiptir (Tunaboğlu-İkiz, 2007).

Doç. Dr. Yani Anastasiadis, Rorschach testini Türkiye'ye getirmiş ve 1937-1996 yılları arasında 100'e yakın makale yayınlanmıştır. Testin ergen normlarının standardizasyonu Tunaboğlu-İkiz ve arkadaşları tarafından 2006 yılında tamamlanmıştır (Tunaboğlu-İkiz v.d., 2007). Yetişkin normlarının standardizasyonu 2009 yılında bitirilmiştir (Tunaboğlu-İkiz v.d., 2009).

2.2.4.1. Düşünce Bozukluğu Ölçeği

Orijinal adı “The Thought Disorder Index” olan ve Formal Düşünce Bozukluğu’nu belirlemek için Rorschach testi ve WAIS’in (Wechsler Yetişkin için Zeka Ölçeği’nin) kullanıldığı çalışma Mary Hollis Johnston ve Philip S. Holzman tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 1986 yılında Margie R. Solovay ve arkadaşları tarafından çok küçük düzenlemeler ile değiştirilmiş son halini almıştır. Bu araştırmada Rorschach testi, 1986 yılında Solovay ve arkadaşları tarafından son hali verilen Düşünce Bozukluğu Ölçeği’ne göre kodlanıp ölçülmüştür.

DBÖ’ne göre formal düşünce bozukluğunu ölçmek için öncelikle standart prosedür kullanılarak her iki gruptaki katılımcılara Rorschach Testi uygulanmıştır. Elde edilen protokoller Düşünce Bozukluğu Ölçeği’ne uygun olarak kodlanıp, puanlanmıştır. DBÖ, bozulmuş düşüncenin örneklerini 0.25, 0.50, 0.75 ve 1,0 olmak üzere 4 düzeyde ve her bir düzeyin altında yer alan toplam 23 kategoriye göre tayin etmektedir. Orijinal Düşünce Bozukluğu Ölçeğine göre toplam puan hesaplamasında Rorschach testine verilen yanıtlar ile Wechsler Yetişkin için Zeka Ölçeği’nin sözel alt kategorilerine verilen yanıtlar DBÖ’ne göre puanlanmaktadır. Ancak bu çalışmada sadece Rorschach testine verilen yanıtlar ile çalışılmıştır. Testin değerlendirdiği formal düşünce bozukluğunun varlığı, düzeyi ve puanlaması hakkındaki bilgiler çalışmanın giriş bölümünde detaylı olarak verilmektedir.

2.3. Uygulama

Uygulama testör ile katılımcının yalnız kalabilecekleri ve gürültü gibi rahatsız edici dış uyaranların minimal düzeyde tutulduğu bir odada gerçekleştirilmiştir. Hem hasta grubunun hem de kontrol grubunun tüm katılımcılarına araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra her birinden onayları alınmıştır. Katılımcıların tümüne, görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları belirtilmiş olup, tüm kayıtların gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir.

Hasta grubu katılımcılarına sırayla Aydınlatılmış Onam Formu, Demografik Bilgi Formu ve hemen arkasından DBÖ'nin uygulanabilmesi için Rorschach testi ve DDÖ uygulanmıştır. Kontrol grubu katılımcılarına da sırayla Aydınlatılmış Onam Formu, Demografik Bilgi Formu ve hemen arkasından da Rorschach Testi ve Ruhsal Belirti Tarama Listesi-90-Gözden Geçirilmiş Formu verilmiştir. Uygulama süresi 35 ile 50 dakika aralığında olmuştur.

2.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizde araştırma desenine uygun olarak aşağıdaki değerlendirmeler yapılmıştır:

1. Betimleyici İstatistiksel Analiz: Örneklemenin demografik özelliklerinin tespitine yönelik sayısal ve yüzdelik dağılımı yapılmıştır.

2. Mann-Whitney U Testi: Gruplar arası farkları tespit etmeye yönelik olarak yapılmıştır.

3. Spearman's Korelasyon Analizi: Değişkenler arası ilişkileri tespit etmeye yönelik olarak hesaplanmıştır.

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 22.0 for Windows kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular bu bölümde sırasıyla paylaşılacaktır: Örneklemenin demografik özellikleri, iki değerlendiricinin birbirinden habersiz yaptıkları kodlamalar arasındaki korelasyonlar üzerinden ölçeğin güvenirlik düzeyi, ölçeğin yapı geçerliliğine ilişkin bulgular.

3.1. Örneklemenin Demografik Özellikleri

Sağlıklı gruba katılan 40 kişide kadın sayısı 29 (%72.5) erkek sayısı 11 (%27.5)'dir. En genç katılımcı 23 yaşında iken en yaşlı katılımcı 65 yaşındadır ve

katılımcıların yaş ortalaması 39.83'dür. Medeni durum açısından katılımcıların 22'si (%55) evli, 15'i (%37.5) bekâr, 2'si (%5) boşanmış ve 1'i (%2.5) duldur. Katılımcıların eğitim durumu 7 (%17.5) ortaokul, 4 (%10) lise, 17 (%42.5) üniversite, 10 (%25) yüksek lisans ve 2 (%5) doktora şeklindedir. Düzenli bir işi olanların sayısı 33 (%82.5), sürekli iş değiştirenlerin sayısı 1 (%2.5) hiç çalışmamış olanların sayısı 3 (%7.5) ve emeklilerin sayısı 3 (%7.5)'tür. Katılımcıların 12'si (%30) anne babası ile, 22'si (%55) eşi ile, 1'i (%2.5) kardeşi ile, 2'si (%5) yalnız yaşamaktadır.

Hasta grubuna katılan 40 kişide kadın sayısı 19 (%47.5) erkek sayısı 21 (%52.5)'dir. En genç katılımcı 23 yaşında iken en yaşlı katılımcı 65 yaşındadır ve katılımcıların yaş ortalaması 46.78'dir. Medeni durum açısından katılımcıların 7'si (%17.5) evli, 26'sı (%65) bekâr, 4'ü (%10) boşanmış ve 3'ü (%7.5) duldur. Katılımcıların eğitim durumu 7 (%17.5) ortaokul, 14 (%30) lise, 14 (%30) üniversite, 3 (%7.5) yüksek lisans ve 2 (%5) doktora şeklindedir. Düzenli bir işi olanların sayısı 15 (%37.5), sürekli iş değiştirenlerin sayısı 4 (%10) hiç çalışmamış olanların sayısı 15 (%37.5) ve emeklilerin sayısı 6 (%15)'dir. Katılımcıların 12'si (%30) anne babası ile, 6'sı (%15) eşi ile, 1'i (%2.5) kardeşi ile, 5'si (%12.5) yalnız, 14'ü (%35.5) de hastanede yaşamaktadır (Tablo 2).

Hasta grupları, kontrol grupları ve cinsiyet grupları, yaş değişkeni açısından ANOVA istatistik analizi için karşılaştırıldığında, hasta ve kontrol grupları arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir: $F(1,80)= 3048$ $p= 0.085$; cinsiyet grupları yaş açısından istatistiki açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir: $F(1,80)= 0.160$, $p=0.690$.

Tablo 2. Örneklemin Demografik Özellikleri

		Kontrol		Hasta	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	29	72.5	19	47.5
	Erkek	11	27.5	21	52.5
Yaş	En düşük	23		23	
	En yüksek	65		65	
	Ortalama	39.83		46.78	
Medeni durum	Evli	22	55	7	17.5
	Bekar	15	37.5	26	65
	Boşanmış	2	5	4	10
	Dul	1	2.5	3	7.5
Eğitim durumu	Ortaokul	7	17.5	7	17,5
	Lise	4	10	14	30
	Üniversite	17	42.5	14	30
	Yüksek lisans	10	25	3	7.5
	Doktora	2	5	2	5
Çalışma durumu	Düzenli işi var	33	82.5	15	37.5
	Sürekli iş değiştirmiş	1	2.5	4	10
	Hiç çalışmamış	3	7.5	15	37.5
	Emekli	3	7.5	6	15
Kiminle yaşıyor	Anne-baba	12	30	12	30
	Eş	22	55	6	15
	Kardeş	1	2.5	1	2.5
	Yalnız	2	5	5	12.5
	Hastane	0	0	14	35.5
	Diğer	3	7.5	2	5

Normal örnekleimde hiçbir katılımcı psikiyatrik hastalık yaşamamış, ilaç kullanmamış, terapi görmemiş, hastaneye yatışı bulunmamakta ve ailesinde psikiyatrik hastalık görülmemiştir. Hasta grubunda ise 31 (%77.5) kişi psikiyatrik hastalık geçirmiş, 31 kişi (%77.5) ilaç tedavisi görmüş, 22 (%55) kişi terapi görmüş, 27 (%67.5) kişinin hastaneye yatışı gerçekleşmiştir. Hasta grubundaki 15 (%37.5) kişinin ailesinde de psikiyatrik hastalık görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Örneklemin Psikiyatrik Özellikler

		Kontrol		Hasta	
		n	%	n	%
Psikiyatrik hastalık	Var	0	0	31	77.5
	Yok	40	100	9	22.5
İlaç kullanımı	Var	0	0	31	77.5
	Yok	40	100	9	22.5
Terapi	Var	0	0	22	55
	Yok	40	100	18	45
Hastaneye yatış	Var	0	0	27	67.5
	Yok	40	100	13	32.5
Ailede hastalık	Var	0	0	15	37.5
	Yok	40	100	25	62.5

Normal grubun hepsinin aile ilişkileri güçlüdür. 19 (%47.5) kişinin anne babası evli, 2 (%5) kişinin anne babası boşanmış, 2(%5) kişinin annesi vefat etmiş 12 (%30) kişinin babası vefat etmiş, 5 (%12.5) kişinin ise hem annesi hem de babası vefat etmiştir. 31 (%77.5) kişi çekirdek aileye sahipken, 9 kişi (%22.5) geniş aileye sahiptir. 5 (%12.5) kişinin anne kişiliği pasif/yetersiz, 14 (%35) kişinin uysal/uyumlu, 10 (%25) kişinin canlı/neşeli, 6 (%15) kişinin kuşkucu/alınan ve 5 (%12.5) kişinin titiz/inatçıdır. 1 (%2.5) kişinin baba kişiliği pasif/yetersiz, 9 (%22.5) kişinin uysal/uyumlu, 4 (%10) kişinin ilgisiz/içe kapanık, 14 (%35) kişinin canlı/neşeli, 2 (%5) kişinin kuşkucu/alınan ve 7 (%17.5) kişinin titiz/inatçıdır. 31 (77.5) kişinin anne tutumu ilgili/koruyucu iken, 1 (%2.5) kişinin titiz/katı, 3 (%7.5) kişinin ilgisiz/otoriter, 3 (%7.5) kişinin sert/otoriter ve 1 (%2.5) kişinin tutarsız/güvenilmezdir. 26 (%65) kişinin anne tutumu ilgili/koruyucu iken, 3 (%7.5) kişinin titiz/katı, 4 (%10) kişinin ilgisiz/otoriter, 2 (%5) kişinin sert otoriter ve 2 (%5) kişinin tutarsız/güvenilmezdir.

Hasta grubun 32'sinin (%80) aile ilişkileri güçlü iken 8'inin (%20) aile ilişkisi zayıftır. 16 (%40) kişinin anne babası evli, 1 (%2.5) kişinin anne babası boşanmış, 3(%7.5) kişinin annesi vefat etmiş 9 (%22.5) kişinin babası vefat etmiş, 11 (%27.5) kişinin ise hem annesi hem de babası vefat etmiştir. 31 (%77.5) kişi çekirdek aileye sahipken, 8 kişi (%20) geniş aileye sahip ve 1 (%2.5) kişi de yuvada

büyümüştür. 5 (%12.5) kişinin anne kişiliği pasif/yetersiz, 22 (%55) kişinin uysal/uyumlu, 1 (%2.5) kişinin ilgisiz/içe kapanık, 6 (%15) kişinin canlı/neşeli, 1 (%2.5) kişinin kuşkucu/alınan ve 1 (%2.5) kişinin titiz/inatçıdır. 6 (%15) kişinin baba kişiliği pasif/yetersiz, 13 (%32.5) kişinin uysal/uyumlu, 7 (%17.5) kişinin ilgisiz/içe kapanık, 6 (%15) kişinin canlı/neşeli, 3 (%7.5) kişinin kuşkucu/alınan ve 1 (%2.5) kişinin titiz/inatçıdır. 29 (72.5) kişinin anne tutumu ilgili/koruyucu iken, 2 (%5) kişinin titiz/katı, 5 (%12.5) kişinin sert/otoriter ve 1 (%2.5) kişinin tutarsız/güvenilmezdir. 24 (%60) kişinin anne tutumu ilgili/koruyucu iken, 1 (%2.5) kişinin titiz/katı, 5 (%12.5) kişinin ilgisiz/otoriter ve 8 (%20) kişinin sert/otoriterdir (Tablo 4).

Tablo 4. Örneklemin Aile Yapısı ve Aile İlişkileri Özellikleri

		Kontrol		Hasta	
		n	%	n	%
Aile ilişki	Güçlü	40	100	32	80
	Zayıf	0	0	8	20
Aile medeni	Evli	19	47.5	16	40
	Boşanmış	2	5	1	2.5
	Anne vefat	2	5	3	7.5
	Baba vefat	12	30	9	22.5
	Anne-Baba vefat	5	12.5	11	27.5
Aile tipi	Çekirdek	31	77.5	31	77.5
	Geniş	9	22.5	8	20
	Yuva	0	0	1	2.5
Anne kişilik	Pasif/Yetersiz	5	12.5	5	12.5
	Uysal/Uyumlu	14	35	22	55
	İlgisiz/İçe kapanık	0	0	1	2.5
	Canlı/Neşeli	10	25	6	15
	Kuşkucu/Alıngan	6	15	1	2.5
	Titiz/İnatçı	5	12.5	1	2.5
	Diğer	0	0	4	10
Baba kişilik	Pasif/Yetersiz	1	2.5	6	15
	Uysal/Uyumlu	9	22.5	13	32.5
	İlgisiz/İçe kapanık	4	10	7	17.5
	Canlı/Neşeli	14	35	6	15
	Kuşkucu/Alıngan	2	5	3	7.5
	Titiz/İnatçı	7	17.5	1	2.5
	Diğer	3	7.5	4	10
Anne tutum	İlgili/Koruyucu	31	77.5	29	72.5
	Titiz/Katı	1	2.5	2	2.5
	İlgisiz/Otoriter	3	7.5	0	0
	Sert/Otoriter	3	7.5	5	12.5
	Tutarsız/Güvenilmez	1	2.5	1	2.5
	Diğer	1	2.5	3	7.5
Baba tutum	İlgili/Koruyucu	26	65	24	60
	Titiz/Katı	3	7.5	1	2.5
	İlgisiz/Otoriter	4	10	5	12.5
	Sert/Otoriter	2	5	8	20
	Tutarsız/Güvenilmez	2	5	0	0
	Diğer	3	7.5	2	5

3.2. Güvenilirlik Analizi

DBÖ'nin Güvenilirlik analizi için Değerlendiriciler-Arası Güvenilirlik analizi yöntemi kullanılmıştır. Değerlendiriciler-Arası Güvenilirlik Analizi, iki ayrı değerlendiricinin birbirinden bağımsız olarak yaptığı değerlendirmeler arasındaki ilişkilerin Spearman's rho korelasyon analizi ile tespit edilmesiyle gerçekleştirilmiştir.

Rorschach Testi Düşünce Bozukluğu Ölçeği'nin boyutlarına ilişkin olarak iki ayrı değerlendiricinin yaptığı değerlendirmeler arasındaki ilişkilerin Spearman's rho korelasyon analizlerine göre, yanıtların düşünce bozukluğunun birinci düzeyinde olması ve 0.25 katsayısıyla çarpılan düşünce bozukluklarına göre birinci ve ikinci değerlendirici arasındaki korelasyon $\rho = .967$, $p = 0.000$ düzeyinde; 0.5 katsayısıyla çarpılan düşünce bozukluklarına göre $\rho = .977$, $p = 0.000$ düzeyinde; 0.75 katsayısıyla çarpılan düşünce bozukluklarına göre $\rho = .962$, $p = 0.000$ düzeyinde; 1.0 katsayısıyla çarpılan düşünce bozukluklarına göre $\rho = .989$, $p = 0.000$ düzeyinde; toplam puan düzeyinde ise $\rho = .958$, $p = 0.000$ düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 5) .

Tablo 5. Rorschach Testi Düşünce Bozukluğu Ölçeği Boyutlarının Değerlendiriciler Arası Korelasyon Değerleri (Hasta Grubu)

1. Testör		DB 1. Seviye (0.25 puan)	DB 2. Seviye (0.5 puan)	DB 3. Seviye (0.75 puan)	DB 4. Seviye (1 puan)	Rorschach Toplam Puan
2. Testör						
DB 1. Seviye (0.25 puan)	rho	.967**				
	p	.000				
DB 2. Seviye (0.5 puan)	rho		.977**			
	p		.000			
DB 3. Seviye (0.75 puan)	rho			.962**		
	p			.000		
DB 4. Seviye (1 puan)	rho				.989**	
	p				.000	
Rorschach Toplam Puan	rho					.958**
	p					.000

* $p < 0.05$ (2-kuyruklu).

** $p < 0.01$ (2- kuyruklu).

Bu bulgulara göre, Rorschach Testi Düşünce Bozukluğu Ölçeği boyutlarının Değerlendiriciler-Arası Güvenilirliğinin oldukça iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

3.3. Yapı Geçerliliği

Düşünce Bozukluğu Ölçeği'nin Geçerlilik analizi iki yöntemle gerçekleştirilmiştir. İlk yöntem olan “hasta ve normal örneklemeler arasındaki

farklar”da, DBÖ boyutları puanlarının hasta ve normal örneklem arasındaki farkları Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir.

İkinci yöntem olan “ölçekler arası ilişkiler”de, Düşünce Bozukluğu Ölçeği boyutları puanları ile Düşünce ve Dil Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler Spearman’s rho korelasyon analizi ile incelenmiştir.

3.4. Hasta ve Kontrol Grupları Farkları

Düşünce Bozukluğu Ölçeği boyutları puanlarının hasta ve kontrol örneklemini arasındaki farkları Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir.

Düşünce Bozukluğu Ölçeği boyut puanlarının hasta ve kontrol örneklemini arasındaki farkları Mann-Whitney U Testi ile incelendiğinde, 0.25 puan katsayısıyla çarpılan birinci düzey düşünce bozuklukları kategorisine giren yanıtlar boyutunda $U=305$, $p=.000$ düzeyinde; 0.5 puan katsayısıyla çarpılan ikinci düzey düşünce bozuklukları kategorisine giren yanıtlarda $U=203$, $p=.000$ düzeyinde; 0.75 puan katsayısıyla çarpılan üçüncü düzey düşünce bozuklukları kategorisine giren yanıtlar boyutunda $U=313$, $p=.000$ düzeyinde; 1.0 puan katsayısıyla çarpılan dördüncü düzey düşünce bozuklukları kategorisine giren yanıtlar boyutunda $U=718.50$, $p=.000$ düzeyinde; toplam puan boyutunda $U=41.5$, $p=.000$ düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı farklar tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Rorschach Testi Puanlarının Kontrol ve Hasta Örneklemleri Arasındaki Farkları

	Tanı	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	u	P
DB 1. Seviye (0.25 puan)	Kontrol	40	3.60	2.18	28.13	1125	305	.000
	Hasta	40	8.20	5.36	52.88	2115		
DB 2. Seviye (0.5 puan)	Kontrol	40	1.18	1.33	25.58	1023	203	.000
	Hasta	40	5.70	5.63	55.43	2217		
DB 3. Seviye (0.75 puan)	Kontrol	40	0.02	0.15	28.33	1133	313	.000
	Hasta	40	1.70	2.19	52.68	2107		
DB 4. Seviye (1 puan)	Kontrol	40	0.02	0.15	38.46	1538.5	718.5	.086
	Hasta	40	0.30	1.04	42.54	1701.5		
Rorschach Toplam Puan	Kontrol	40	7.98	4.41	21.54	861.5	41.5	.000
	Hasta	40	34.53	15.81	59.46	2378.5		

3.5. Ölçekler Arası Korelasyonlar

Rorschach testinde Düşünce Bozukluğu Ölçeği boyutları puanları ile Düşünce ve Dil Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler Spearman's rho korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Analiz sonuçlarında DBÖ'ne göre düşünce bozukluğunun birinci düzeyinde 0.25 katsayısı ile kodlanarak puanlanan yanıtlar, DDÖ'nin Düşünce Dağılıklığı boyutuyla $\rho=.467$ ve $p=.002$ düzeyinde; DBÖ'ne göre düşünce bozukluğunun üçüncü düzeyinde 0.75 katsayısı ile kodlanarak puanlanan yanıtlar, DDÖ'nin Düşünce Dağılıklığı boyutuyla $\rho=.586$ ve $p=.000$ düzeyinde, DDÖ'nin toplam puan boyutuyla ise $\rho=.338$, $p=.033$ düzeyinde; DBÖ'ne göre düşünce bozukluğunun dördüncü düzeyinde 1.0 katsayısı ile kodlanarak puanlanan yanıtlar, DDÖ'nin Düşünce Dağılıklığı boyutuyla $\rho=.469$ ve $p=.002$ düzeyinde; DBÖ'ne göre toplam puan boyutunda, DDÖ'nün Düşünce Dağılıklığı boyutuyla $\rho=.357$ ve $p=.024$ düzeyinde, toplam puan boyutuyla ise $\rho=.372$, $p=.018$ düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Sadece DBÖ'ne göre düşünce bozukluğunun ikinci düzeyinde 0.5 katsayısı ile kodlanarak puanlanan yanıtlar, DDÖ'nin Düşünce Fakirleşmesi boyutuyla $\rho=-.358$ ve $p=.023$ düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı negatif korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Rorschach Testi Düşünce Bozukluğu Ölçeği boyutları puanları ile DDÖ puanları arasındaki Korelasyonlar

		TAT Düşünce Fakirleşmesi	TAT Düşünce Dağılıklığı	TAT Toplam puan
DB 1. Seviye (0.25 puan)	Rho	-,299	,467**	-,002
	P	,061	,002	991
DB 2. Seviye (0.5 puan)	Rho	-,358*	,249	-,139
	P	,023*	,121	,393
DB 3. Seviye (0.75 puan)	Rho	-,020	,586**	,338*
	P	923	,000**	,033*
DB 4. Seviye (1 puan)	Rho	-,312	469**	,088
	P	,050	,002**	,591
Rorschach Toplam Puan	Rho	,121	,357*	,372*
	P	,456	,024*	,018*

*p<0.05(2-kuyruklu).

**p <0.01 (2- kuyruklu).

SONUÇ

Bu araştırmada, Johnston ve Holzman tarafından 1979 yılında psikotik hastalık dönemi içerisinde olan hastalardaki düşünce bozukluğu varlığını ve düzeyini tespit etmek için geliştirilen, “Düşünce Bozukluğu Ölçeğinin” Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışma kapsamında katılımcılara (toplam 80 kişi) Rorschach testi uygulanmış ve yanıt protokolleri DBÖ’ne göre değerlendirilmiştir.

DBÖ’nin puanlaması belirli bir ölçüde değerlendiricinin yorumunu gerektirmekte olduğundan, literatüre uygun olarak güvenilirlik çalışmasında değerlendiriciler arası uyum güvenilirliği analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan hasta grubunun tümünün Rorschach protokolleri, DBÖ yönergesi doğrultusunda, bir birlerinden habersiz farklı değerlendiriciler tarafından değerlendirilmiştir. Her iki değerlendiricinin DBÖ’nin dört şiddet düzeyi ve toplam puanları boyutunda yapmış olduğu puanlamalar arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar, literatürde

saptanan yönde (Johnston ve Holzman, 1979; Coleman v.d., 1993; Carpenter, v.d., 1993) istatistiki açıdan yüksek oranda anlamlı pozitif ilişkiler göstermiştir.

Çalışmaya dahil edilen hasta grubu katılımcıları bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV veya DSM-V kriterlerine göre düşünce bozukluğuna sahip olacak bir tanı almış olup (Kronik Şizofreni, Bipolar Bozukluk Manik Epizod, Psikoz, BTA Duygudurum Bozukluğu, Paranoid Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Bipolar I, BTA Psikotik Bozukluk), Eksen II’de zihinsel bir geriliğe sahip olmama koşulunu doldurmuşlardır. Kontrol grubu katılımcılarının da herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmaları koşul olarak tutulmuştur. Olası psikiyatrik bir hastalığı dolayısıyla düşünce bozukluğu varlığını dışarıda bırakabilmek için kontrol grubundaki katılımcılara SCL-90-R uygulanmıştır. Uygulanan SCL-90-R Genel Belirti Puanı 1.5’in altında olma koşulunu dolduranlar kontrol grubuna alınmıştır.

Ölçek geçerliliğinin saptanması için iki yol seçilmiştir. Bunlardan ilki, DBÖ’nin hasta ve kontrol grubu arasında ayırıcı bir özelliğe sahip olup olmadığı üzerinde temellenmektedir. İstatistiksel analizler yardımı ile her iki gruba uygulanan Rorschach protokollerinin DBÖ yönergesine göre puanlanması sonucunda elde edilen toplam puanlarda ve birinci, ikinci ile üçüncü düzey düşünce bozukluğu kategori puanlarında istatistiki açıdan anlamlı derecede farklar tespit edilmiştir. Bu sonuçlar DBÖ’nin literatürdeki yapı geçerliliği çalışmalarının sonuçlarıyla (Johnston ve Holzman, 1979; Hurt, v.d., 1983; Solovay, v.d., 1987; Shenton, v.d., 1989) da uyumludur. Sadece dördüncü düzey düşünce bozukluğu kategori puanında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ölçek geçerliliğinin saptanmasında başvuru ikinci yol: DBÖ ile yine düşünce bozukluğunu ölçen ve Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Ulaş v.d. tarafından yapılmış olan DDÖ arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Buna göre hasta grubuna Rorschach’nın yanı sıra DDÖ’nin uygulandığı, Tematik Algı Testi’nden seçilmiş 8 kart verilmiştir. Bu iki ölçek arasında DBÖ’nin toplam puanı ile DDÖ’nin “Düşünce Dağınıklığı” kategorisi ve DDÖ toplam puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı derecede pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Sadece DBÖ’ne göre düşünce bozukluğunun ikinci düzeyinde 0.5 katsayısı ile kodlanarak

puanlanan yanıtlar arasında ,DDÖ'nin Düşünce Fakirleşmesi boyutuyla istatistiksel açıdan anlamlı negatif korelasyon tespit edilmiştir. Bu durum DBÖ'nin dört şiddet seviyesindeki puanlar ile DDÖ'nin “Düşünce Fakirleşmesi” kategorisi puanları arasındaki negatif korelasyon bulgularına uygundur.

Bütün bu bulgular bir bütün içinde değerlendirildiğinde, sonuçlar DBÖ'nin Rorschach Test'inde uygulanması ile kişideki düşünce bozukluğunu ölçmekte güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar DBÖ'nin diğer çalışmalarda ve özellikle klinik değerlendirmelerde kullanılabilmesinin önünü açmaktadır.

Çalışma verilerinin analizi sonucu hasta grubunda olup düşünce bozukluğu düzeyi düşük çıkan hastalar da tespit edilmiştir. Bu sonuca sebebiyet veren durumun hastanın düşünce bozukluğuna sahip olmaması değil, tam tersi teste yanıt verme sürecinde ketlenmeye uğraması olabileceği düşünülmektedir. Rorschach testinin daha önce kişi tarafından karşılaşılmamış, soyut içeriği tetikleyen bir materyal olması, teste verilen yanıtlar yoluyla kişinin testi kontrol etmesini engellese de, testin bu yapısının özellikle psikotik düşünce süreçlerinin hakim olduğu bazı hastaların (birkaç kontrol grubunda da çıktı) yanıt verme süreçlerini ketlediği düşünülmüştür. Bu durum kişiye sunulan test materyalini herhangi bir tasarıma sokamama ile kendini göstermektedir.

Araştırmada yaşanan en önemli zorluk hasta grubuna uygulama yapılması esnasında yaşanmıştır. Psikotik hastalık dönemi içerisinde olan hastalarla yapılan bu uygulamaların zaman zaman 50 dakikayı geçebildiği görülmüştür. Uygulamalarda hasta grubunun sık sık uygulamanın ne zaman biteceğini sorduğu ve isteksiz yanıt verme veya geçiştirme tavırları sergiledikleri gözlenmiştir. İsteksiz verilen yanıtlar dolayısıyla kodlama ve puanlama için yeterli materyal bulmak güçleşmektedir. Bu hasta grubunun konsantrasyon ve genel sağlık durumları özelliği nedeniyle ya testler arası ara vermek veya testi farklı iki güne bölmek sonuçların doğruluğu ve analizi açısından yararlı olabilir diye düşünülmüştür.

Hem hasta hem de kontrol grubunda bazı kategorilerdeki (özellikle birinci ve daha nadir ikinci düzey düşünce bozukluğunun kodlanıp puanlandığı kategoriler) düşünce bozukluğu türleri protokollerde ortak olarak diğerlerine göre daha sık çıkmıştır. Bu durum formal düşünce bozukluğunun hafif formlarının sadece psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerde değil, özellikle de çok yorgun ve stres altında olan sağlıklı kişilerde de olduğunu belirten literatür ile uyumludur (Holzman v.d., 2005). Bunun yanında DBÖ'nin yapılanmasına göre gerçeklik ile olan bağların tamamen koptuğuna işaret eden ve dördüncü düzeyde kodlanıp puanlanan kontaminasyon yanıt türü açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. İlerde yapılacak başka çalışmalarla, testin uygulandığı toplumun dili kullanma yapısının bu sonuç açısından belirleyici bir kriter olup olmadığı araştırılabilir.

Düşünce bozukluğunun bazı kategorileri, hayatlarında o anda kendileri ile ilgili olmasa da yakınları ile ilgili sağlık veya daha başka, ancak hayati önem taşıyan sorunlarla, uzamış yas süreçleriyle uğraşanlarda da yüksek oranda tespit edilmiştir. Bu bulgu tamamıyla uygulayıcı gözlemine dayanmaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda kontrol grubu seçimlerinde bu gibi durumlara sahip olan kişiler sorgulanıp örneklem içine alınmayabilir. Kontrol grubu katılımcılarına uygulanan SCL-90-R ölçeğine ek olarak başka testler de uygulanarak, katılımcının o anda hayat kalitesi veya kendi varlığını ne şekilde yaşıntıladığı yönünde bilgilerin alınabileceği başka testlerle, hafif düşünce bozukluğuna sebep olabilecek ihtimallerinin de dışlanması sağlanabilir. Bu durum ileri şiddet derecesinde kabul edilen bazı düşünce bozukluğu yanıtlarının kontrol grubunda da çıkmasının önüne de geçebilir.

Bu bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olmasına karşın örneklem sadece 80 kişiden oluşmaktadır. Bu çalışmanın sınırlılığı olarak örneklemin az sayıda kişiden olması verilebilir. Bu çalışmanın Türk toplumu için daha geniş bir örnekleme tekrar edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği :2013 **Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı.** (DSM-5), (Çev. Ertuğrul Koroğlu), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Andreasen, N.C. :1978 **The Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC)**, Iowa City: The University of Iowa.
- Andreasen, N.C. :1979a “Thought, language, and communication disorders: I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability” **Archives of General Psychiatry**, 36:1315-1321.
- Andreasen, N.C. :1979b “Thought, language, and communication disorders: II Diagnostic significance”, **Archives of General Psychiatry**, 36:1325-1330.
- Andreasen, N.C, Tsuang, M.T., Canter, A. :1974 “The significance of thought disorder in diagnostic evaluation”, **Comprehensive Psychiatry**, 15:27-34.
- Anzieu, D., Chabert, C. :2004 **Projektif Yöntemler** (Çev. Bahar Kolbay), İstanbul, Bağlam Yayıncılık, 2011.

- Bion, W.R. :1950 "The Imaginary Twin", **Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis**, London, Karnak, 1967, s.3-23.
- Bion, W.R. :1953 "Notes on the Theory of Schizophrenia", **Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis**, London, Karnak, 1967, s.23-36.
- Bion, W.R. :1956 "The Development of Schizophrenic Thought", **Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis**, London, Karnak, 1967, s.36-43.
- Bion, W.R. :1962a "A Theory of Thinking", **Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis**, London, Karnak, 1967, s.110-120.
- Bion, W.R. :1962 Learning from Experience. London, Karnak.
- Bleuler, E. :1911 **Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias**. (Çev. J. Zinkin.) New York, International Universities Press, 1950.
- Brickenkamp, R. :2002 "Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test ", 9.Auflage, Göttingen, Hogrefe.

- Bornstein, R.F., Masling, J. M. :2005 "Scoring The Rorschach: Retrospect and Prospect", **Scoring The Rorschach: Seven Validated System**, Ed. by. Robert F. Bornstein and Joseph M. Masling, New Jersey, LEA, s. 1-25.
- Carpenter, J. T., Coleman, M. J., Waternaux, C. M., Perry, J., Wong, H., O'Brian, C., v.d. :1993 "The Thought Disorder Index: Short-form assessments", **Psychological Assessment**, 5, 75-80.
- Chapman, L., Chapman, J. :1973 **Disordered thought in schizophrenia**, New York: Appleton-Century-Crofts.
- Coleman, M.J., Carpenter, J.T., Waternaux, C., Levy, D.L., Shenton, M.E., Perry, J. v.d. :1993 "The Thought Disorder Index: A Reliability Study", **Psychological Assessment**, 3, 336-342.
- Cüceloğlu, D. :2016 "Psikolojinin Tanımı", **İnsan ve Davranışı**, İstanbul, Remzi Kitabevi, s.34.
- Çetin, M. :2005 "Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Psikiyatrinin kısa tarihi", **Şizofreni-I**, Ed. Ceylan, M.E ve Çetin, M., İstanbul, Yerküre tanıtım ve Yayıncılık, s. 1-83.
- Faraone, S.V., Green, A. I., Seidman, L. J., Tsuang, M. T. v.d. :2001 "Schizotaxia: Clinical Implications and New Directions for Research", **Schizophrenia Bulletin**, 27(1):1-18.

- Fenichel, O. :1945 **The psychoanalytic theory of neurosis**, New York: Norton
- Fenichel, O. :2005 **Psycho-Analytische Neurosenlehre**, (Çev. Klaus Laermann), Band II, Germany, Psychosozial-Verlag, s. 309-349.
- Freud, S. :1924 “Neurose und Psychose”, **Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse**, Bd. 10 (1), 1-5.
- Freud, S. :1924 “Neurose und Psychose”, **Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse**, Bd. 10 (4), 374-379.
- Freud, S. : 1911 “Narsizm Üzerine ve Schreber Vakası”. (Çevirenler: Banu Büyükkal, Saffet Murat Tura), Metis Yayınları, İstanbul, 2007.
- Gülseren, Ş. :2009 “Psikopatolojinin Tanınması ve Ölçülmesi”, **Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler**, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Harvey, P.D., Earle-Boyer, E.A., Wielgus, M.S. :1984 “The consistency of thought disorder in mania and schizophrenia”, **Journal of Nervous and Mental Disease**, 172, 458-463.

- Holzman, P. S., Johnston, M. H. :2005 “The Use of the Rorschach Technique for Assessing Formal Thought Disorder”, **Scoring The Rorschach, Seven Validated System**, Ed. by. Bornstein, R. F. & Masling J.M., LEA, Mahwah, New Jersey.
- Holzman, P.S., Levy, D.L., ve Johnston M. H. :2005 “The Use of the Rorschach Technique for Assessing Formal Thought Disorder”, **Scoring The Rorschach**, Ed. by. Robert F. Bornstein, Joseph M. Masling, New Jersey, LEA, Mahwah, s.55-95.
- Holzman, P. S., Shenton, M. E., Solovay, M. R. :1986 “Quality of thought disorder in differential diagnosis”, **Schizophrenia Bulletin**, 12, 360-372.
- Hurt, S. S., Holzman, P. S., ve Davis, J. M. :1983 “Thought disorder: The measurement of its changes”, **Archives of General Psychiatry**, 40,1281-1285.
- Johnston, M. H., Holzman, P. S. :1979 “Assessing schizophrenic thinking”, San Francisco, Jossey-Bass, Vol. 310.
- Kaplan H. I., ve Sadock B. J. :2004 **Klinik Psikiyatri** (Çev. Ed. Prof. Dr. Ercan Abay), New York, Nobel tıp kitap evleri, s. 24-25.

- Kılıç, M. :1991 “Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)’nin Geçerlilik ve Güvenirliği”, **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, 1(2): 45-52.
- Klein, M. :1930 “Benlik Gelişiminde Sembol Oluşumunun Önemi”, **Sevgi, Suçluluk ve Onarım**, (Çev. Zeynep Koçak), İstanbul, Kanat, 2008, s.167-176.
- Klein, M. :1930 “Psikozların Psikoterapisi”, **Sevgi, Suçluluk ve Onarım**, (Çev. İren Anlı), İstanbul, Kanat, 2008, s.177-178.
- Klein, M. :1930 “Zihinsel Ketlenme Kuramına Bir Katkı”, **Sevgi, Suçluluk ve Onarım**, (Çev. Pınar Padar), İstanbul, Kanat, 2008, s.179-187.
- Klein, M. :1931 “A contribution to the theory of intellectual inhibition”, **International Journal Psychoanalyse.**, 12:206-218.
- Klein, M. :1946 “Bazı Şizoid Mekanizmalar Üzerine Notlar.”, (Çev. Ayşe Elif Yavuz), 2004, **Yansıtma 1-2**: 139-162.
- Klein, M. :1957 **Haset ve Şükran**, (Çev. Orhan Koçak, Yavuz Erten), İstanbul. Metis Yayınları, 1999.

- Klein, M. :1977 “Bir Karmaşanın Tarihçesi” (Çev. Gizem Kural, Neslihan Zabcı), **Yansıtma. Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi. Çocukluk Dönemi-I.** 2014, 21: 105-116.
- Kuperberg, G. R. :2010 “Language age in Schizophrenia Part 1: An Introduction”, **Language and Linguistics Compass**, 4/8:576–589.
- Mitchell, S. A., Balck M. J. :2012 “Modern Psikanalitik düşüncenin Tarihi”, **Freud ve Sonrası**, (Çev. Ayhan Eğrilmez), İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s. 67
- Mitchell, S. A., Balck M. J. :2012 “Melanie Klein ve Çağdaş Klein’cı Kuram”, **Freud ve Sonrası**, (Çev. Ayhan Eğrilmez), İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s. 93-121.
- Mitchell, S. A., Balck M. J. :2012 “Nesne İlişkileri Okulu: W.R.D. Fairbairn ve D. W. Winnicott”, **Freud ve Sonrası**, (Çev. Ayhan Eğrilmez), İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s. 123-151.

- Mitchell, S. A., Balck M. J. :2012 “Kimlik ve Kendilik Psikolojileri: Erik Erikson ve Heinz Kohut”, **Freud ve Sonrası**, (Çev. Ayhan Eğrilmez), İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s. 164-165.
- Meehl, P.E. :1962 “Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia”, **American Psychologist**, 17, 827–838.
- Oltmanns, T.F., Murphy, R., Berenbaum, H., Dunlop, S.A. :1985 “Rating verbal communication impairment in schizophrenia and affective disorders”, **Schizophrenia Bulletin**, 11, 292-299.
- Özakpınar, Y. :2000 **Psikolojinin Kavramsal Yapısı**, İstanbul, Ötüken, s.52.
- Pull, C.B. :1999 “Şizofreni Tanısı: Bir Derleme Yazısı”, **Şizofreni**, Ed. by. Mario Maj, Norman Sartorius, New York, John Wiley & Sons, LTD, s.1-37.
- Quinodoz, J.M. :2004 **Reading Freud**, (Çev., David Alcorn), Paris : Routledge, 2006.
- Rapaport, D., Gill, M.M., Schafer, R. : 1968 **Diagnostic psychological testing (rev. ed.)**, New York: International Universities Press.

- Shenton, M.E.; Solovay, M.R.; Holzman, P.S.; Coleman, M., Gale, H.J. :1989 “Thought disorder in the relatives of psychotic patients”, **Archives of General Psychiatry**, 46(10):897-901.
- SoIovay, M.R., Shenton., M.E., Gasperetti, C., Coleman, M., Kestnbaum, E., Carpenter, J. T., Holzman, P. S. :1986 “Scoring manual for the Thought Disorder Index”, **Schizophrenia Bulletin**, 12, 483-496.
- Solovay, M.R., Shenton, M.E. Holzman, P.S. :1987 “Comparative studies of thought disorder: I. Mania and schizophrenia”, **Archives of General Psychiatry**, 44, 13-20.
- Soygür, S., Erkoç, Ş. :2007 “Şizofreni Kavramına Tarihsel Bir Bakış”, **Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar**, Ed. Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E.C. ve Herken, H., Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s.1-12.
- Tunaboylu-İkiz, T. :2007 **Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu-I**, İstanbul, Bağlam Yayıncılık.
- Tunaboylu-İkiz, T, Atak, I. E., Düşgör, B. P., Zabcı, N. :2009 **Rorschach Kodlama Kitabı 2: Yetişkin Normları**, İstanbul, Bağlam Yayıncılık.
- Tükel, R. :2011 “Bebek ve anne arasındaki mekanda öznenin yaratılması: winnicott’un çalışmalarına bir bakış” **Psikanaliz Yazıları Dizisi 23. Donald W. Winnicott**, s.15-35.

- Ulaş, H., Alptekin, K., Özbay, D., “Düşünce ve Dil Ölçeğinin Türkçe Akdede, B.B., Çakır, E., Tümöklü, M. Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik v.d. :2007 Çalışması”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 10(2): 77-85.
- Watkins, J.G., Stauffacher, J.C. :1952 “An index of pathological thinking in the Rorschach”, **Journal of Projective Techniques**, 16,276-286.
- Winnicott, D. W. :1952 “Psychoses and Child Care”, **Through Paediatrics to Psychoanalysis. Collected Papers**, London, 1992, s. 219-228.
- Winnicott, D. W. :1960b “Ego Distorsiyon İn Terms Of True and False Self”, **The Maturational Process and Facilitating Environment**, New York, International Universities Press, 1965, s.140-153.
- Winnicott, D. W. :1963a “Dependence in Infant-care, Child-care, and in the Psycho-analytic Setting”, **The maturational Processes and Facilitating Environment**, Connecticut, International Universities Press, 1965, s.249-261.

Winnicott, D. W. :2016

“Yaşamın İlk Yılı. Duygusal Gelişimle İlgili Modern Görüşler”, **Bireyin Gelişimi ve Aile**, (Çev. Nur Nirven, Nüket Diner), İstanbul, Pinhan Yayıncılık, s.26-27.

EKLER

EK 1.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Alis Onar tarafından yürütülen “Rorschach Testi’nde Düşünce Bozukluğu Ölçeği’nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı yurt dışında geliştirilerek kullanılan bu ölçeğin ülkemizde de kullanılabilmesi için gerekli olan standardizasyon çalışmasının ön ayağı olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır. Araştırmada sizden tahminen 45 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 80 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninizle bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya alis_kec@hotmail.com e-posta adresi ve 0541-642-38-06 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının: Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK 2.

Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Katılımcı No/Tarih: Doğum Tarihi/Yeri:
2. Medeni Durum: Evli – Bekar – Boşanmış, Ayrı Yaşıyor – Dul- Diğer ()
3. Eğitim Durumu: İlkokul – Ortaokul – Lise – Üniversite – Yüksek Lisans – Doktora – Diğer ()
4. Meslek:
5. Çalışma iş durumunuz hangisine uymaktadır:
 - a- Düzenli olarak devam ettiğim sabit bir işim vardır
 - b- Sürekli iş değiştiririm, bir işte çalışamam
 - c- Bugüne kadar herhangi bir işte çalışmadım
6. Kiminle Yaşıyorsunuz: Annebaba – Eş – Sevgili- Ev Arkadaşı – Diğer ()
7. Kaç Kardeşsiniz: Siz Kaçınıcı Çocuksunuz:
8. Daha önce herhangi bir psikiyatrik başvurunuz oldu mu? Evet ise ne zaman?
9. Bu rahatsızlığınız ile ilgili ilaç kullanıyor musunuz? Kullandınız mı?
10. Bu rahatsızlığa bağlı terapi gördünüz mü? Ne zaman, ne kadar süre?
11. Bugüne kadar psikiyatrik rahatsızlığınız için hastanede kalışınız oldu mu? Oldu ise ne kadar süre?
12. Anne, baba, kardeş gibi birinci derece akrabalarınızdan ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören birisi var mı? Evet Hayır
13. Aile ilişkileriniz nasıldır?
 - a-Aile bağlarım güçlüdür, sürekli olarak görüşmeye devam ediyoruz
 - b-Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir görüşmüyoruz
 - c-Diğer
14. Anne-babanızın medeni durumu?
 - a-Evli, aynı evde yaşıyorlar b-Evli, ayrı evde yaşıyorlar c-Boşanmışlar d-Vefat
15. Yetiştirdiğiniz aile tipi hangisidir?
 - a-Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)
 - b-Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)

- c-Yuva (sosyal kurumlar)
- d-Diğer(parçalanmış aile vb.)

16. Anne ve babanız kişilik özellikleri nelerdir?

Anne Baba

- a-Pasif ve yetersiz
- b-Uysal ve uyumlu
- c-İlgisiz, içe kapanık
- d-Canlı,neşeli
- e-Kuşkucu,alıngan
- f-Titiz,inatçı
- g-Diğer

17. Anne ve babanın size karşı tutumu nasıldı?

Anne Baba

- a-İlgili ve koruyucu
- b-Titiz ve katı
- c-İlgisiz ve otoriter
- d-Sert ve otoriter
- e-Tutarsız ve güvenilmez

EK 3.

Belirti Kontrol Listesi- 90- Gözden Geçirilmiş Formu (SCL-90-R)

Aşağıda **“zaman zaman herkeste olabilecek”** yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, **bugün de dahil** olmak üzere **son on beş gün içinde** sizi ne ölçüde **huzursuz ve tedirgin ettiğini** göz önünde alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan

(*Hiç / çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede*) uygun olanın (*yalnızca bir seçeneğin*) altındaki parantez arasına bir (X) işareti koyunuz. Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

	Hiç	Çok Az	Orta Derece	Oldukça Fazla	İleri Derece
1. Baş ağrısı	()	()	()	()	()
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi	()	()	()	()	()
3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoşla gitmeyen düşünceler	()	()	()	()	()
4. Baygınlık veya baş dönmesi	()	()	()	()	()
5. Cinsel arzu veya ilginin kaybı	()	()	()	()	()
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	()	()	()	()	()
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri	()	()	()	()	()
8. Sorunlarımızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	()	()	()	()	()
9. Olayları anımsamada güçlük	()	()	()	()	()
10. Dikkatsizlik ve sakarlıkla ilgili endişeler	()	()	()	()	()
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	()	()	()	()	()
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	()	()	()	()	()
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	()	()	()	()	()

14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	()	()	()	()	()
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	()	()	()	()	()
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	()	()	()	()	()
17. Titreme	()	()	()	()	()
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	()	()	()	()	()
19. İştah azalması	()	()	()	()	()
20. Kolayca ağlama	()	()	()	()	()
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	()	()	()	()	()
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	()	()	()	()	()
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	()	()	()	()	()
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	()	()	()	()	()
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	()	()	()	()	()
26. Olanlar için kendini suçlama	()	()	()	()	()
27. Belin alt kısmında ağrılar	()	()	()	()	()
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	()	()	()	()	()
29. Yalnızlık hissi	()	()	()	()	()
30. Karamsarlık hissi	()	()	()	()	()
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	()	()	()	()	()
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	()	()	()	()	()
33. Korku hissi	()	()	()	()	()
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	()	()	()	()	()
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	()	()	()	()	()
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	()	()	()	()	()
37. Başkalarının sizi sevmediği yada dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	()	()	()	()	()
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma	()	()	()	()	()
39. Kabin çok hızlı çarpması	()	()	()	()	()
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	()	()	()	()	()
41. Kendini başkalarından aşağı görme	()	()	()	()	()
42. Adale (kas) ağrıları	()	()	()	()	()
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	()	()	()	()	()
44. Uykuya dalmada güçlük	()	()	()	()	()
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	()	()	()	()	()

46. Karar vermede güçlük	()	()	()	()	()
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	()	()	()	()	()
48. Nefes almada güçlük	()	()	()	()	()
49. Soğuk veya sıcak basması	()	()	()	()	()
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelerden kaçınma durumu	()	()	()	()	()
51. Hiçbir şey düşünememe hali	()	()	()	()	()
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	()	()	()	()	()
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	()	()	()	()	()
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	()	()	()	()	()
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	()	()	()	()	()
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	()	()	()	()	()
57. Gerginlik veya coşku hissi	()	()	()	()	()
58. Kol veya bacaklarda ağırlık hissi	()	()	()	()	()
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	()	()	()	()	()
60. Aşırı yemek yeme	()	()	()	()	()
61. İnsanların size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	()	()	()	()	()
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	()	()	()	()	()
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	()	()	()	()	()
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	()	()	()	()	()
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali	()	()	()	()	()
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	()	()	()	()	()
67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi	()	()	()	()	()
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	()	()	()	()	()
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	()	()	()	()	()
70. Çarşı sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	()	()	()	()	()
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	()	()	()	()	()
72. Dehşet ve panik nöbetleri	()	()	()	()	()
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	()	()	()	()	()
74. Sık sık tartışmaya girme	()	()	()	()	()

75. Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali	()	()	()	()	()
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	()	()	()	()	()
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	()	()	()	()	()
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	()	()	()	()	()
79. Değersizlik duygusu	()	()	()	()	()
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu	()	()	()	()	()
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	()	()	()	()	()
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	()	()	()	()	()
83. Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	()	()	()	()	()
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	()	()	()	()	()
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	()	()	()	()	()
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	()	()	()	()	()
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	()	()	()	()	()
88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama	()	()	()	()	()
89. Suçluluk duygusu	()	()	()	()	()
90. Aklınızdan bir bozukluğu olduğu düşüncesi	()	()	()	()	()

EK 4.

Düşünce Bozukluğu Ölçeği

DBÖ'nin Puanlama Kategorileri, Solovay et.al. 1986

Şiddet seviyesi	Örnekler
DB 1. Seviye (0.25 puan)	1. Uygun Olmayan Mesafe a. Kart ile Mesafenin Azalması veya Artması, b. Aşırı Nitelendirme c. Somutluluk d. Aşırı Kesinlik e. Birleştirici Yanıt 2. Ciddiyetten Uzak Yanıt 3. Muğlaklık 4. Tuhaf Sözel İfadeler ve Yanıtlar a. Tuhaf İfadeler b. Yapmacık, Uygun Olmayan İfadeler c. Kişiyi Özgü Kelime Kullanımı 5. Kelime-Bulma Güçlüğü 6. Klang Çağırışım 7. Perseverasyon (Takıntılı Tekrar) 8. Tutarsız Kombinasyonlar a. Bileşik Yanıt b. Şekle-Renge Dayalı Keyfi Yanıt (FCarb). c. Uygun Olmayan Aktivite Yanıtı d. Dışsal ve İçsel Yanıt (0.50 seviyesinde puanlanacak)
DB 2. Seviye (0.5 puan)	9. İlişkinin Sözel İfadesi 10. Kişiyi Özgü Sembolizm a. Renk Sembolizmi b. Şekil Sembolizmi 11. Garip Yanıtlar a. Garip İfadeler b. Garip Betimleme c. Garip Yanlış Kelime Kullanımı 12. Konfüzyon 13. Çözülme 14. Uydurma Kombinasyonlar, İmkânsız ya da Bizar 15. Şakacı Konfabülasyon 16. Dağılma
DB 3. Seviye (0.75 puan)	17. Akıcılık 18. Anlamsız Yanıtlar 19. Konfabülasyon a. Bir alandaki detayların daha geniş bir alanda genellenmesi b. Aşırı Detaylandırma 20. Otistik Mantık
DB 4. Seviye (1 puan)	21. Kontaminasyon 22. Enkoherans (Sözcük Salatası) 23. Neolojizm

0.25 Seviyesi

Bu seviye, sıradan bir sohbetle, nadiren fark edilebilecek olan küçük tuhaflıklarla karakterizedir; ancak bunların birikimi anlaşılır olmayı engellemektedir. Bunlar düşünce bozukluğunun, deneyimsiz bir gözlemci tarafından tespit edilmesi zor ve en güç fark edilen işaretleridir.

1. Uygun Olmayan Mesafe: Uygun Olmayan Mesafe, katılımcının kendisiyle Rorschach Testi gibi bir görevin arasına koyduğu psikolojik mesafeyi ifade eder.

1.a. Mesafenin Artması veya Kaybolması: Bu alt-kategori içine giren yanıtlar, her zaman olmamakla beraber, çoğunlukla emosyonel yüklü afektif detaylandırma tarafından karakterize edilirler. Görevin kendisi fazla gerçek veya fazla kişisel olarak algılandığında, kişiselleştirilmiş yanıt Mesafe Kaybı olarak dikkate alınır.

Örnek: (IV) Başka ne olabileceğinden korkuyorum... Başka ne olabileceğini düşünmek beni ürkütüyor. Bunaltıcı.

Afektif detaylandırma, görevin kendisinden ziyade kişisel bir bağlantıdan kaynaklandığı zaman, kişiselleştirilmiş bir yanıt, Mesafenin Artması olarak nitelendirilir.

Örnek: (III) Kelebeğe benziyor... iki tane kanadı var... bazen benzerler ve ... kelekleri severim. Kelekleri beğenirim. Kelekler güzeldir.

Kişisel olarak detaylandırılmış yanıtların puanlanmasında, değerlendirci son yanıtın verilen göreve ne derece uygun olduğunu akılda tutmalıdır. Kişiselleştirmeyi, göreve ilişkilendirmeye dair bir girişim yoksa bu durum Uygun Olmayan Mesafe'ye işaret eder.

Örnek: Bir bebeğin kafasına benziyor...

İki tane var bundan gerçekten. Ne yaptıklarını bilmiyorum. Bu şeye bakmaktan gerçekten hoşlanmadım.

(Ve bir ada mı gördünüz?) Uh-huh. Bunun hepsinin bir nevi karşısındayım. Beğenmiyorum...biliyorsun, sevdiğim biri olmadan hayal gücümün akmasına izin veriyorum.

Bir böcek. Aman Tanrım. Böceklerden nefret ederim. Gördüklerimin her birini öldürmek istiyorum.

Buradaki ikisi, bilmiyorum. Şu an açım, o yüzden yemek gibi görünüyorlar.

Bunlar yengeçlere benziyorlar...Yengeçleri seviyorum, daha önce hiç yengeç yedin mi?

Vajinaya benziyor, çünkü kendi vajinamın hissettirdiklerini bana hatırlatıyor.

Ohh! Çok korkunç, uzaklaştır şunu, ona bakmaya katlanamıyorum.

Bazen katılımcılar, görevin kendisiyle ilgili sorular sorarlar ya da tamamen görevi tamamlamaya odaklı kişisel yorumlar yaparlar. Aşağıdakiler puanlanmaması gereken kişisel yorumlara örnektirler: (a) testi daha önce yapmış olmakla ilgili yorumlar; (b) daha önce verilen yanıtları hatırlamak; (c) verilen yanıt müteakip, mürekkep testlerinin gerçekte ne anlama geldiğini sormak; (d) yanıt verme sürecinde yapılmayan, dolayısıyla konuyu dağıtmayan veya yarıda kesmeyen gündelik yorumlar; (E) aktüel "test ötesi" durumlar hakkındaki yorumlar (ör. gürültü).

Örnek: Puanlanmayan yanıtlara örnek: (Neden bir vampire benziyor?) Çünkü çocuklarımla "Yaratık Yüzler" programında izlediği vampirlere tıpatıp benziyor. Ben çocukken onlardan ölümüne korkardım.

1.b. Aşırı Nitelendirme: Aşırı nitelendirilmiş bir yanıtta katılımcı yanıt vermekte zorluk çekebilir, çünkü mürekkep lekesi katılımcının düşündüğü herhangi bir algıya tam olarak benzememektedir. Katılımcı, algıladığı şeyin vereceği yanıt

uygun olması için değişiklikler önerebilir ya da mürekkep lekesi, benzemesi gereken şeye uygun olmadığından, kişi yanıt vermekten tümünden imtina edebilir. Katı mükemmeliyetçiliğin anlık yanıtı engellediği görülür.

Örnek: (VI) . . . Tüye benziyor. Kızılderililerin totem direği ya da o tür bir şey. (Tüy hissini ne verdi?) ...Aslında tüy değil. Bilmiyorum. Neden öyle söylediğimi de bilmiyorum. Gerçekten bir tüye benzemiyor. Eğer bir tüy olsaydı daha çok gölge olurdu.

1.c. Somutluk: Somutlaştırmanın yanıt süreci, testin görünür bir gerçekliğe dönüştüğü bir perspektif kaybı izlenimini uyandırır. Katılımcı görevle ilgili yeterince soyut yanıtlar veremez.

Örnek: (VIII) ...Dev gibi büyümüş sinek-aşırı büyük. (Peki, aşırı büyümüş sinek hissini ne verdi?) Bir sineğin ana hatlarını görebiliyorum ama normal bir sinek olmak için çok büyük. Dolayısıyla aşırı büyümüş olması gerekir.

(VII) Bir çeşit şatafatlı askeri jet, kartın üstünde uçuyor.

1.d. Aşırı Kesinlik: Aşırı Kesin yanıt, her iki durumda da obsesif yapı abartılı hale geldiği için Aşırı Nitelikli yanıtla benzer. Bununla birlikte aşırı kesin bir yanıtta değerlendirici, yanıtı geçersiz kılan ve ona aşırı düşünsel bir nitelik katan keyfi ve alakasız betimlemelere dikkat etmelidir. Katılımcı net olmaya çabalar ama aşırı obsesyonellik ya da kompulsiflikten dolayı başarısız olur ve bu nedenle anlamsızlığa veya tuhaflığa eğilimli olur.

Örnek: (III) Dört bacaklı kuzu.

(III) Ayının kemiği.

1.e. Birleştirci Yanıt: Katılımcı Aşırı Kesinlik'in tam tersi yönde ama hatalı olarak, burada çok genel veya çok soyuttur. Kavramsal kategoriyi sınırlamak yerine, içine çok fazla şey katar.

WAIS'den örnekler: (Sinek ve ağaç arasındaki benzerlik nedir?) İkisi de

havada yaşar.

(Portakal ve muz arasındaki benzerlik nedir?) İkisi de atom içeriyor.

2. Ciddiyetten Uzak Yanıt: Katılımcının test olma durumu karşısında ciddiye yokluğu sergilemesi veya esprilerle testi başından savma eğiliminde olmasıyla, Ciddiyetten Uzak Yanıt da mesafeyle alakalı bir sorunu yansıtır. Ciddiyetten Uzak Yanıtlar genellikle mizahidir ve sıklıkla gayri resmi bir sohbeta doğru gelişebilir. Ancak söz konusu yorumlar testi bozarsa ve test olma haline uygun değilse puanlanır.

Örnek: (IX) Başka bir vajina görüyorum. Sanırsam ben sex manyağımı. Ooo, bu yazılıyor mu? Uh-oh polise benim hakkımda konuşacaklar.

(IX) Bu testi bugün yapacağımı bilseydim, bu kısma sıkı hazırlanırdım.

3. Muğlaklık: Muğlak yanıt kesin bir anlam taşımaz. Ancak Muğlaklık bazen bilgi eksikliğini maskelemek için kullanılır. Bu durum söz konusu olduğunda, Konfüzyon ve Otistik Düşünce bağlamında kullanıldığında aldığı patolojik ağırlığın aynısına sahip olmayabilir. Muğlaklığın bu iki sebebi arasında ayırım yapmak zor olduğu için, 0.25 seviyesinde kodlanacaktır. Bu yanıtlarda, kişi uygun olmayan bir yanıt vermemeye çalışırken, ki başarılı da olmaktadır, yine de herhangi bir gerçek bilgi vermeyi de başaramamaktadır. Eğer kişi konu dışı bir materyal vermeyi engelleyemez ise daha ciddi bir zorluk ortaya çıkacaktır. Bu durumda Konfüzyon, Enkoherans veya Anlamsızlık gibi daha yüksek seviyede puanlanan durumlar ortaya çıkacaktır. Muğlaklık, uzun ve dolambaçlı konuşmaların yanı sıra, neredeyse belirli hiçbir bilgi taşımayan aşırı kısa, şifreli ifadeleri de içerebilir.

Kişi Rorschach testinde her hangi bir açık detaylandırma yapamamaktadır:

Örnek: İki yandaki şekillerden başka bir şey yok. (Ne verdi bu hissi?) Nasıl bir şekil olduklarını bilmiyorum. Sadece iki yaymaya benziyorlar.

Kişi tam olarak ne gördüğüne dair bir yanıt verememektedir:

Örnek: Derinlik ve maddenin resmine benziyor... Senin göz hizanın olacağı yerde.

Bir çeşit yabancı ve açık olmayan ... tanımı ... net değil... tamamen kafa karıştırıcı... garip bir şekil.

...Hepsi hayvanlar olabilir. Ben-Ben, genel olarak çok fazla, bilemiyorum...

4. Tuhaf Sözel İfadeler ve Yanıtlar: Bu kategoride üç çeşit Tuhaf Yanıt yer almaktadır:

- a. Tuhaf İfadeler
- b. Yapmacık, Uygun Olmayan İfadeler
- c. Kişiyi Özgü Kelime Kullanımı

Tuhaf Sözel İfadeler ilginç, kişiyi özgü, özel terim veya ifadeleri içerirler. Bunların anlamı açık olsa bile ifadenin kendisi alışılmadıktır. Kelimelerin alışılmadık kombinasyonları yabancı ifadelere veya birbirine uymayan tamlayıcı kelimelerin oluşmasına yol açabilir. Değerlendirici genellikle çeşitli test uyaranlarına verilen geleneksel yanıt biçimlerinin bir parçası olmayan yapmacık, zoraki, mantıksız ve alışılmadık ifadeler konusunda tetikte olmalıdır. Yanıtlayan kişinin kültürel ya da etnik durumunun bir parçası olan kimi gösterişli veya yapmacık ifadeler puanlanmaz.

4.a. Tuhaf İfadeler: Cümle parçası içerisinde tekrarlanan veya onunla çelişen sıra dışı kelime kombinasyonları tutarsızlığa veya tuhaf, uygun olmayan veya antropomorfik bir imgeyle sonuçlanır.

Örnek: Tersten yansıma

Kulaklar ileriye bakıyor

Ayı postu ... Her iki tarafa da nasıl yayıldıklarını bilirsiniz.

4.b. Yapmacık, Uygun Olmayan İfadeler: Bunlar uygunsuz şekilde dile getirilen ve kulağa yapmacık, doğallıktan yoksun gelen ifadelerdir.

Örnek: (IV) Bir animasyonun parçası

(VI) Ben, zihnim veya benim dikkatimi ortadaki çizgiye koydum.

(IX) (Zehirli hissini ne verdi?) Birçok deniz anası zehirlidir. Pek çok farklı renk yayarlar. Doğa uyarı için bunu böyle yapmıştır.

(IV) (Hayvan hissini ne verdi?) Kafasının özelliği

(II) Ve bu bir takım akciğer.

(III) ...Hayır. Perspektiften bakmadığınız sürece daha fazlasını artık göremezsiniz.

4.c. Kişiyi Özgü Kelime Kullanımı: Bir kelimenin başka bir kelime yerine kullanıldığı ve ilk kelimenin belki de bir niteleyici olduğu uygunsuz mecazlar, Kişiyi Özgü Kelime Kullanımının örneklerinden biridir.

Örnek: Bir tür takım elbisenin içinde palyaço olmuş.

İnsan olmayan bir forma benziyor, doğal olmayan bir şey, doğa dışı bir şey.

Genellikle birlikte ortaya çıkma eğilimindeki kelimeler veya fikirlerin eşit tutulması ve birbiriyle yer değiştirmesi, Kişiyi Özgü Kelime Kullanımına bir başka örnektir. Bu bağlamda, değerlendirme yapılırken katılımcının eğitim ve sosyokültürel özgeçmişi göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü sosyal olarak alt tabakadaki katılımcılar ve eğitim düzeyi düşük olanlar, vücudun parçalarını olduğu gibi, ülkeleri, şehirleri ve kıtaları da sıklıkla birbirine karıştırırlar. Bu nedenle, kelimelerin bu şekilde birbirine karıştırılması, ancak katılımcı kafa karışıklığı yaşadığına dair bir bulgu gösterdiğinde, doğru kelimeyi bulmakta zorlandığında ya da doğru kelimeyi bilmesi gerektiğinin farkında olduğunda puanlanmalıdır. Dolayısıyla, eğer bir katılımcı anten kelimesi yerine bir seferinde boynuz, bir diğer

seferde anten derse, boynuz lafı Tuhaf olarak puanlanır. Eğer boynuz, katılımcının eğitim ve sosyal sınıf özgeçmişine göre alışlagelmiş bir kelime olarak anten anlamına geliyor ise puanlanmamalıdır. Benzer bir şekilde, katılımcının alt-kültür lehçesinden kaynaklanan kelime değişimlerini puanlamayınız.

"Kelime oyunu" sıklıkla kelimeleri kâfi miktarda değiştirir, böylelikle onlar artık gerçek kelimeler değildirler ama yine de kolayca anlaşılırlar. Değerlendirici, kelimenin anlamının açık olup olmadığı kadar, katılımcının eğitim ve sosyal sınıfını da aklında tutmalıdır. Katılımcılar arasında doğru kelimeyi bilmeyip doğru kelimeye yaklaşan "kelime oyunu" puanlanacak bir yanıt olarak düşünölmeyecektir. Düşük Sosyoköltürel seviyede olan katılımcıların sözel ifadelerinin puanlanmasında, bazen kelimenin költürel olarak kabul gören bir "kelime oyunu"ndan mı yoksa düşüncedeki akıcılıktan mı üretildiğini bilmek imkansızdır. Böyle durumlarda, şüphe katılımcı lehine yarar sağlamalı ve ifade puanlanmamalıdır. Ancak, değerlendiriciyi etkilemek için kullanıldığı açık olan, kulağa gösterişli gelen, Klang Çağrışimli Kişiy Özgü Kelime Kullanımları veya bloke olmanın neden olduğu kişiy özgü kelime kullanımı puanlanmalıdır.

Puanlanabilir Rorschach örnekleri: Ayı postuna benziyor, ... sere serpe yayıldığı için.

İki yüklü fil.

İki tane basılmış fil figürü.

Kendi kararlılığım var. Bu dünyada ihtiyaç duyacağın şey budur.

Onu o şekilde izlenim edindim.

Fetüsler. Sıkıca toplanmış organa benziyor.

5. Kelime-Bulma Güçlüğü: Katılımcının bir kelimeyi ararken biliyormuş gibi görünüp, onu ararken bloke olması durumu Kelime-Bulma Güçlüğü (0.25) olarak puanlanır. Bu bloke olma problemini ilgili kelimeye dair basit bir bilgi

eksikliğinden ayırabilmek önemlidir. Kelime Bulma Güçlüğü'nü değerlendirebilmek için katılımcının bir kelimeyi ararken en az iki yanlış alternatif vermesi (sonrasında doğru kelimeyi bulsa bile) veya o kelimeyi bildiğini ama söyleyemediğini açıkça ifade etmesi gerekmektedir.

Örnek: (Deniz hayvanı hissini ne verdi?)'nın şekline sahip, o hayvanın adını düşünemiyorum, tam bir kopyası. Adını düşünemiyorum ama, ... çok rastlanan.

Eğer katılımcı tarafından doğru kelime aranırken, Tuhaf Yanıt (0.25) verilirse, aşağıdaki örnekteki gibi her ikisi de puanlanmalıdır:

Bir kere daha öbür taraftaki ile aynı resime benziyor, diğerinde olduğu gibi, sadece tersine çevrilmiş yada onu nasıl söylemek istiyorsan. Tersine çevrilmiş diyemem.

Katılımcı kelimeyi bilmiyorsa ve bunu belirtiyorsa bunu puanlamayınız:

Şunları var, onlara ne diyeceğimi bilmiyorum, şuradaki şeyler (gösteriyor).

Uygun kelime bulmakta yaşanan bloke olma durumunda, geçici yetersizlikten fazlasının olması gerekiyor. Eğer katılımcı kelimeyi bulmayı sadece bir kere beceremez ve aradığı kelimeyi hemen bulursa puanlamayınız.

Benziyor, uh, ona ne diyorsunuz, ah evet, anten.

6. Klang Çağrışım: Eğer yanıt, tek bir tane kafiyeleme veya ses yinelenmesinin belirgin bir şekilde kullanımı ile sınırlı ise Klang Çağrışım olarak değerlendirilir. Katılımcının sözel ifadesi kelime(ler)in anlamıyla değil, sesle belirlenir.

Örnek: (IX)...buradaki sis (mist) bir şekilde mistik (mystical) bir dünyada yaşadıkları izlemine veriyor. Şekilleri bile buna benzer bir izlenim veriyor, çünkü burada daha katı şekilleri var ve burada daha sisli (misty) şekilleri, daha ziyade bir çeşit mistik (mystical) efsanevi (mythical) hayvan olduğunu ima ediyor.

(VII) kurbağa (frog) dedim, tomruk (log) demedim[gülüyor]. ... sadece pisibalığı (dab). Deniz pisibalığı (dab), yengeç (crab)...

7. Perseverasyon: Devamlı, bastırılabilen ve kompulsif biçimde tekrar eden bir görüş, uygun olmayan ve keyfi bir şekilde yanıtta ortaya çıkar. Rorschach Testi'nde, eğer yanıt en az üç kere tekrarlandığı halde iyi bir formu yoksa, yani mürekkep lekesi, algılanan şeyle uyumlu değil ise Perseverasyon puanlanır.

Rorschach'nın altıncı kartında bir katılımcı bir uzay gemisi görüyor. Onuncu kartta, yanıtını haklı çıkarmak için zorluyor: Geminin bir parçası, tamamını göremiyorsunuz.

Mürekkep lekesiyle uyumlu 'kelebek' gibi ortak yanıtlar veya hemen hemen her mürekkep lekesine uyan 'yaprak' gibi belirsiz yanıtların tekrarlanması perseverasyon değildir. Puanlayabilmek için yanıt keyfi olmalıdır; katılımcı yanıtını gerekçelendirmekte zorlanabilir veya görüşünü mürekkep lekesine zorla uydurmaya çalışabilir.

Örnek: Sadece vücudun içindeki kökler. ("vücudun içindeki kökler"den üçüncü kez bahsediliyor)

Kürk montlar görmeye devam ediyorum. ("kürk montlar"dan üçüncü kez bahsediliyor)

8. Tutarsız Kombinasyonlar: Tutarsız Kombinasyon, esasen mürekkep lekesinin veya gösterilen şekillerin komşu detaylarının birbirine tek bir uyumsuz algıda birleştirildiği durumlarda puanlanır. Tanımlanan aktivite gerçekçi değil ise ve mürekkep lekesinin yalnızca bir alanını kapsıyor ise, tutarsız kombinasyon olarak puanlanır.

8.a. Bileşik Yanıt: Bileşik bir yanıt, iki ayrı algının parçalarını 'melez' bir varlıkta birleştirir. Algının her iki parçası da doğru olarak algılanır ama uygunsuz bir ögede tutarsız olarak birleştirilir:

Örnek: Üstteki şey bir sebepten, iki çift kolunu yana açmış bir kişi.

Ördek suratlı bir ayı.

Bir kedi ve bir jet arasındaki haça benziyor.

Kuşun üzerinde bir çift boynuz görüyorum.

Ayakkabı giyen bir file benziyor.

Sanatta veya mitolojide gerekçelendirilmiş şekilleri (mesela insan başlı bir at) veya katılımcının, mürekkep lekesinin parçalarının tutarsızlığını fark ettiği, ancak birbirine uymayan parçaları ilişkilendirmeye çalışmadığı, basit tanımlamalarını puanlamayınız:

Örnek: Bunun ne olduğunu bilmiyorum. Sıçana benzeyen bir kafası ve ata benzeyen bir gövdesi var. Ama böyle bir hayvan olmaz.

Bazen Bileşik Yanıt'ı (8a) Tuhaf Sözel İfadeler'den (3c) ayırt etmek zordur. Örneğin, katılımcı "üstünde boynuz olan kelebek" derse, boynuz kelimesi anten yerine konmuş da olabilir (ör., Tuhaf Sözel İfadeler), veya katılımcı gerçekten üstünde boynuz olan bir kelebek görmüş de olabilir (yani Bileşik Yanıt)! Bunun gibi muğlak durumlarda, testi uygulayan kişinin bu ayrımı açıklığa kavuşturması önemlidir.

8.b. Şekle-Renge Dayalı Keyfi Yanıt (FCarb):

FCarb yanıtı, aşırı derecede somut, olası bir kararı içerir, buna göre kart üzerinde algılanan nesne belli bir renktedir, öyleyse gerçekte de o renkte olmalıdır (örneğin, pembe bir kutup ayısı). Mürekkep lekesi, katılımcının gerçek olarak bildiğinden farklı olarak daha gerçektir. Bileşik Yanıtlar lekenin şekil özelliklerini birleştirirken, FCarb Yanıtları şekil ve renk olarak iki modalitenin yoğunlaşmasıdır. Görülen nesne ona atfedilen renkle uyuşmaz. Sorgulama, katılımcının mizah yollu keyfi bir tanımlama yapmayı amaçladığını mı, aklında belirli bir sanatsal veya edebi bir figür olduğunu mu, veya gergin ama gerçekçi bir üslupla mı açıklama getirdiğini

belirleyebilir. FCarb katılımcının, kombinasyonun uygunsuzluğunun farkında olmadığını gösterdiğinde ancak puanlanır.

Örnek: Tam şurada küçük bir kız var. Oda yanıyor, yeşil ateş.

Portakal rengi kalça kemiği. Veya portakal rengi kolları olan ufak bir adam.

İki yengeç, yeşil uzantılı (kısaç)

8.c. Uygun Olmayan Aktivite Yanıtı: Bu yanıt, genellikle insan veya hayvan figürü gibi bir nesneye atfedilen uygunsuz bir aktiviteyi içerir. Ortaya çıkan şekil imkansızsa ve gerçekliği bozuyorsa puanlanmalıdır.

Örnek: Burunları birbirine bağlanmış iki hayvana benziyor.

Böcek ağlıyor. Adam derisini döküyor. Tırtıllar el sıkışıyor.

8.d. Dışsal ve İçsel Yanıt (0.5 seviyesinde puanlanır): Bu yanıt, bir nesnenin hem dış hem iç parçalarının, gerçekçi olmayacak bir biçimde aynı anda görülmesiyle ortaya çıkar.

Örnek: Bu bir kadın, aşağıda da onun yumurtalıkları var.

Ah.. bir çeşit insana benziyor. Biliyor musun? Bu burun delikleri olmalı, ve bu da ağız olmalı. Ve kişi şapka giyiyor. Ve kişinin saçları şunun gibi aşağı doğru. Ve kişinin yakası. Kişinin nefes borusu. Bakalım... hepsi bu.

Dışsal ve İçsel Yanıtlar her ne kadar kavramsal olarak Tutarsız Kombinasyon kategorisine uysalar da (örn. Bir algının iki görünümü birbiriyle tutarsız şekilde birleştirildiğinde), bu alt-kategorinin ağırlık seviyesi 0.25'ten ziyade 0.5 olarak sınıflandırılmaya daha uygundur. Bu sebepten, onu Tutarsız Kombinasyon olarak kategorize etmeyi, ama 0.5 seviyesinde puanlamayı seçtik.

0.50 Seviyesi

0.5 seviyesindeki yanıtların birikmesi, bağların kaybolması, gerçeklikle olan bağın sarsılması, emosyonel aşırı tepki ve belirgin tuhafılık izlenimi yaratır.

9. İlişkinin Sözle İfadesi: Katılımcı daha önce vermiş olduğu bir yanıtı tekrarladığında ya da yeni bir yanıt verdiği halde onu daha önceki bir yanıtla ilişkilendirdiğinde puanlanır. Katılımcı yanıtlar arasında bağlantılar kurmaktadır.

Hasta, bir hikayenin devamıymış gibi her kartı bir önceki ile ilişkilendirmekte, her kart ile hikayeyi biraz daha ileri taşımaktadır.

Örnek: Aynı şey burada da var, ama bir farkla, domuzlar katlediliyor... Şimdi Şeytan hayvanı ve kelebeği yok ediyor.

Burada yine o büyük şey var... Bunu resimlerin bazılarında sıkça buluyorum.

Bir öncekine gönderme var burada, ki bu ilk resimdeki çene.

Parçalara ayrılmış. Bunun bir önceki karttakinin diğer parçası olduğuna inanıyorum (bir önceki kartı göstererek).

10. Kişiyi Özgü Sembolizm: İki tür sembolik Rorschach yanıtı ayırt edilebilir; Biri rengin veya gölgelendirmenin anlamının yorumlanmasını içerirken, diğeri de soyut fikirleri tarif etmek için somut şekillerden yararlanır. Kişiyi Özgü Sembolizm'i iki alt kategoriye ayırdık:

a. Renk Sembolizmi

b. Şekil Sembolizmi

Sembolik yanıtların her zaman düşünce bozukluğu anlamına gelmediği ve klasik biçimlerden ziyade yalnızca kişiyi özgü biçimler aldıklarında puanlanması gerektiğine dikkat etmek önemlidir.

10.a. Renk Sembolizmi. Holt ve Havel (1960) klasik renk sembolizmi

örnekleri vermiştir. Bu sembolizm siyahı kötülük olarak, kırmızıyı öfke olarak, yeşili kıskançlık olarak, maviyi soğukluk olarak, sarıyı sıcaklık olarak içermektedir. Bu tür yanıtlar veya basit renk yanıtları (rengin, cevabın birincil, ikincil veya tek belirleyicisi olarak kullanıldığı durumlarda) sembolizm olarak puanlanmaz.

Örnek: ...ve, tabi ki, portakal rengi cehennemın sembolü. Kırmızı aksiyonu gösteriyor.

Ve bu ölü dünyanın zayıflaması yeni bir dünyanın gelişini gösteriyor ki, bu da oldukça yeşil, yeni dünyanın sembolü.

"Bu bir bitki, çünkü yeşil." Sembolik renk ya da gölgeleme yanıtları, yalnızca yorumlar kişiye özgüyse puanlanır.

10.b. Şekil Sembolizmi. Soyut fikirleri tanımlamak için somut şekillerin kullanımı, eğer böyle bir sembolizm kişiye özgü ve bir gerçeklik havası içerisinde (şakacı bir hayalcilik yerine) verilirse, puanlanır.

Örnek: İki adam davullara vuruyorlar... Siyam ikizleri gibi. Kalpleri aynı anda atıyor. Bu, kalplerinin aynı anda attığının sembolü olabilir.

Buradaki iki obje Şeytanın boynuzları olabilir. Boynuzlar şeytanlığı temsil ediyor olabilir.

Bu resmin birden çok anlamı olabilir. Aşk, barış ve mutluluk anlamında olabilir.

Hayal gücü oldukça yüksek ve Psikotik olmayan kişiler zaman zaman sembolik yanıtlar verebilirler ama bunu yanıtın hayali ve kurgusal doğasının bilincinde olarak yaparlar. Kişiye Özgü Sembolizm yalnızca bu farkındalığın olmadığı ve sembolik anlatımın yerini kesinliğin aldığı durumlarda puanlanır.

11. Garip Yanıtlar: Bizar ifadenin belirli bir türünün sürekliliği ile Garip Yanıtlar ortaya çıkar: Tuhaf 0.25, Garip 0.5, Anlamsız 0.75 ve Neolojizm 1.0. Tuhaf Yanıtlar olağan dışı olduğu halde, sıradan bir konuşmada dikkat çekmeyebilirler,

ama Garip Yanıtlar patolojinin görünür bir halkasını taşırlar, ki bu dezorganizasyonu yansıtır. Garip Yanıtları üç kategoriye sınıflandırdık:

- a. Garip İfadeler
- b. Garip Betimleme
- c. Garip Kelime Yanlış Kullanımı

11. a. Garip İfadeler: Bunlar aşırıya kaçan tuhaf yanıtlardır. Katılımcı garip ifadeyi kesin bir dille ifade eder ama dinleyicinin, ifadenin ne anlama geldiği hakkında çok az bir fikri vardır.

Bir çiçeğin üreme hücrelerinin içe doğru fotoğrafı.

Dışarı bakan kimseler, dışarının seyircileri.

Ayakları birleşik bir şekilde dışarıya gidiyor.

11.b. Garip Betimleme: Kişiyi özgü kelimelerin kullanımının fazlalığı Garip Betimleme olarak kabul edilir; Testi uygulayan kişinin verdiği göreve bilhassa mesafeli ya da alakasız yanıtlardır. Belirsizliği de aşan bir anlam bulanıklığı vardır. Dinleyici ortak söylem alanının dışında, özel bir betimleme dahilinde iletişim kurulduğu hissine kapılır.

Örnek: İdeal bir yangın. (Ne demek istiyorsunuz?) İçinde mavi renk yok. Çok uzun zamandır yanıyormuş gibi görünüyor veya kibritle yakılmamış gibi.

11.c. Garip Yanlış Kelime Kullanımı: Kişiyi Özgü Kelime Kullanımında (4c) tanımlanandan daha ağır ve eğitim eksiliğinden kaynaklıymış gibi görünmeyen yanlış kelime kullanımı (0.50) Garip olarak puanlanır.

Eğitim seviyesi daha düşük katılımcıların gösterişli, tınlayan kelimeler kullanması daha önce tartışılmıştı; böyle pek çok kelime tuhaf olarak puanlanır (0.25). Bununla birlikte, bu kelimelerin bazıları, düşüncede yeterli akıcılık

oluştığında, gösteriştten daha fazlasını içerebilirler; Böylece farklı anlamlara sahip iki ayrı kelime birleşir ve ortaya çıkan kelime net bir anlam taşımaz. Bu tip kelimeler Neolijizm olarak puanlanabilir (1.0), ancak birçoğunun Neolijizm sürecinden ziyade sosyal sınıf ve eğitim düzeyinin sonucu olabileceğine inanıyoruz. Testi uygulayan kişi kelimeleri sorgulamadıkça, kelimenin oluşumunu hangi sürecin belirlediğini bilmek zordur. Bu zorluk yüzünden, bir fikir birliği kuralı koyduk: Bu gibi kelimeleri (0.5) Garip olarak puanlayın, çünkü tuhaftan daha kötü gözüküyorlar, ama muhtemelen Neolijistik de değildirler.

Kişiyeye Özgü Kelime Kullanımı (4c), Garip Kelime Yanlış Kullanımı (11c) ve Neolijizm (23) arasındaki farkları açıklığa kavuşturmak için aşağıdaki pratik yöntemleri hazırladık.

Tuhaf (4c): Bunlar, anlamı oldukça açık olduğu halde hatalı ya da uygunsuz biçimde (ya da hatalı örnek veya sonek eklenmiş olarak) kullanılan gerçek kelimelerdir.

Garip (11c): Bunlar, anlamı açık olmadığı halde hatalı şekilde kullanılan gerçek kelimelerdir ya da anlamı açık olduğu halde gerçek olmayan kelimeler olabilirler (Ya gerçek bir kelimeye çok benziyorlar ya da gerçek kelimelerin açık bir kombinasyonudurlar).

Neolijizm (23): Bunlar, anlamı veya kökeni dinleyici için her zaman açık olmayan, icat edilmiş kelimelerdir.

Garip Kelime Kullanımına örnek: Pestals on a flower (petals [yaprak] ve pistil [dişilik organı] kelimelerinin kombinasyonu).

Yeni kelime türetmeye örnekler: Tarangula (tarantula ve orangutan kelimelerinin kombinasyonu).

Domestic inquility (bu tranquility kelimesinin basit ve tuhaf olarak bozulması olabileceği gibi, kişiyeye özgü anlamı da olabilir).

12. Konfüzyon: Katılımcı ne söylediğinin, ne düşündüğünün ya da ne algıladığının farkında değilmiş gibi görünür. Katılımcının zaman, mekân ya da insanlar hakkında desoryante olduğu zaman da Konfüzyon puanlanır.

Örnek: Bir çeşit böceğe benziyor, bilirsin, suyun altındaki gibi değil, bir çeşit yengeç, evet, suyun altında.

Veya bir ipek böceği kelebeği. İpek böcekleri neye benzer bilirsiniz, arka bahçedeki. Oh, siz benim arka bahçemde yoktunuz.

Birileri tenini kesebilir ve onu açığa çekebilir ve izleyebilir veya bakabilir veya öyle bir şey veya çıkarabilir veya öyle bir şey veya dışarı çıkarabilir yada öyle bir şey veya bir dakikalığına düz dışarı çıkardı.

... Bazı insanlar kibrit içer ve sigara yakarlar.

Bazen bir kelime ya da ifade, düşüncede bir kaymanın sonucuymuş gibi görünür. Eğer kayma tek bir örnekle sınırlıysa, Konfüzyondan ziyade (0.5) Konfüzyona Eğilim (0.25) olarak puanlanır. Eğer katılımcı, testi uygulayanın uyarısına gerek kalmadan kendi kendini düzeltiyorsa puanlamayınız.

13. Çözülme: Çözülme, ciddi bir bilişsel odaklanma eksikliğini temsil eder. Katılımcı, soru ya da algıya ilgisiz, keyfi ya da uzaktan alakalı gibi görünen fikirler ile yanıt verir. Çağrışımlar kişiye özgü tarzda abartılıdır ve konuşmaya odaklanmadan hızla akarlar. İşin odak noktası kaybolur; Katılımcı kimi zaman bir dizi Klang çağrışım da içerebilen serbest çağrışımlar (free-flowing) üretmeye başlar. Eğer katılımcı çözülmeyi, kaba mizahta olduğu gibi tek bir çağrışımla veya tek bir Klang çağrışım ile sınırlarsa, o zaman 0.25 seviyesinde (Mesafe Kaybı, Çözülmeye Eğilim veya Klang Çağrışım) puanlanır. Kısa bir yanıtın, kişiyi Çözülme puanlamasından alıkoymaması gerekse de, kendiliğinden akan, kontrolsüz bir Çözülme daha patolojiktir. Dildeki ve kavramsal aktivitedeki Çözülmeyi ve Akıcılık (0.75) olarak adlandırdığımız algı organizasyonundaki Çözülmeyi birbirinden ayırmaktayız.

Örnek: Çünkü siyah, koyu, karanlık, sevişme.

Saçın için kurdele olabilir, eğer sende varsa. Çoğu insanın pek çok saçı vardır, onlar uzar, dolayısıyla onunla nasıl ilgilenileceğini bilmelilerdir.

(Yengeç hissini ne verdi?) Çünkü ben yengeç burcu olduğumdan belki. Benim işaretim yengeç. Benim burcum. Ve kanser hakkında da çok düşünüyorum. Allah kanserden ölmeyi göstermesin... Dilerdim ki o ben...

İki tane fetüs. Bebeğimi seviyorum. Gerçekten. Yakın zamanda eve gitmek istiyorum ki ona onu sevdiğimi kendim söyleyebileyim. Biliyor musun, bugün dışarı çıkabilir. Ona sinire benzer herhangi bir şey geçirdiğimi düşünüyor musun?

Çözölmeye Eğilim (0.25), katılımcının gevşekliğı sınırlı ve kontrollöyse puanlanır.

Çözölmeye Eğilim'e bir örnek: Bunlar pantolon gibi duruyor. Pantolon kadınlardan ziyade erkeklerde daha iyi yakışır.

14. Uydurma Kombinasyonlar, İmkansız ya da Bizar: Birleşik düşünme, dilde, düşüncede ve algı alanlarında görölebilir. Şekiller, lekelerin özellikleri, nesneler, fikirler ya da nesnelere atfedilen aktiviteler arasında gerçekçi olmayan ilişki çıkarımları yapılır. Tutarsız Kombinasyonlar 0.25 seviyesinde, Uydurma Kombinasyonlar 0.5 seviyesinde, kimi Konfabölasyonlar 0.75 seviyesinde ve Kontaminasyonlar ise 1.0 seviyesinde puanlanır.

Katılımcı birbirine bitişik olan, ayrı ve farklı iki ya da daha fazla algı arasında gerçekçi olmayan ilişkileri zorlarsa Uydurma Kombinasyon olarak puanlanır. Birbirinden farklı algıların form kalitesi iyi olabilir ama aralarındaki boyutsal ilişki sabit bir gerçeklik olarak alınır ve nihai birleşik şekil gerçekte imkansızdır. İmkânsız kombinasyonlar gerçekliğı şu şekilde bozarlar:

- Nesneler ya da mürekkep lekelerinin detayları arasında olanaksız boyut uyuşmazlıkları içerirler;

- Doğada bir arada bulunmayan nesneleri birleştirirler;
- Doğal ve Doğaüstü ilişki çerçevelerini karıştırırlar.

Örnek: Afro tipinde iki karga ve kalpleri beraber atıyor.

Ağzı ve gözleri olan iki patates bir çeşit direğe tırmanmaya çalışıyor.

İki tane hipopotam, bir yapıya tırmanıyorlar ve bebeğin üstüne basıyorlar.

Zaman zaman değerlendirme yapan kişiler, Tutarsız Kombinasyon/Bileşik Yanıt (8a), Uydurma Kombinasyon (14) ve Kontaminasyonu birbirinden ayırmakta zorlanabilirler. Aşağıdaki yönergeler önerilmektedir:

Tutarsız Kombinasyon-Bileşik Yanıt (8a): Bileşik yanıt, mürekkep lekesinin bir bölgesinde melez bir varlık (örn., birbirine uymayan parçaları olan bir yaratık) görüldüğünde puanlanır (örn., palto giyen bir fare).

Uydurma Kombinasyon (14): Mürekkep lekesinin iki ya da daha fazla bölgesi uygunsuz şekilde birleştirilir ya da ilişkilendirilirse Uydurma Kombinasyon puanlanır (örn., deniz atları tarafından tutulan bir adam).

Kontaminasyon (21): İki ya da daha fazla algı, mürekkep lekesinin aynı veya üst üste binen bölgesinde görüldüğünde ve bir birine karıştığında, dolayısıyla her birinin kimliği bozulduğunda Kontaminasyon olarak puanlanır. (örnek an animal plant).

15. Şakacı Konfabülasyon: Katılımcının asıl algısı mürekkep lekesiyle ilişkilidir ama sonra yanıt kartın uyarıcı özelliklerini aşacak şekilde aşırı detaylandırılır. Tam Konfabülasyon'dan farklıdır, çünkü onun kadar habis değildir. Genel olarak, hikâye uydurma eğilimi o kadar aşırıya kaçmamıştır ve daha da önemlisi, yanıtın bir şakacılık veya mizahi özelliği vardır. Katılımcının yanıtla genellikle mizahi unsurlar katarak, algı ve şekillerle oynuyormuş gibi görüldüğü durumlarda, fantastik aktivitenin aşırı detaylandırılması söz konusu olabilir.

Şakacı Konfabülasyon'u, kimi zaman uydurma kombinasyondan (0.5) ayırt etmek zor olabilir, çünkü içinde algının uygunsuz kombinasyonlarını barındırabilir; Yine de Şakacı Konfabülasyon içinde daha fazla hikayesi olan, daha tam olarak detaylandırılmış yanıtlar içerir.

Örnek: (IX) Bir cadı süpürgenin üstünde. Ve elektrikli bir süpürgeye benziyor veya bir şey... gazla çalışan, çünkü dumandan bir bulutu var.

16. Dağılma: Dağılma, bilginin uygun şekilde organize ve entegre edilememesi ile karakterize edilir. İki tür dağılma puanlanır:

16.a. Katılımcının, algının birbirinden farklı görünümlerini spontan bir şekilde uygun tek bir yanıtta sözel olarak ifade edemediğinde Dağılma puanlanır. Buna ek olarak, katılımcının algılar ya da mürekkep lekesi alanları arasındaki ilişkiyi ima ettiği, ancak bu ilişkiyi açık olmayan, değişken ve tutarsız bir şekilde dile getirdiği zamanlar da olur.

Örnek: Maskeli balo kostümü. Ç a ç a. Elleri çırp. Hadi dans edelim. (Ne verdi bu hissi?) Kısmen renk... kısmen şekli... bu bir dans. Ve... ve topallayarak yürüyorsun... topallayarak (topallayarak burada garip olarak puanlanıyor)... ellerini çırp... beraber... partnerinle.

Onlar... davranıyorlar... sadece arkadaş gibi davranıyorlar, çocuklar. (Ne verdi bu hissi?) Ayakları. İki tane ayak olmalı. Birbirlerine yaklaştıklarında... çünkü eğlenceli görünüyorlar.

...parçalarının yakınlığı yüzünden. Benziyor...kırkayağa. (Ne verdi bu hissi?) O tam orada bir araya getirmiş. İki farklı parçalar. Bu parça... ve bu parça.

16.b. Büyük bir algının bir kısmını veya aslında büyük olan nesneyi sözel olarak ifade etmek istediği anlaşıldığı halde, katılımcının daha büyük bir algıyı dikkate almadan ayrı bir yanıtı sözel olarak ifade ettiğinde Dağılma puanlanır.

Örnek: Çok bir şey göremiyorum. Karanlık olduğunu görüyorum... Bir

kulpa benziyor. Resimden çıkarabildiğim bir tek bu. (Ne verdi bu hissi?) Yani, kulpa benziyor...söyleyebileceğim tek şey bu... Yani, bilmiyorum... sadece benziyor...

Bu küçük şeyler... bıyığa benziyor. Ne olabileceğini bilmiyorum. Kesinlikle kanata benzemiyorlar. Ama hala bu bir beden. Onlar kanat olmalı. (Ne verdi bu hissi?) Kanata benzetemedim ama başka ne olabileceğini de söyleyemiyorum. Yani, kelebekten gördüğüm ... beden...ve büyük uçan kanatlar.

0.75 Seviyesi

0.75 seviyesinde puanlanan yanıtlar klinisyenlerin psikotik bozulma ile ilişkilendirdiği açık düşünce bozukluğunu gösterir. Düşünme ve algılamadaki instabilite, anlamsızlık ve kontrolsüz birleşik tasavvur karakteristik özelliklerdendir.

17. Akıcılık: Akıcılıkta kanı, katılımcının dünyayı son derece instabil bir şekilde algıladığıdır. İlk durumda algılanan şey, bir sonraki durumda farklı bir şekilde görülebilir. Nesnenin sabitliği kaybolmuştur: algılanan şeyler uzun süre orada olamamaktadır. **Akıcılık**, aşağıdaki durumlarda puanlanır:

- Katılımcı bir algının bir diğerine dönüştüğünü belirtirse.
- Katılımcı algıya dair açık bir benzerlik belirlemeyi yapamaz, testi uygulayan kişi tanımlanan şeyle ilgili emin olamazsa.
- Katılımcı daha önce tanımladığı algıyı hatırlamaz veya yerini bulmayı başaramazsa. (Algı kişi için o kadar instabildir ki, tekrar bulunamamaktadır.)

Örnek: İki insan... bir dakika bu gözleri gibi göründü ve sonra da bu bütün bedenleri bağlanıyor gibi görünüyor. Bu bir şeyin resmine benziyor... hmm. Oo, İlk başta bir şeyin resmine benzedi ama daha sonra onu kaybettim, öyle ki artık ona benzemiyor.

Roketin başı veya başı... ayının veya kuşun, ama... bu... buna... üstü aşağıda devam etmiyor. Bir şey başka bir şeye dönüşüyormuş gibi gözüküyor.

Katılımcı iki algı arasında tereddüt ederse, biri ya da diğerine karar veremezse; bu durumda mutlak bir Akıcılık kanıtlanmış olur, ancak önceki örneklerde olduğu gibi açık değilse (0.5) Akıcılık'a eğilim puanlanır. Akıcılık olarak puanlamak için önemli olan katılımcının bir algının, hızlıca bir önceki farklı algının peşinden gitmekten ziyade, başka bir algıya dönüştüğünü açıkça belirtmesidir.

Örnek: İki tane kaniş ve iki tane leydi aynı yerde. Ama bunlar kaniş mi yoksa leydi mi söyleyemiyorum.

İlk baktığımda uzaklara uçan bir yarasaya benzettim, sonra tekrar baktım, bana doğru uçan bir yarasaya benzettim.

Farklılaştırılmış belirgin alternatif yanıtlar verildiğinde puanlama yapılmaz.

Örnek: Bir kuş veya böcek olabilir.

18. Anlamsız Yanıtlar: Eğer testi uygulayan ya da değerlendiren kişi yanıtın kaynağı hakkında hiçbir form oluşturamazsa, (0.75) Anlamsız Yanıt olarak puanlanır. Yanıt, katılımcının içsel olaylarıyla alakalı olarak bir anlam içerebilir, ancak sorulan soru ya da verilen görevle ilişkili olarak bir anlamı yoktur. Bu nedenle neredeyse tamamen keyfi bir yanıttır.

Anlamsız Yanıtlar, mürekkep lekesinin kendisine nesnel bir dayanağın olmadığı durumlardan birisidir. Bu yüzden değerlendirici Anlamsız Yanıtlar, Perseverasyon ve Muğlak Algılar arasında ayırım yapmalıdır.

Örnek: Bir örümcek (Başka bir şey görüyor musunuz?) Hayır. (Örümcek hissini ne verdi?). Bacakları (Örümceğe benzemesini sağlayan başka bir şey var mı?) Burun.

Benziyor... bilemiyorum. Tayland'ın parçaları haricinde pek bir şey göremiyorum... şekiller. Her türünden...

Bu buradan dışarı uzanıyor. Hatırla onu, ah, tedavi orada. Bizim tedavimiz, o adlandırılır...

Bunun ne olduğunu bilmiyorum. (Neden birkaç dakika daha bakmıyorsun?)
Söyleyebileceğim tek şey belkemiği, kuyruğu ben hiç kuyruk görmedim. Kendi anatomim dışında bir şey görmedim, ki diğer anatomilerden farklıdır. Ben öyle düşünüyorum.

Bu beyaz boşluk... beşgenin bir parçasına benziyor.

19. Konfabülasyon: Katılımcının asıl algısı mürekkep lekesi veya test materyali ile ilişkilidir ve orada duruyor olabilseydi, her şey yolunda olacaktı. Onun yerine, katılımcı mürekkep lekesinin veya materyalin geri kalanının ilk yanıtla ilişkili olduğunu ve asıl algıya uymak ve ona ait olmak zorunda olduğunu ifade eder.

Konfabülasyon, mürekkep lekesi veya kartla olan aşırı mesafeden kaynaklanır. İki çeşit Konfabülasyon vardır:

a. Mürekkep lekesinin alanlarının küçükten büyüğe doğru aşırı genellenmesi,

b. Bir algı ya da sorunun aşırı ilişkilendirilerek detaylandırılması ve yorumlanması.

19.a. Bir alandaki detayların daha geniş bir alanda genellenmesi:

Katılımcı mürekkep lekesinin üzerindeki küçük bir alana yanıt verir ve o alandan yola çıkarak daha büyük bir alan için, büyük alanın şeklini bozacak bir şekilde aşırı genellemede bulunur.

Örnek: Oyuncu, basketbol oyuncusu. (Basketbol oyuncusu hissini ne verdi?)
Top burada, basketbol oyuncusu nerede tam belli değil, ama topu görebiliyorum, oyuncu orada bir yerlerde olmalı.

19.b. Aşırı Detaylandırma: Aşırı Detaylandırma, yorumu otistik bir biçimde, gerçekliğin sınırlarının ötesine genişleten, düşünsel bir hikâye uydurma eğiliminden kaynaklanır.

Örnek: Ampul - sanırım insan yapısı. Ve pembe, şurada aşağıda ve ampule enerji veriyor. Ve ampul ve pembenin verdiği buhar, semaver, çünkü yeşil ve turuncuya, ah, orada olmak için. Bu... bu... kendi enerjisine sahip, ama elektrik lambasının içine çıkan pembe daha fazla enerji verdi.

Şimdi bir çeşit kötü bir büyücünün iki şeyi yukarı kaldırdığını görüyorum. Ve sanırım onların büyük güçleri var. Korkunç, yele gibi saçları var...

20. Otistik Mantık: Otistik Mantığı puanlamak için ifadede belirgin bir şekilde hatalı düşünme veya hatalı muhakeme olması gerekir. Bu durum, kişinin bir yanıtı “çünkü” ifadesiyle gerekçelendirmeye çalışması sırasında meydana gelebilir, fakat ardından gelenler, mantık dışı görünürler veya genel kabul gören mantık silsilesinden ziyade, kişiye özel otistik bir muhakeme üzerine temellenirler.

Bazen mürekkep lekesinin ayrıntılarına iyi uyuyormuş gibi görünen bir yanıt, sorgulama sırasında otistik olarak açıklanabilir. Bu yanıtın, kişiye özgü olan muhakemeden kaynaklı mı, yoksa kişinin formun bilincinde olduğu, ancak bu bilinci sözel olarak ifade edemediği için mi üretildiğinden emin olmak zordur. Veya açıklamada kullanılan dilin kendisi öyle tuhaftır ki, testi değerlendiren kişi katılımcının bu algıya nasıl vardığından emin olamaz. Bu gibi durumlarda Otistik Mantığa Eğilim (0.5) puanlanır.

Örnek: (Taş hissini ne verdi?) Sert, çekiç vurulmamış bir yüzeye benziyor (Tuhaf). Taşa benziyordu. İnsana benzemiyordu.

(Genellikle ağaç olarak ifade edilen IV numaralı kartın detayı için verilen yanıt) Dev bir ağaç, ölü bir ağaç, ölü bir ağaç, yaprakları dökülüyor. (Bu hissi ne verdi?) ... Ölü bir şeye benziyordu. Dolayısıyla senin üzerine yükselen ve benim için ölü bir şey bunu takip eden de ölü bir ağaç olmalı.

1.0 Seviyesi

1.0 (en çok bozulmuş olan) seviyesinde gerçeklik ile bağlantı tamamen kopmuş olarak görülmektedir.

21. Kontaminasyon: Rorschach Testi'ndeki Kontaminasyon yanıtında, farklı ve birbiriyle uyuşmayan iki algı bir tane algıda birleştirilir. Bu, hiçbir algının kendi orijinal kimliğini koruyamadığı kontaminasyon aktivitesinin en uç noktasıdır. Genellikle mürekkep lekesinin aynı bölgesinde bulunan, birbirinin üstüne binmiş iki algı, tek bir algıda birleşir.

Örnekler: Dünyayı bir arada tutan bir kelebek. (Bu hissi ne verdi?) Çünkü her iki yanda da bir haritanın şablonlarını görüyorum.

Bu bir Hint tanrısı... merada atlıyor. Joe Smith uyuşturucu merası. (Joe Smith uyuşturucu merası nedir?) Burada geceleri çalışır ve ilaçları her dağıtışında gözlerinin önünde İrlanda meralarındaki gibi yeşil görürüm.

Bu kesinlikle bir insan... bir insan kelebek. İnsan yüzü olan bir kelebek... karanlık bir bulut olabilir, karanlık çünkü hepsini içine çekiyor... ah...karanlık partikülleri.

İnsan kelebek...buluta benzeyen insan kelebek olabilir.

22. Enkoherans (Sözcük Salatısı): Enkoherans bir yanıt yalnızca görevle ilişkisiz değildir, aynı zamanda testi uygulayan ya da puanlayan için de herhangi bir bağlamda anlaşılması tamamen imkansızdır.

Örnekler: (Ördek hissini ne verdi?) Onların düzensizliği. Birlikte takip ederler, birbirlerini takip ediyorlar. İkisi parmak ucunda beraber gidiyor, bir diğeri ile buluşuyor. Arkada krika ile yükseltilmişler, omurilik kırılıyormuş gibi.

Hepsi önde. Hepsi sadece elle çizilmiş. Sadece elle çizmek. Sadece elle çizmeyi hatırladın mı? Ara sıra sadece elle çizmek zorundaydık. Dolayısıyla ben bunu yaptım taki geri kalanı için burada sonlanana kadar. Huysuzlanırsın. Ve zarafetle yaşlanmaktan fazlasıdır. Güçlü insanlar için.

(Kaslar hissini ne verdi?) Saçlara benziyordu. (Ne?) Saçlar (Ne?) Saçlar. Omuzlar. (Tüylere benzediğini mi söylediniz?) Evet. (Saç hissini ne verdi?) Hayır,

Saç deęil. Benziyordu, bir çeřit... dűőünebildiklerimin hepsi bu.

23. Neolojizm: Neolojizm belki sűzel yoęunlařmanın sonucu olarak, belki de kiřiye uez olan dilden ortaya çıkan, icat edilmiř kelimelerdir. Neolojizm bazen iki kelimenin birleřtirilerek, bu kombinasyon sonucunda yeni bir uezűncű kelimenin oluřturulduęu, ama hala bařtaki iki kelimenin de anlamlarını tařıdıęı sűzel Kontaminasyon'a benzer. Kiři ortaya çıkan kelimenin sıra dıřılıęının farkında deęildir. Onun için bir anlamı varmıř gibi gűrűnmektedir. Ancak, icat edilen kelime birbiriyle çeliřen iki anlam tařıdıęı ya da anlařılamaz olduęu için dinleyicinin kafası karıřabilir.

űrnekler: Bu tavro veya neoglyphics.

Bir firmabone a benziyor. (Firmabone?) Evet doğru, bir firmabone