

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

BİPOLAR BOZUKLUKTA EŞLİK EDEN
PSİKOZ YÜKSEK RİSK SENDROMUNUN
BİLİŞSEL FONKSİYONLAR VE
İŞLEVSELLİKLE İLİŞKİSİ

Dr. Simge UZMAN ÖZBEK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR
ARALIK 2023

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

BİPOLAR BOZUKLUKTA EŞLİK EDEN
PSİKOZ YÜKSEK RİSK SENDROMUNUN
BİLİŞSEL FONKSİYONLAR VE
İŞLEVSELLİKLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Simge UZMAN ÖZBEK
Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. İbrahim Emre
BORA

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez yapma sürecimin başından sonuna desteğini esirgemeyen, kıymetli zamanını ve bilgilerini benimle paylaşan, pek çok konuda ufkumu genişleten saygıdeğer tez danışman hocam Prof. Dr. İbrahim Emre BORA'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan, yol gösteren, öğrencileri olmaktan mutluluk duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Can CİMİLLİ, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE, Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. Beyazıt YEMEZ, Prof. Dr. Behice Elif ONUR AYSEVENER'e, Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ'a, Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ'ye ve Uzm. Dr. Bilge TARGITAY ÖZTÜRK'e,

Samimiyetini her zaman hissettiğim, hayata bakışını ve hekim kimliğini örnek aldığım kıymetli hocam Doç. Dr. Tolga BİNBAY'a,

Çocuk Psikiyatrisi rotasyonumda ve tez sürecimde değerli bilgilerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Neslihan İNAL'a,

Başta tez sürecimde bana yardımcı olan sevgili psikolog arkadaşlarım Burcu VERİM, Aybüke KÜÇÜKAKDAĞ, Ezgi CESİM olmak üzere sorularıyla zaman zaman bunalttığım, birlikte keyifle çalıştığım, çalışmamda emekleri olan Klinik Sinirbilim Bölümü'nde çalışan iş arkadaşlarıma,

Tez sürecimde beni hem manevi açıdan destekleyen hem bilgi ve deneyimlerini paylaşan sevgili Berna YALINÇETİN BORA'ya,

Her birini çok sevdiğim, yollarımızın kesişmesinden mutluluk duyduğum, güzel bir çalışma ortamımızın olmasını sağlayan canım asistan arkadaşlarıma, birlikte keyifle çalıştığım hemşirelerimiz, sekreterlerimiz, psikologlarımız ve personellerimize,

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez sürecimde desteğini, sevgisini her zaman hissettiğim, birlikte öğrenmekten, çalışmaktan, üretmekten ve eğlenmekten keyif aldığım sevgili arkadaşım Ekin SÜT'e,

Desteklerini her zaman hissettiğim, çocukları olmaktan mutluluk duyduğum, tez yazma sürecimde benden daha fazla uykusuz kalan sevgili annem Hamiyet UZMAN'a ve canım babam Müfit UZMAN'a, bu süreçte bana destek olan kıymetli ailem Kerime ÖZBEK ve Erol ÖZBEK'e,

Her zaman yanımda olduğunu bildiğim, sevgisini ve desteğini hissettiğim, tez sürecimi katlanılabilir kılan biricik eşim Rıza Berker ÖZBEK'e ve zorlandığım zamanlarda bana moral olan minik oğlum sevgili Can ÖZBEK'e,

Sonsuz sevgi ve saygı ile teşekkür ederim.

Dr. Simge UZMAN ÖZBEK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xvii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı, Önemi ve Araştırmanın Amacı.....	1
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Bipolar Bozukluk.....	6
2.2. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Spektrumu.....	6
2.3. Psikoz Yüksek Risk Sendromu.....	8
2.4. Negatif Belirtiler	9
2.5. Yapısal Düşünce Bozukluğu	10
2.6. Şizotipi.....	12
2.7. Biliş	14
2.7.1. Nörobiliş.....	14
2.7.2. Sosyal Biliş.....	15
2.8. İşlevsellik.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	18
3.3. Araştırmanın Çalışma Grupları	18
3.3.1. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu Grubu.....	19
3.3.2. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu Bulunmayan Grup	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	20

3.4.1. Bağımlı Değişkenler	20
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	20
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Olgü Veri Kayıt Formu	20
3.5.2. DSM-IV İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme	20
3.5.3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	20
3.5.4. Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği	21
3.5.5. Şizotipal Kişilik Ölçeği	21
3.5.6. Psikoz Risk Sendromları İçin Yapılandırılmış Görüşme	21
3.5.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	22
3.5.8. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği	22
3.5.9. Düşünce ve Dil Ölçeği	22
3.5.10. Belirti ve Tarihçenin Kapsamlı Değerlendirmesi ..	23
3.5.11. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	23
3.5.12. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	23
3.5.13. Boyutsal Apati Ölçeği	23
3.5.14. Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği	23
3.5.15. Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği	24
3.5.16. Sidney Melankoli Prototipi İndeksi	24
3.5.17. Nöropsikolojik Değerlendirme	24
3.5.17.1. Wisconsin Kart Eşleme Testi	24
3.5.17.2. Boncuk Görevi	24
3.5.17.3. Ödül için Efor Sarf Etme Testi	25
3.5.17.4. Psikiyatride Bilişsel Bozukluk Tarama Testi	25
3.5.18. DEU SCAN LAB Sosyal Biliş Bataryası	25
3.5.18.1. Yüzden Emosyon Tanıma	25
3.5.18.2. Zihin Kuramı	25
3.5.18.3. Sosyal Algı	26
3.5.18.4. Sosyal Bilgi	26
3.5.18.5. Atıf Stili	27

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.8. Etik Kurul Onayı.....	28
3.9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Çalışma Gruplarının Belirlenmesi.....	29
4.2. Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri	30
4.2.1. Yaş	30
4.2.2. Cinsiyet	31
4.2.3. Eğitim, Ebeveyn Eğitimi	31
4.2.4. Öğrenim ve Çalışma Hayatına Katılım	33
4.3. Çalışma Gruplarının Klinik Özellikleri.....	34
4.3.1. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	34
4.3.2. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	35
4.3.3. Soygeçmiş Özellikleri.....	37
4.3.4. Hastalık Seyrinde Klinik Özellikler	38
4.3.5. Gelişimsel Öykü.....	43
4.3.6. Psikiyatrik İlaç Tedavisi Kullanımı	45
4.3.7. İçgörü	47
4.4. Klinik Ölçek Bulguları.....	48
4.4.1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	48
4.4.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	48
4.4.3. Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği	49
4.4.4. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	50
4.4.5. Psikoz Risk Sendromları İçin Yapılandırılmış Görüşme	50
4.5. Öz Değerlendirme Ölçek Bulguları	51
4.5.1. Şizotipal Kişilik Ölçeği	51
4.5.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	52
4.5.3. Boyutsal Apati Ölçeği	53
4.6. Düşünce ve Dil Ölçeği Değerlendirme Bulguları.....	54
4.7. Nörobilişsel Değerlendirme Bulguları.....	55

4.7.1. Zeka Testleri	55
4.7.2. Psikiyatride Bilişsel Bozukluk Tarama Testi	56
4.7.3. Wisconsin Kart Eşleme Testi	56
4.7.4. Ödül İçin Efor Sarf Etme Testi.....	57
4.7.5. Boncuk Görevi	58
4.8. Sosyal Bilişsel Değerlendirme Bulguları.....	59
4.8.1. Yüzden Duygu Tanıma.....	59
4.8.2. Zihin Kuramı	61
4.8.2.1. İma Testi	61
4.8.2.2. Gözlerden Zihin Okuma Testi	63
4.8.3. Atıf Stili.....	63
4.8.4. Sosyal Algı	66
4.8.4.1. Sözel Olmayan Duyarlılık Profili	66
4.8.4.2. Yüz İfadelerinin Güvenilirliği Testi.....	66
4.8.5. Sosyal Bilgi	67
4.8.5.1. Durumsal Özellikleri Tarama Testi.....	67
4.8.5.2. Sosyal Norm Anketi.....	69
4.9. Çalışma Gruplarının İşlevselliğinin Değerlendirilmesi.....	69
4.9.1. Hastalık Öncesi İşlevselliğin Değerlendirilmesi	69
4.9.2. Şimdiki İşlevselliğin Değerlendirilmesi	71
4.10. Korelasyon Analizleri	73
4.10.1. Negatif Belirtiler İçin Korelasyon Analizleri.....	73
4.10.2. Psikoz Risk Sendromları İçin Yapılandırılmış Görüşmedeki Pozitif Belirtiler İçin Korelasyon Analizleri	76
4.10.3. Düşünce Bozukluğu İçin Korelasyon Analizleri	80
4.10.4. Öz Değerlendirme Ölçekleri İçin Korelasyon Analizleri.....	84
5. TARTIŞMA	86
5.1. Sosyodemografik Özellikler	87
5.2. Klinik Özellikler	88

5.3. Klinik Ölçekler.....	94
5.4. Öz Değerlendirme Ölçek Bulguları	96
5.5. Düşünce Dil Ölçeği	98
5.6. Nörobilişsel Değerlendirme.....	99
5.7. Sosyal Bilişsel Değerlendirme.....	100
5.8. İşlevsellik.....	101
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	104
7.KAYNAKLAR.....	106
EK-1 Veri Kayıt Formu	130
EK-2 Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği.....	133
EK-3 Kısa Negatif Semptom Ölçeği.....	135
EK-4 Şizotipal Kişilik Ölçeği.....	136
EK-5 Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme	139
EK-6 Barratt Dürtüsellik Ölçeği	141
EK-7 Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği.....	142
EK-8 Belirti ve Tarihçenin Kapsamlı Değerlendirmesi.....	144
EK-9 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	147
EK-10 Young Mani Derecelendirme Ölçeği	150
EK-11 Boyutsal Apati Ölçeği	153
EK-12 Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği.....	155
EK-13 Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği	156
EK-14 Sidney Melankoli Prototipi İndeksi.....	157
EK-15 Psikiyatride Bilişsel Bozukluk Tarama Testi.....	158
EK-16 Etik Kurul Onayı.....	161
EK-17 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	164

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Sosyodemografik Veriler – Yaş, Cinsiyet, Eğitim	32
Tablo 2: Sosyodemografik Veriler – Medeni Durum	33
Tablo 3: Sosyodemografik Veriler – Öğrenim ve Çalışma Hayatına Katılım	34
Tablo 4: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	35
Tablo 5: Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	36
Tablo 6: Soygeçmiş Özellikleri	37
Tablo 7: Bipolar Bozukluk Tanı Yaşı, Manik ve Depresif Belirtilerin Başlangıç Yaşı, Atak Sayısı	39
Tablo 8: Mani Dönemi Özellikleri – 1	40
Tablo 9: Mani Dönemi Özellikleri – 2	40
Tablo 10: Mani Dönemi Özellikleri – 3	41
Tablo 11: Depresif Dönem Özellikleri – 1	42
Tablo 12: Depresif Dönem Özellikleri – 2	43
Tablo 13: Depresif Dönem Özellikleri – 3	43
Tablo 14: Gelişimsel Özellikler	44
Tablo 15: İlaç Kullanım Durumları	46
Tablo 16: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği	47
Tablo 17: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....	48
Tablo 18: Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği.....	49
Tablo 19: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	50
Tablo 20: Psikoz Risk Sendromları İçin Yapılandırılmış Görüşme/Pozitif Semptomlar	51
Tablo 21: Şizotipal Kişilik Ölçeği.....	52
Tablo 22: Barratt Dürtüsellik Ölçeği	53
Tablo 23: Boyutsal Apati Ölçeği	54
Tablo 24: Düşünce ve Dil Ölçeği	55
Tablo 25: Zeka-WAIS Genel Bilgi Alt Testi.....	55

Tablo 26: Bilişsel Bozukluk Tarama Testi	56
Tablo 27: Wisconsin Kart Eşleme Testi.....	57
Tablo 28: Ödül İçin Efor Sarf Etme Testi	58
Tablo 29: Boncuk Görevi	59
Tablo 30: Penn Duygu Tanıma Testi.....	60
Tablo 31: İma Testi	62
Tablo 32: Gözlerden Zihin Okuma Testi.....	63
Tablo 33: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği	64
Tablo 34: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili	66
Tablo 35: Yüz İfadesinin Güvenilirliği Testi.....	67
Tablo 36: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi	68
Tablo 37: Sosyal Norm Anketi	69
Tablo 38: Hastalık Öncesi İşlevsellik.....	71
Tablo 39: Şimdiki İşlevsellik.....	72
Tablo 40: İma Testi Puanları ile Negatif Belirtiler Arasındaki Korelasyon	74
Tablo 41: IPSAQ Puanları ile Negatif Belirtiler Arasındaki Korelasyon .	74
Tablo 42: RMET Puanları ile Negatif Belirtiler Arasındaki Korelasyon .	74
Tablo 43: PONS Puanları ile Negatif Belirtiler Arasındaki Korelasyon ...	75
Tablo 44: PAS Puanları ile Negatif Belirtiler Arasındaki Korelasyon	75
Tablo 45: PSP Puanları ile Negatif Belirtiler Arasındaki Korelasyon.....	76
Tablo 46: İma Testi Puanları ile Pozitif Belirtiler Arasındaki Korelasyon	77
Tablo 47: IPSAQ Puanları ile Pozitif Belirtiler Arasındaki Korelasyon...	78
Tablo 48: RMET Puanları ile Pozitif Belirtiler Arasındaki Korelasyon ...	78
Tablo 49: PAS Puanları ile Pozitif Belirtiler Arasındaki Korelasyon	79
Tablo 50: PSP Puanları ile Pozitif Belirtiler Arasındaki Korelasyon	79
Tablo 51: İma Testi Puanları ile DDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon ..	81
Tablo 52: IPSAQ Puanları ile DDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon	81
Tablo 53: RMET Puanları ile DDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon.....	82
Tablo 54: PONS Puanları ile DDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon	82

Tablo 55: Yüz İfadesinin Güvenilirliği Testi Skorları ile DDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon	82
Tablo 56: Sosyal Norm Anketi Puanları ile DDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon	82
Tablo 57: PAS Puanları ile DDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon	83
Tablo 58: PSP Puanları ile DDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon	83
Tablo 59: ŞKÖ Puanları ile PAS Skorları Arasındaki Korelasyon	84
Tablo 60: ŞKÖ Puanları ile PSP Skorları Arasındaki Korelasyon	84
Tablo 61: HDDÖ Puanları ile BAÖ Skorları Arasındaki Korelasyon	85
Tablo 62: HDDÖ Puanlar ile BAÖ Skorları Arasındaki Gruplara Göre Korelasyon	85

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHİÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği

APS: Hafif Psikoz-Risk Sendromu (Attenuated Psychosis Symptoms Syndrome)

ARMS: Risk Altındaki Zihinsel Durumlar (At risk mental state)

BAÖ: Boyutsal Apati Ölçeği

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

BLIPS: Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Sendromu (Brief Intermittent Psychotic Symptom Syndrome)

CASH: Belirti ve Tarihçenin Kapsamlı Değerlendirilmesi (Comprehensive Assessment of Symptoms and History)

DDÖ: Düşünce ve Dil Ölçeği

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

EEFRT: Ödül İçin Efor Sarf Etme Testi (Effort Expenditure for Reward Task)

GRIAS: Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz-Risk Sendromu

IPSAQ: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği (Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire)

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (The International Classification of Diseases)

KNBÖ (BNSS): Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (Brief Negative Symptom Scale)

PAS: Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği (Premorbid Adjustment Scale)

PBDÖ (SAPS): Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)

PONS: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (Profile of Nonverbal Sensitivity)

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale)

RMET: Gözlerden Zihin Okuma Testi (Reading the Mind in the Eyes Test)

SCID: DSM- IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV)

SCIP: Psikiyatride Bilişsel Bozukluk Tarama Testi (The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry)

SFRT: Durumsal Özellikleri Tanıma Testiyle (Situational Feature Recognition Test)

SIPS: Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme *structured interview for prodromal syndromes*)

ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği

WAIS: Yetişkinler için Zeka Testi (The Wechsler Adult Intelligence Scale)

WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

BİPOLAR BOZUKLUKTA EŞLİK EDEN PSİKOZ YÜKSEK RİSK SENDROMUNUN BİLİŞSEL FONKSİYONLAR VE İŞLEVSELLİKLE İLİŞKİSİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Simge UZMAN ÖZBEK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İbrahim Emre BORA

ÖZET

Amaç: İşlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen şizo-bipolar spektrumdaki bozukluklar prodromal dönemde ve ilk atakta benzer klinik görünümlemler ile karşımıza çıkmaktadırlar. Paylaşılan ortak biyolojik temel, genetik göstereleler, beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları ve nörogelişimsel hipotez göz önüne alındığında bu hastalıklar arasında önemli ölçüde örtüşmeler vardır. Dolayısıyla hastalıkların erken dönemlerinde doğru tanı koymak konusunda zorluklar bulunmaktadır. Oysa bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluk ve şizofreni gibi genç erişkinlik ve ergenlik dönemlerinde başlayıp belirgin yeti yitimine yol açabilen ciddi psikiyatrik hastalıklara mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan gençlik yıllarında doğru tanı koyabilmek erken müdahale için önemli bir aşamadır. Tipik şizofreni ya da bipolar bozukluk tanıları konan olguların bile seyirde tanılarının yüzde 10-15 oranında değiştiği gözlenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı konan bireyler ilerleyen dönemde psikotik bozukluğa dönüşebilmektedirler. Bu iki hastalık grubu birbirileri ile klinik ve bilişsel açıdan önemli ölçüde örtüşme göstermekle birlikte kendi içlerinde klinik seyir, psikososyal işlevsellik ve kognisyon açısından belirgin bir heterojenite mevcuttur. Bipolar bozuklukta epizod dönemlerindeki psikotik belirtiler çalışılmış olsa da ataklar

arasında süren silik pozitif ve negatif belirtiler ve şizotipal özellikler yeterince araştırılmamıştır. Klinik izlemdeki tanısız instabilite ve bipolar bozukluk içerisindeki heterojenite göz önünde bulundurulduğunda hastalığın erken dönemlerindeki ötimik bipolar bozukluk hastalarında bulunan psikoz yüksek risk sendromu, şizotipi, düşünce bozukluğu ve negatif belirtilerin ilerleyen dönemde psikotik bozukluk veya şizoafektif bozukluğa dönüşü veya işlevsellik kaybını yordayabileceği düşünülmektedir. Bipolar bozukluk içerisinde şizofreni benzeri kesitsel özelliklerle ilişkili olacağını düşündüğümüz bu alt grubun tanımlanması önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ olarak tanımladığımız psikoz yüksek risk sendromu, negatif belirtiler, pozitif düşünce bozukluğu ve şizotipal özellikler şeklinde 4 alt maddeyi içeren bipolar bozukluk alt grubunun nörobilişsel ve sosyal bilişsel fonksiyonları psikososyal işlevselliğini incelemek ve bu sendromun mevcut olmadığı diğer bipolar bozukluk hasta grubu ile karşılaştırmaktır. Bu ana değişkenler haricinde ek olarak dürtüsellik, içgörü, premorbid işlevsellik, apati ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu da değerlendirilmiştir.

Yöntem: Çalışmamıza bipolar bozukluk tanısı son 10 yıl içerisinde konulmuş olan 77 kişi dahil edildi. İlk aşamada katılımcılara araştırmacı tarafından Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme (SIPS), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ), Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (KNBÖ) uygulandı ve Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ) verildi. Bu görüşme ve ölçeğin sonuçlarına göre katılımcıların araştırma grupları belirlendi. Bipolar bozukluk atak dönemleri dışında Prodromal Belirtiler için Yapılandırılmış Görüşmeye (SIPS) göre ‘‘Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Sendromu (BLIPS)’, ‘Hafif Psikoz-Risk Sendromu APS), ‘Genetik Risk ve İşlevsellikte azalma Psikoz-Risk sendromu (GRİAS)’’ kriterlerini son 3 yıl içinde karşılayanlar, Bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında ‘Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ) puanı 42 ve üzerinde olanlar, bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Kısa Negatif Belirtiler Ölçeğinde (KNBÖ) ‘Avölüsyon’ ve ‘Duygulanımda Küntlük’ alt ölçeklerinden 3 ve üzeri puan alanlar veya bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeğinde (PBDÖ) pozitif yapısal düşünce bozukluğu sorularından 2 ve üzeri puan alan katılımcılar Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu

grubuna dahil edildi. Belirtilen kriterlere göre Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup 34 katılımcı, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grup 43 katılımcı içeriyordu. Klinik değerlendirmede olgu rapor formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Belirti ve Tarihçenin Kapsamlı Değerlendirmesi (CASH), Sidney Melankoli Prototipi İndeksi ve Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ) uygulandı. Katılımcılara nörobilişsel ve sosyal bilişsel değerlendirme için Bilişsel Bozukluk Tarama Ölçeği (SCIP), Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), Boncuk Görevi, Ödül için Efor Sarfetme Testi (EEFRT), Yetişkinler için zeka testi (WAIS) genel bilgi alt testi, DEU SCAN LAB Sosyal Biliş Bataryası uygulandı. Düşünce bozukluğu ses kayıtları alınarak Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ) ile değerlendirildi. İşlevsellik Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği (PAS) ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) ile ölçüldü. Hastalara Boyutsal Apati Ölçeği (BAÖ) ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) öz-bildirim ölçeği olarak verildi.

Bulgular: Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta eşik altı depresif belirtilerin daha erken yaşta başladığı ve depresif dönemlerde daha fazla psikotik belirti gösterdikleri bulunmuştur. Psikotik mani dönemlerinde ise bu grubun daha fazla Schneiderian belirti gösterdiği belirlenmiştir. Öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirilen apati ve dürtüsellik puanları Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında DDÖ puanları, nörobilişsel testler ve sosyal bilişsel testlerin toplam skorları açısından anlamlı bir farklılık gösterilememiştir. Yalnızca sosyal biliş alanlarından atıf stilini değerlendirmekte kullanılan İçsel Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeğinde (IPSAQ) Spontan Dışsal Negatif Durumsal Atıf yapma ve Spontan Dışsal Durumsal Atıf yapma maddelerinde Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun daha fazla spontan negatif dışsal durumsal ve spontan dışsal durumsal yaptığı gösterilmiştir. Ancak tüm örneklem dahil edilerek boyutsal olarak sosyal bilişle ilişkili olabilecek faktörlerin araştırıldığı korelasyon analizlerinde sosyal bilişsel testler ile negatif belirtiler, prodromal pozitif psikotik belirtiler ve düşünce bozukluğu arasında bazı zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. İşlevselliğin ölçüldüğü testlerin analiz sonuçlarında

da Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun hem premorbid işlevselliğinin hem şimdiki işlevselliğinin diğer gruba kıyasla daha bozuk olduğu gösterilmiştir. Korelasyon analizi sonuçları işlevsellikteki bu bozulmanın negatif belirtiler, prodromal pozitif psikotik belirtiler ve düşünce bozukluğu ile anlamlı bir ilişki içerisinde olabileceğine işaret etmektedir.

Sonuç: Sonuçlarımız Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun diğer gruptan klinik bazı özellikler, schneiderian belirtiler, işlevsellik, apati ve dürtüsellik açısından farklılaştığına işaret etmektedir. Yapısal düşünce bozukluğu, nörobilişsel testler ve sosyal bilişsel testler arasında gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmemiş olması altta yatan kognitif bozulma biçimi haricinde farklı türde mekanizmaların araştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu mekanizmaların aydınlatılması klinik açıdan değerli olacaktır. Düşünce bozukluğu, nörokognisyon ve sosyal kognisyon açısından grupların fark göstermeyişi bir yandan bu alanlardaki bozulmaların belirli bir tanı grubu ile sınırlı olmayıp bir spektrum üzerinde değişen şiddette bulunduğuna işaret etmekte olup beklenen bir bulgudur. Boyutsal değerlendirmelerimizde ise sosyal biliş ve işlevsellikle ilgili negatif belirtilerin, prodromal psikotik belirtilerin, düşünce bozukluğunun ve şizotipinin şiddeti arasında bir ilişki olabileceğinin gösterilmesi de spektrum üzerinde değişen şiddette bulunan sendromlarla ilgili karşı karşıya olduğumuz görüşünü desteklemektedir. Bizim sonuçlarımız hastalıkların çok boyutlu yapısına dikkat çekmektedir. Spesifik ve kişiye özgü müdahalelerin yapılabilmesi için bipolar bozukluğun kognitif açıdan heterojen yapısı göz önünde bulundurularak alt gruplar tanımlanmalıdır. Bipolar bozukluğun erken döneminde psikoz için risk teşkil eden ötimik dönem bulguları fark edilirse tıpkı ilk atak psikoz öncesi dönemdeki gibi erken müdahale stratejileri geliştirilebilir. Doğru müdahale stratejilerini geliştirebilmek için psikoz riskini, klinik gidiş ile ilgili yordayıcıları fark etmek önemlidir. Elde ettiğimiz veriler ileride prospektif olarak bipolar bozukluktan spektrumun psikoz ucundaki bir bozukluğa dönüşümü inceleyecek çalışmalara katkı sunacaktır. Ayrıca psikotik bozukluğa dönüşümü yordayan faktörler kullanılarak geliştirilecek olan risk hesaplayıcı çalışmalara öncülük edecektir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Psikoz, Psikoz Yüksek Riski, Şizotipi, Düşünce Bozukluğu, Negatif Belirti, Nörobiliş, Sosyal Biliş, İşlevsellik



THE RELATIONSHIP OF PSYCHOSIS HIGH-RISK SYNDROME IN BIPOLAR DISORDER WITH COGNITIVE FUNCTIONS AND FUNCTIONALITY

Dr. Simge UZMAN ÖZBEK

Dokuz Eylul University Faculty of Medicine Department of Psychiatry

Thesis Advisor: Prof. Dr. İbrahim Emre BORA

ABSTRACT

Objective: Disorders in the schizo-bipolar spectrum, which seriously affect functioning throughout life, present with similar clinical manifestations in the prodromal period and in the first episode. There is a significant overlap between these diseases, given the shared biological basis, genetic evidence, the results of neuroimaging studies, and neurodevelopmental hypothesis. For this reason, there are difficulties in making an accurate diagnosis in the early stages of these disorders. However, disorders such as bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia begin in young adulthood and adolescence and lead to serious disabilities. Making a correct diagnosis during this period is critical for early intervention because professional and social formation takes place in these years. It was observed that even cases diagnosed with typical schizophrenia or bipolar disorder received different diagnoses at a rate of 10-15 percent in the clinical course. Individuals diagnosed with bipolar disorder may develop a psychotic disorder in the future. These two diseases show significant clinical and cognitive overlap with each other. On the other hand, there is a significant heterogeneity among them in terms of clinical course, psychosocial functionality and cognition. Although psychotic symptoms during mood episodes have been studied in bipolar disorder, the mild positive and negative symptoms and schizotypal features that persist between attacks

have not been adequately investigated. Some euthymic bipolar disorder patients present with psychosis high-risk syndrome, schizotypy, thought disorder, and negative symptoms in the early stages of the disease. Considering the diagnostic instability in the clinical follow-up studies and the heterogeneity within bipolar disorder, it is thought that these symptoms and features can predict the transition to psychotic disorder or schizoaffective disorder. These features can also predict the loss of function. It is important to define this subgroup within bipolar disorder, which we think will be associated with schizophrenia-like cross-sectional features. In this study, we defined a syndrome as 'Psychosis High Risk Syndrome in Bipolar Disorder'. We created this subgroup by determining criteria based on psychosis high risk syndrome, negative symptoms, positive thought disorder and schizotypal features. The aim of this study is to examine the neurocognitive and social cognitive functions and psychosocial functioning in this subgroup and compare them with the group without this syndrome. In addition to these main variables, impulsivity, insight, premorbid functioning, apathy, and positive formal thought disorder were also evaluated. It is also thought that the psychotic high-risk syndrome found in the early phase of the disorder can be a precursor of a transition to psychotic disorder in the future.

Method: We included 77 participants diagnosed with bipolar disorder within the last 10 years. In the first stage, the researcher administered the Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS), the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), the Brief Negative Symptoms Scale (BNSS) and gave the Schizotypal Personality Questionnaire (SCQ). According to the results of this interviews and the questionnaire, the research groups of the participants were determined. Except for bipolar disorder attack periods, according to the Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS), participants who can be defined as "Brief Intermittent Psychotic Symptom Syndrome (BLIPS)", "Mild Psychosis-Risk Syndrome APS), or "Genetic Risk and Decreased Functionality Psychosis-Risk Syndrome (GRIAS))" criteria within the last 3 years, those with a 'Schizotypal Personality Scale (SCS) score of 42 and above, participants who scored 3 or more on the 2 subscales of Brief Negative Symptoms Scale (BNSS) ('Avolition' or 'Blunted Affect') and those who scored 2 or more on the positive formal thought disorder questions on the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) were included in the 'Psychosis High-Risk Syndrome in Bipolar Disorder'.

According to the specified criteria, the group with 'Psychosis High-Risk Syndrome in Bipolar Disorder' included 34 participants, and the group without 'Psychosis High-Risk Syndrome in Bipolar Disorder' included 43 participants. In the clinical evaluation, a case report form, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Young Mania Rating Scale (YMRS), Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH), Sydney Melancholia Prototype Index and Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) were applied. Participants were administered the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP), Wisconsin Card Sorting Test (WCST), BeadsTask, Effort Expenditure for Reward Task (EEFRT), WAIS general knowledge subtest, and DEU SCAN LAB Social Cognition Battery for neurocognitive and social cognitive evaluation. Thought disorder was evaluated with the Thought and Language Index (TLI) by audio recordings. Functionality was measured with the Premorbid Adjustment Scale (PAS) and the Personal and Social Performance Scale (PSP). Dimensional Apathy Scale (DAS) and Barratt Impulsiveness Scale (BIS) were given to the patients as self-report scales.

Results: It was found that subthreshold depressive symptoms started at an earlier age in the group with 'Psychosis High-Risk Syndrome in Bipolar Disorder' and they showed more psychotic symptoms during depressive periods. It was determined that this group showed more Schneiderian symptoms during psychotic mania periods. Apathy and impulsivity scores evaluated with self-report scales were found to be significantly higher in 'Psychosis High-Risk Syndrome in Bipolar Disorder' group. No significant differences were shown between the groups in terms of TLI scores, neurocognitive test scores, and total scores of social cognitive tests. It was only shown that in the Internal Personal Situational Attributions Scale (IPSAQ) the group without 'Psychosis High-Risk Syndrome in Bipolar Disorder' made more spontaneous negative external situational and spontaneous external situational attributions. However, by including the entire sample, the factors that could be dimensionally related to social cognition were investigated. Correlation analyzes revealed some weak but statistically significant relationships between social cognitive tests and negative symptoms, prodromal psychotic symptoms, and thought disorder. In addition, it has been shown that both the premorbid functionality and current functionality of the group with 'Psychosis High-Risk Syndrome in Bipolar Disorder' are more impaired than the other group. Correlation analysis results indicate that this impairment in functionality can have significant associations with negative symptoms, prodromal psychotic symptoms, and thought disorders.

Conclusion: Our results indicate that the group with 'Psychosis High-Risk Syndrome in Bipolar Disorder' differs from the other group in terms of some clinical features, Schneiderian symptoms, functionality, apathy and impulsivity. The fact that no significant differences were observed between groups in formal thought disorder, neurocognitive tests and social cognitive tests suggests that different types of underlying mechanisms other than form of cognitive impairment should be investigated. Elucidating these mechanisms will be clinically valuable. The fact that the groups did not show any differences in terms of thought disorder, neurocognition, and social cognition indicates that the impairments in these areas are not limited to a certain diagnostic group, but are found in varying degrees of severity on a spectrum. This is an expected finding. In our dimensional evaluations, we found that there is a

relationship between the severity of negative symptoms, prodromal psychotic symptoms, thought disorder and schizotypy, and social cognition and functionality, supporting the idea that we are faced with syndromes of varying severity across the spectrum. Our results highlight the multidimensional nature of the diseases. Considering the cognitively heterogeneous structure of bipolar disorder, subgroups should be defined so that specific and personalized interventions can be made. If euthymic period findings that pose a risk for psychosis are noticed in the early stages of bipolar disorder, early intervention strategies can be developed, just like in the period before the first episode of psychosis. It is important to recognize the risk of psychosis and the predictors of clinical course in order to develop correct intervention strategies. The data we obtained will contribute to future studies that will prospectively examine the transformation from bipolar disorder to a disorder at the psychotic end of the spectrum. Additionally, this study will lead to risk calculator studies that will be developed using factors that predict conversion to psychotic disorder.

Keywords: Bipolar Disorder, Psychosis, Psychosis High-Risk, Schizotypy, Thought Disorder, Negative Symptoms, Neurocognition, Social Cognition, Functionality

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı, Önemi ve Araştırmanın Amacı

Belirgin sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma ile karakterize olan ciddi psikiyatrik hastalıklar olan psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluğun toplumsal ve kişisel maliyetleri yüksektir. Bu hastalıkların genç erişkinlik döneminde başlıyor olmaları, mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından önemli olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açar. Şizo-bipolar spektrumdaki bozukluklarda prodromal evre ve ilk atakta yapılacak müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da hastalığın şiddetinin hafifletilmesi açısından önemlidir [1]. Klinik olarak pek çok hastada hastalık bulgularının ve seyrinin, tipik şizofreni ve tipik bipolar bozukluğa uymadığı, her iki hastalığın özelliklerinin değişik oranlarda bazı hastalarda birlikte görüldüğü bilinmektedir. Bu nedenle şizoafektif bozukluk tanısı da psikiyatrik tanı sınıflandırma sistemleri içerisinde yer almaktadır.

Benzer klinik görünüm ile karşımıza çıktıkları için bu bozukluklara özellikle prodromal dönemde ve ilk atakta tanı koymak zordur. Paylaşılan ortak biyolojik temel göz önüne alındığında, bir bozukluk daha sonra bir diğerine dönüşebilir (örneğin, bipolar bozukluk teşhisi konan bir ergenin tanısı yetişkinlikte şizofreniye dönüşebilir) [2]. Fusar-Poli ve arkadaşlarının, 42 çalışma ve yaklaşık 15 bin ilk atak psikoz hastasını içeren 4,5 yıl izleme dayanan meta-analizlerine göre şizofreni (0.90) ve afektif psikoz (0.84) tanılarının görece stabil olduğu, şizoafektif bozuklukta ise tanısal stabilitenin (0.72) gibi daha düşük bir düzeyde olduğu gösterilmiştir [3]. Bu bulgular, özellikle manik ve psikotik bulguların birlikte görüldüğü ve süre yönünden sınırlı olan ilk atak olgularının ilk atakta tanılarının belirsiz olduğunu, tipik şizofreni ya da bipolar bozukluk tanıları konan olguların bile tanılarının klinik seyrinde yüzde 10-15 oranında değiştiğini göstermektedir [3]. Şüphesiz ilk atakta doğru tanı, erken müdahale için önemli bir aşamadır. Klinik kayıtlara dayalı kohortları inceleyen risk hesaplayıcı çalışmalarda ARMS (risk altındaki zihinsel durumlar) tanımıyla karşılaştırıldığında, tüm ICD (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması) tanıları bipolar duygudurum bozuklukları ve kısa psikotik dönemler haricinde daha düşük bir psikoz riski göstermiştir. Bipolar bozuklukta ise dönüşüm oranı daha yüksektir [4]. Bir başka

çalışmada ise bipolar duygudurum bozukluğu insidansı psikoza dönüşüm öncesinde daha düşük saptanmış, non-bipolar duygudurum bozukluklarında daha yüksek oranlar gözlenmiştir [5].

Risk hesaplamalarında tespit edilen yüksek riskli bireyleri hedef alan odaklanmış müdahaleleri iyileştirmek için çalışmalara ihtiyaç vardır. İndeks bipolar bozukluk tanısı olan yüksek riskli bireylerde yapılan araştırmalar ARMS yapısını ve afektif psikozların başlangıcını tahmin etme yeteneğini iyileştirmeye yardımcı olabilir.

Psikoza yüksek risk yaklaşımı büyük ölçüde şiddet ve süre yönünden eşikaltı olan psikotik bulgulara dayanır. Çok yüksek risk kriterleri; Hafif Psikoz-Risk Sendromu kriteri (APS), Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Sendromu kriteri (BLIPS) ve Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz-Risk Sendromu (GRİAS) kriterlerinden en az birinin varlığıyla karakterizedir [6], [7]. Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların bir kısmının ötimik dönemde yukarıda belirtilen kriterlere göre APS, BLIPS VE GRİAS gibi yüksek psikoz riski kriterlerini karşıladıkları gözlenmektedir. Ancak ötimik dönemde eşlik eden psikoz yüksek risk sendromlarının, nörobilişsel ve sosyal bilişsel işlevler ve işlevsellik üzerindeki etkisi henüz üzerinde çok çalışılmamış bir alandır.

Yalnızca tanımlanmış psikoz çok yüksek risk kriterleri değil; eşlik eden negatif belirtiler, şizotipi ve düşünce bozukluğu da şizofreni benzeri kesitsel özelliklerle ilişkili olup bipolar bozukluk içerisinde bir alt grup oluşturarak bipolar bozukluk tanılı hastalarda psikoz gelişimi için risk altındaki bir grubu temsil ediyor olabilir [8]–[10]. Bipolar bozuklukta negatif semptomları inceleyen az sayıda çalışma ötimik durumdaki bipolar bozukluk hastalarının, şizofreniden daha az şiddetli olsa da negatif semptomlar sergilediklerine dair kanıtlar sunmuştur. Bu tür bulgular, bipolar bozukluk hastalarında görülen negatif belirtilerin duygudurum ataklarının olmadığı dönemlerde de devam eden özellikler olabileceğini düşündürmektedir. Psikoz öyküsü olan bipolar bozukluk hastalarının, psikoz öyküsü olmayan bipolar bozukluk hastalarına göre daha şiddetli negatif belirtiler gösterip göstermedikleri açık değildir; ancak negatif belirtiler psikoza yatkınlıkla bağlantılıysa bu tür farklılıklar beklenebilir [11].

Subklinik şizotipik özellikleri olan bireyler klinik bozukluklar geliştirme açısından yüksek risk altındadır [12]. Şizotipinin subklinik ifadeleri genellikle şizofreni-spektrum bozukluklarının gelişimini haber verir. Pozitif şizotipi, bipolar

bozukluk riski ve hipomanik kişilik özellikleriyle ilişkili görünmektedir. Şizotipi ve bipolar spektrum özelliklerinin psikometrik ölçümlerle tanımlandığı kesitsel değerlendirmelerde yüksek klinik semptom oranları saptanmış, uzunlamasına değerlendirmelerde de şizofreni ve bipolar bozukluk spektrumunda hastalık geliştirme riskinin arttığını gösterilmiştir [13]. Pozitif şizotipik özellikler, bipolar ve şizofreni spektrum bozuklukları arasında paylaşılır [8]. Şizotipal kişilik bozukluğu, hem şizofreni hem de bipolar bozukluklarda ortak olan bir ara fenotip olabilir [14]. Bipolar bozukluk ve şizotipik semptomların birlikte görülmesinin açık psikotik semptomlar geliştirme riskini artırıp artırmadığını belirlemek için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Bipolar bozuklukta epizod dönemlerindeki psikotik belirtiler çalışılmış olsa da [15] , ataklar arasında süren silik pozitif ve negatif belirtiler ve şizotipal özellikler yeterince araştırılmamıştır.

Yapısal düşünce bozukluğu da şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında örtüşmenin kendini gösterdiği bir alandır. Ancak şizofrenide klinik olarak stabil olan bipolar bozukluk tanılı hastalara göre anlamlı derecede daha şiddetli olduğu gösterilmiştir [16]. Bir çalışmada psikoz için risk grubunda sağlıkla kontrollerle karşılaştırıldığında düşünce bozukluğu değerlendirme ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, ilk atak psikoz grubu ile karşılaştırıldığında ise düşünce bozukluğu ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu başlangıçtaki yapısal düşünce bozukluğu ile psikoza geçiş arasında bir ilişki kurulabileceğini düşündürmüştür [9]. Bipolar bozukluk ötimi dönemindeki yapısal düşünce bozukluğu da ilerleyen dönemdeki psikotik bozukluğu öngörmede yardımcı olabilir.

Psikoz ve bipolar prodromundaki kesişme göz önünde bulundurulduğunda [17] bazı bipolar bozukluk tanılı bireylerde ötimik dönemde devam eden psikoz yüksek risk sendromu bulguları, şizotipik özellikler, negatif belirtiler ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunun bu hastalıkları ayırt etmede ve ileriki dönemdeki psikotik hastalığı öngörmede anahtar rol oynaması muhtemeldir. Klinik özelliklerdeki örtüşme ve heterojenitenin yanı sıra şizofreni ve bipolar bozukluk içinde kognitif açıdan da belirgin bir heterojenite mevcuttur ve bilişsel alt grupların tanımlanması, bu vakaları yönetim açısından (örneğin bilişsel rehabilitasyon için hedef grupları oluştururken) önemli sonuçlara sahip olabilir [18].

Bipolar bozukluğun klinik seyir, nörobilişsel ve sosyal bilişsel özellikler ve işlevsellik açısından oldukça heterojen bir hastalık olması göz önünde bulundurulduğunda, bipolar bozukluk içerisinde şizofreni benzeri kesitsel özelliklerle ilişkili olacağını düşündüğümüz bir alt grubun tanımlanması önemlidir. Yukarıdaki bilgiler ve bu zamana kadar tanımlanmış psikoz yüksek risk sendromu kriterleri ışığında bipolar bozukluk tanılı bireylerde Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Risk Sendromu olarak farklı bir kavram tanımlayarak bu alt gruptaki kişilerin şizofreni benzeri kesitsel özelliklerini araştırmak istiyoruz. Başlangıçta bipolar bozukluk hastalarında bulunan psikoz yüksek risk sendromu, yapısal düşünce bozukluğu, şizotipi ve negatif belirtilerin şizofreni benzeri kesitsel özelliklerle ilişkili olduğunu ve ilerleyen dönemde psikotik bozukluk, şizoafektif bozukluk veya işlev kaybına dönüşü yordayabileceğini düşünüyoruz.

Bu çalışmanın amacı, ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ olarak tanımladığımız psikoz yüksek risk sendromu, negatif belirtiler, pozitif düşünce bozukluğu ve şizotipal özellikler şeklinde 4 alt maddeyi içeren bipolar bozukluk alt grubunun nörobilişsel ve sosyal bilişsel fonksiyonlar, işlevsellik ve şizofreni benzeri kesitsel özelliklerle ilişkisini incelemektir. Bu ana değişkenler haricinde ek olarak dürtüsellik, içgörü, hastalık öncesi işlevsellik, apati ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu da değerlendirilecektir. ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromunun olmadığı bipolar bozukluk grubunda nörobilişsel, sosyal bilişsel özellikler ve işlevsellik daha iyi olacaktır ve bu bulguların yokluğu iyi prognoz ile ilişkili olacaktır. Ayrıca başlangıçta bulunan psikoz yüksek risk sendromunun ilerleyen dönemdeki psikotik bozukluğa dönüşü yordayabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlar bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde izlemde psikotik bozukluğa dönüşümü öngören faktörler kullanılarak geliştirilecek olan risk hesaplayıcıları çalışmalarına öncülük edecektir.

1.2 Araştırmanın Hipotezleri

- 1- Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromunun varlığı nörobilişsel ve sosyal bilişsel işlevlerde bozulma ve işlevsellikte düşüklük ile ilişkili olacaktır.
- 2- Eşlik eden negatif belirtilerin ve pozitif düşünce bozukluğunun şiddeti; bilişsel işlevlerde bozulmanın ve genel işlevsellikteki düşüşün şiddeti ile ilişkili olacaktır.
- 3- Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromunun bulunması bipolar bozukluk epizodlarında psikotik belirti varlığı ile ve bu belirtilerin duygudurum uygunsuz veya Schneiderian doğada olması ile ilişkili olacaktır.
- 4- Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromunun bulunması premorbid işlevsellikteki düşüklük ile ilişkili olacaktır.
- 5- Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromunun bulunması dürtüsellik ve apati ile ilişkili olmayacaktır.
- 6- Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromunun bulunması pozitif yapısal düşünce bozukluğu ile ilişkili olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, kişinin duygudurumunda ve enerjisinde dalgalanmalarla seyreden, sıklıkla fonksiyonel ve bilişsel bozulmaya ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilen, değişken seyirli, yaşam boyu süren epizodik bir hastalıktır. Yükselmiş duygudurum (mani veya hipomani), depresyon, karma ve ötimi dönemlerini içerir [19], [20] .

İrk, etnik köken veya sosyoekonomik duruma bakılmaksızın dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemektedir ve gençler arasındaki yeti yitiminin ana nedenlerinden biridir [21]. Bipolar bozukluk çoğunlukla genç erişkinlik döneminde teşhis edildiğinden, aktif olarak çalışan nüfusu etkiler ve dolayısıyla topluma yüksek maliyetler anlamına gelir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Ruh Sağlığı araştırmalarında bipolar bozukluğun çalışılmayan günler açısından en büyük ikinci etkiye sahip hastalık olduğu belirtilmiştir [21].

Henüz herhangi bir ruhsal bozukluğun tanısı için onaylanan ve klinik kriterlerin geçerliliğini koruyan hiçbir biyobelirteç yoktur [22]. En yaygın kabul gören tanısal sınıflandırmalar, Uluslararası Hastalık Sınıflaması'nın 11. Revizyonu (ICD-11) ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. Baskısıdır (DSM-5) [23], [24]. Tanısal değerlendirmede uzunlamasına izlem önemlidir [20].

2.2 Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Spektrumu

Tanı sistemleri tedavi seçmek, hastalıkların nedenlerini araştıran çalışmaları tasarlamak ve hastalıkların olası gidişatını ve sonuçlarını belirlemek için bir temel sağlar. Ancak psikiyatrik hastalıkların tanı sistemlerindeki sınıflamaların ötesinde daha karmaşık yapılar olduğu bilinmektedir. En sık kullanılan tanı modelleri hastaları kategorilere ayırır. Ancak psikiyatrik bozuklukların doğal olarak kategorilere ayrılması oldukça zordur. Bazı karmaşık durumlar bir spektrum boyunca süreklilik gösteren özellikler olarak daha iyi modellenirler. Bazı durumlar ise temel tanımlayıcı öğelerin veya faktörlerin önem derecesine göre ayrılıp kombine edilmesi ile modellenir [25].

Kraepelin yirminci yüzyılda, psikiyatrik bozukluklar için tanısalları sınıflandırmanın yolunu açan bir ikili ayrım yaparak iki ana psikiyatrik bozukluk grubunu tanımlamıştır. Kronik seyreden ve süregelen bir bilişsel bozulmanın olduğu birinci gruba “dementia praecox” adı verilmiştir. Bu gruptaki hastalığın erken yaşta başlayan, bilişsel ve duygusal alanlarda tam bir yıkımla sonlanan bir gidişat ile seyrettiğini, büyük bir olasılıkla özgül bir anatomik patolojiye bağlı olduğunu ve klinik özellikleri bakımından tek bir başlık altında birleştirilmesi gerektiğini düşünmüştür. Ataklarla seyreden ve göreceli olarak bilişsel bozulmanın olmadığı ikinci gruba ise “manik-depresif delilik ” adı verilmiştir [26], [27]. Daha sonra “dementia praecox”, İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından “şizofreni” olarak kavramsallaştırılmıştır [28]. Güncel perspektiften bakıldığında “manik-depresif delilik artık “bipolar duygudurum bozukluğu” kavramına en yakın olanıdır.

Şizoafektik psikoz terimi ise ilk kez 1933 yılında Kasanin tarafından ortaya atılmıştır [29]. Şizoafektif bozukluk tanısının geçerliliği, güvenilirliği ve nozolojik durumu tartışmalara yol açmıştır [30]–[32]. Tanı kavramsallaştırmalarının değerinin takip çalışmalarından elde edilen kanıtların incelenmesiyle birlikte ölçülebileceği düşünülmektedir [33]. Şizoafektif bozukluk tanılı hastalarda zaman içerisindeki tanısalları kaymanın yönünü analiz eden çalışmalarda tutarsızlıklar vardır. Bazı çalışmalar şizofreniye doğru [34], [35], bazı çalışmalar ise duygudurum bozukluğuna doğru daha fazla kayma göstermektedirler [36]. Bir metaanalizde başlangıçta şizoafektif bozukluk tanısı alan hastaların %36'sının yeniden değerlendirildiğinde tanıların değiştiği bulunmuştur. Hastaların yüzde 19'una şizofreni, %14'üne duygudurum bozukluğu ve %6'sına diğer psikiyatrik hastalık tanıların konduğu görülmüştür. Tanısalları kaymaların duygudurum ve şizofreni yönünde olması, benzer ve örtüşen belirtiler bu iki hastalık grubunun bir spektrum olarak ele alınması gerektiğine işaret etmektedir [37]. Bu nedenle psikiyatrik hastalıklara kategorik olarak yaklaşmaktan ziyade rahatsızlıkları boyutsal olarak ele almak bipolar bozukluk ve şizofreni spektrumundaki hastalıkları daha iyi kavramamızı sağlayabilir.

Şizofreni ve bipolar bozukluk arasında önemli semptom benzerlikleri ve örtüşmeler vardır [38]. Nörogörüntüleme çalışmaları, genetik ve klinik çalışmalar şizofreni ile arasında önemli örtüşmeler olsa bile, bipolar bozukluk bir duygudurum bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır [39]–[42].

2.3 Psikoz-Yüksek Risk Sendromu

İlk psikotik dönem öncesinde genellikle bireylerin %80 ile 90'ı hastalığın öncüsü sayılan eşik altı pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsellikte düşüş ile karakterize olan, süresi değişken bir prodromal evre yaşarlar [43], [44].

Erken müdahale için psikopatolojiyi ilk atak öncesinde birey henüz prodromal evredeyken tanımak gereklidir. Psikoza yüksek risk yaklaşımı büyük ölçüde şiddet ve süre yönünden eşikaltı olan psikotik bulgulara dayanır. Çok yüksek risk kriterleri APS, BLIPS ve GRİAS kriterlerinden en az birinin varlığıyla karakterizedir [6], [7].

Bipolar bozuklukta atak dönemlerinin psikotik özellik gösterebildiği biliniyor [45]. Bipolar bozukluk hastalarında sanrılar ve halüsinasyonlar şeklindeki psikotik belirtilerin yaygınlığı farklılık göstermekle birlikte bildirilen yaşam boyu oranlar %75'e kadar çıkabilmektedir. Genel olarak mevcut çalışmalar sanrıların halüsinasyonlardan daha yaygın olduğunu göstermektedir. Ayrıca işitsel halüsinasyonlar şeklindeki psikotik belirtilerin depresif dönemden ziyade manik dönemde daha sık görüldüğü ileri sürülmektedir. Manik fazda psikotik semptomların varlığı, karma özelliklerin varlığıyla daha sık ilişkilidir [46]. Bir çalışmada hastaların %42,2'sinin yaşamları boyunca en az bir psikotik dönem geçirmiş olduğu gösterilmiştir [47]. Klinik gözlemlere göre bazı hastalarda ise eşik altı psikotik semptomlar bipolar bozuklukta ötimi dönemlerinde de devam etmektedir. Bipolar bozukluk tanılı kişilerde görülen, şizoafektif bozukluk tanı kriterlerini karşılamayacak düzeyde olan bu eşik altı belirtiler hakkında daha önce yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Prodromal belirtileri değerlendirme araçlarından biri 'Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşmedir (SIPS) [48]. Bu yapılandırılmış görüşme ile 'Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Sendromu', 'Hafif Psikoz-Risk Sendromu' ve 'Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz- Risk Sendromu' olarak 3 farklı psikoz risk sendromu değerlendirilir.

2.4 Negatif Belirtiler

Negatif belirtiler şizofreni spektrum bozukluklarında (şizofreni, şizofreniform bozukluk ve şizoafektif bozukluk gibi) esas belirti kümelerinden biridir ve tanı kriterlerinin bir parçasıdır [23], [49]. Negatif semptomların altında yatan nörobiyolojik mekanizmalar büyük ölçüde bilinmemektedir; ancak düşük remisyon oranları, bozulmuş yaşam kalitesi ve azalmış işlevsellik ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir [50]–[53].

Psikiyatrideki son yaklaşımlar, klinik belirti ve tanıların kategorik olarak anlaşılmasından ziyade boyutsal bir anlayışa doğru ilerlemiştir [54], [55]. Bu nedenle negatif belirtiler, şizofreniyle tarihsel olarak bağlantılandırılmasına rağmen herhangi bir psikiyatrik veya nörolojik bozukluk için patognomonik değildir ve bipolar bozukluk gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda da mevcuttur [56], [57]. Negatif belirtilerin yaygınlığı tanı kategorileri arasında önemli ölçüde değişiklik göstermektedir [56] ve sağlıklı yetişkinlerde nadir olarak görülebilmekle birlikte [58], yaygınlık afektif bozukluklarda %20-89 ve nörolojik bozukluklarda %32-80'e [59] kadar değişmektedir. Çeşitli çalışmalarda ötimik bipolar bozukluk tanılı hastalarda şizofreni hastalarıyla karşılaştırılabilir düzeyde rezidüel anhedonik semptomlar bulunduğu rapor edilmiştir [60], [61]. Ancak bipolar bozukluğun alt kategorilerindeki yaygınlığı ve özellikleri az bilinmektedir.

Şizofrenide negatif belirtiler ifadenin azalması (afektif küntlük ve aloji) ve apati (avölüsyon, anhedoni ve asosyalite) olmak üzere iki boyuttan oluşur [62], [63]. Bu ayrım, altta yatan farklı patofizyolojik mekanizmaları yansıtabileceğinden önemlidir [64]. Faktör analizleri, bu iki boyutun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) kullanılarak değerlendirilebileceğini göstermiştir [65], [66]. Ancak bu çalışmalara yalnızca şizofreni tanılı katılımcılar dahil edildiği için iki boyutlu yapının bipolar bozukluk gibi diğer ciddi ruhsal bozukluklardaki geçerliliği hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır. Yakın tarihli bir çalışmada afektif komponenti bulunmayan psikotik bozukluklarda görülen negatif belirtilerin iki boyutlu yapısının, bipolar bozukluklarda da tekrarlandığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada ifadenin azalması boyutunun bipolar bozukluk tip I tanısı veya psikotik dönem öyküsü tarafından öngörüldüğü belirtilmiştir. Bu bulgu, psikoz yatkınlığıyla bir bağlantı kurulabileceğine işaret etmektedir. Depresif

belirtilerin her iki boyutta da daha şiddetli negatif belirtilerle ilişkili olduğu, ancak ötimik bireylerin de %26,3'ünün depresyondaki katılımcılara kıyasla daha hafif bir şiddette olmak ile birlikte en az bir negatif belirti sergilediği bulunmuştur [57].

Benzer klinik görünümner nedeniyle negatif belirti boyutlarını depresif belirti boyutlarından ayırmak klinik açıdan zordur [67]. Strauss ve ark. şizofreni ve bipolar bozukluk tanıli bireylerde ve sağlıklı kontrollerde semptom düzeylerini belirlemek ve iç tutarlılığı araştırmak amacıyla Kısa Negatif Belirti Ölçeğini (KNBÖ) kullanarak negatif belirtilerin iki boyutlu yapısını incelemiştir [10]. İyi bir iç tutarlılığa ek olarak, sağlık kontrollere kıyasla hem şizofrenide hem de bipolar bozuklukta iki negatif semptom boyutunun daha yüksek düzeyde olduğunu göstermişlerdir. Diğer semptom boyutlarına yönelik korelasyonel analizler yapıldıktan sonra ise bipolar bozuklukta negatif belirtilerin ve apatinin toplam puanının, depresyon derecelendirme ölçeğindeki depresif belirtilerle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, ancak ifade azalması ile ilişkili olmadığı ifade edilmiştir. Apati ise pozitif semptomlarla anlamlı düzeyde ilişkili saptanmıştır. Yazarlar bunun, bipolar bozuklukta değerlendirdikleri negatif belirtilerin depresyona, psikotik belirtilere ikincil olabileceğine işaret edebileceği sonucuna varmışlardır; bu fenomen şizofrenide ve afektif olmayan psikozlarda da görülmektedir [67], [68].

2.5. Yapısal Düşünce Bozukluğu

Düşünce bozukluğu uzun zamandır şizofreninin ana semptom alanlarından biri olarak kabul edilmektedir [69]. Düşünce, dil ve iletişim anormalliklerinden oluşan çok boyutlu bir yapıdır.

Yapısal düşünce bozukluğu (formal düşünce bozukluğu) kelimeleri, kavramları organize etmede, belirli bir amacı belirtmek için ifadeleri ve fikirleri mantıksal bir sıraya göre dizmede bir eksiklik olarak tanımlanır. Bu eksikliği pozitif ve negatif düşünce bozukluğu olarak 2 ana maddede toplayabiliriz. Negatif düşünce bozukluğu konuşmanın fakirleşmesi ve aloji tanımlanırken, pozitif düşünce bozukluğu çevresellik, teğetsellik, raydan çıkma, clang çağrışımlar, neolojizm, mantıksızlık, perseverasyonlar, bloklar ve enkoherans ile tanımlanır [70].

Şizofreni hastalarının önemli bir kısmında düşünce bozukluğu semptomları hastalığın akut alevlenmesi esnasında bulunur. Akut ataklarla ilişkili düşünce bozukluğu antipsikotik ilaç tedavisiyle azaltılmaktadır, ancak rezidüel semptomların klinik remisyona sağlandıktan sonra bile devam ettiği gösterilmiştir [71], [72]. Ayrıca şiddetli düşünce bozukluğunun akut dönemden sonra da devam etmesinin şizofrenide daha kötü prognoza işaret edebileceği öne sürülmüştür [71]. Düşünce bozukluğu relapsı öngörüyor gibi görünmektedir ve bu öngörücü güç, semptomların hastalığın erken evrelerindeki varlığıyla ilişkilidir [73].

Eskiden düşünce bozukluğunun şizofreniye özgü olduğu düşünülmektedir. Ancak artık çağrışımlarda gevşeme, bloklar, konudan konuya atlama, teğetsel konuşma, raydan çıkma gibi dil özelliklerinin sadece şizofrenide değil aynı zamanda mani ve depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda da ortaya çıktığı bilinmektedir [70], [74].

Şizofreni ve mani hastaları arasında konuşma bozukluğu açısından farklılıklar olduğu, örneklemini yalnızca ağır düşünce bozukluğu olan hastalardan oluşan belirli çalışmalarda ortaya konmuştur [75], [76]. Bazı çalışmalar ise şizofreni ve bipolar bozukluk tanıları hastaların yapısal düşünce bozukluğu açısından örtüşen özellikler sergilediklerini göstermiştir. Yapısal düşünce bozukluğunun hem şizofrenide hem de manide diğer psikotik bozukluklara göre anlamlı derecede daha sık olduğu bulunmuştur [77]. Bipolar bozukluk için akut mani döneminde düşünce bozukluğunun saptanması bu bozukluğun distraktabilite ile ilişkili olup olmadığı sorusunu gündeme getirmiştir. Dikkat dağınıklığı yapısal düşünce bozukluğunun tüm faktörleri ile yakın ilişkide olsa bile mani ile ilişkili dikkat bozukluğunu spesifik olarak açıklamamıştır [76]. Örtüşen özellikler, şizofreni ve bipolar bozukluk da dahil olmak üzere psikotik özellik gösteren rahatsızlıkların ayrı ayrı bozukluklar olmaktan ziyade bir süreklilik olarak tanımlanabileceği görüşünü desteklemiştir [38]. Çalışmalarda kullanılan tanı kriterlerinin şizofreni ve bipolar bozukluk arasındaki düşünce bozukluğu farklılıklarını etkileyebileceğini de belirtmek gerekmektedir.

Bir meta-analizde akut psikotik ve manik ataklar sırasında şizofreni ve bipolar bozukluk arasında yapısal düşünce bozukluğunun ciddiyeti açısından niceliksel bir farklılık olmadığı saptanmakla birlikte; yapısal düşünce bozukluğunun şizofrenide klinik olarak stabil olan bipolar bozukluk tanıları hastalara göre anlamlı derecede daha

şiddetli olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde negatif düşünce bozukluğu da şizofrenide önemli ölçüde daha yüksektir [16]. Her ne kadar Yalınçetin ve ark. [16] akut psikotik ve manik ataklar sırasında yapısal düşünce bozukluğunun şiddeti açısından niceliksel bir fark bildirmemiş olsalar da, düşünce bozukluğunun alt gruplarında niteliksel farklılıklar olabileceğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır [78], [79].

Akut psikotik ve manik durumların her ikisinin de şiddetli düşünce bozukluğu ile karakterize olmasında akut ataklar sırasındaki dopaminerjik anormallikler rol oynayabilir. Mevcut kanıtlar dopaminerjik anormalliklerin düşünce bozukluğunun ciddiyeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir [80].

2.6 Şizotipi

Şizotipi, psikoz/şizofreni yatkınlığını gösterdiği düşünülen latent bir kişilik organizasyonudur [81]. Şizotipi bilişsel-algisal, dezorganizasyon ve kişilerarası boyutlarda ifade edilen heterojen bir sendromdur [82]. Bilişsel algısal boyut; düşünce içeriği belirtileri, büyüsel düşünceler, referans ve perseküsyon düşünceleri ve algı sapmalarını içermektedir. Dezorganizasyon boyutu tuhaf konuşma ve davranışlardan oluşmaktadır. Kişilerarası boyut ise yakın ilişkilerin yokluğu, aloji, kısıtlı duygulanım ve şüpheciliği içermektedir.

Şizotipi terimi ilk kez Macar bir psikanalist olan Sandor Rado tarafından 1953'te şizofreni benzeri bir fenotipi ifade etmek için kullanılmıştır [83]. Meehl ise şizotipinin toplumda %10 oran ile bulunduğunu, bu kişilerin de 10'unun şizofreniye dönüştüğünü belirtmiştir [83].

DSM-I (1952) ve DSM-II (1968) kişilik örüntü bozuklukları arasında şizoid bozukluk olarak tanımlanmıştır. DSM-III (1980) ile şizoid kişilik bozukluğu ve şizotipal kişilik bozukluğu ayrımı ortaya çıkmıştır. DSM-IV (1994)'te genel kişilik bozukluğu ölçütü şartlarının getirilmesiyle daha zor konan bir tanı haline gelmiştir.

DSM-V (2013)'te hem '*kişilik bozukluklarında*' hem '*şizofreni kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar*' kısmında yer almıştır. Şizotipal kişilik bozukluğunun diğer kişilik bozukluklarına nazaran psikotik öğelerin yoğun olduğu bir kişilik örgütlenmesi mi ya da psikozun temelinde olduğu kronik psikotik bir tablo mu olduğu konusunda bir uzlaşma bulunmamaktadır [23] Şizotipal kişilik bozukluğunun bir

bölümü şizofreniye dönüşür. Ancak şizotipal kişilik bozukluğu yalnızca bir psikoz öncülü durum değildir. Şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarla aynı spektrum üzerindedir[84]

Şizotipal özelliklerin bir kişilik bozukluğu tanısı altında kategorik olarak değerlendirilmesinin yanı sıra şizotipiye boyutsal yaklaşımlar da bulunmaktadır. Şizotipal kişiliğin boyutsal modeli, şizotipal özelliklerin farklı derecelerde bir spektrum boyunca var olduğunu ileri sürmektedir. Bu yaklaşıma göre bir uçta normallik yer alırken, ortada klinik olmayan ve klinik şizotipi, karşı uçta da klinik olarak ortaya çıkmış şizofreni bulunmaktadır. Yani şizotipik özellikler bir spektrum üzerinde değişiklik göstermektedir. Claridge'in modeli, şizotipinin genel popülasyonda normal olarak dağılmış olan genetik, çevresel ve kişilik varyasyonlarının bir kombinasyonundan kaynaklandığını öne sürer [85].

Boyutsal yaklaşımda da ifade edildiği gibi şizotipinin yalnızca şizofreniye özgü olmadığını destekleyen kanıtlar vardır. Önceki çalışmalar, şizofreni hastalarının şizotipi öz bildirim ölçeklerinde yüksek puanlar aldıklarını göstermiştir, ancak bu ölçeklerin spesifikliğı hakkında nispeten az şey bilinmektedir. Şizofreni, bipolar bozukluk ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada bipolar bozukluk grubunun sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha fazla şizotipal özelliklere sahip olduğu, fakat bu özelliklerin şizofreni hastalarından anlamlı derecede az olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada bipolar bozukluk tanılı bir kişinin hastalığının psikotik özellikli atak geçirmiş olup olmamasının onun şizotipi puanı üzerinde hiçbir etkisi olmadığı bulunmuştur [86]. Bu sonuçlar, Rossi ve arkadaşlarının bipolar hasta örnekleminde yüksek şizotipi puanları bildiren çalışmasının sonuçları ve Chapman ve arkadaşlarının şizotipi anketlerinde yüksek puan alan kişilerin önemli bir kısmında afektif bozukluk geliştiğini gösteren 10 yıllık takip çalışmasının sonuçları ile tutarlıdır [12], [87]. Şizotipal özellikleri Algısal Sapmalar testi ile değerlendiren bir çalışmada da hem psikotizm hem de hipomani özellikleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur [88].

Şizotipinin bir diğer önemi de yaratıcılıkla ilişkilendirilmiş olmasıdır [88]. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaratıcılık ölçeklerindeki daha yüksek puanlar şizotipal özellikler ile ilişkili bulunmuştur [89].

2.7 Biliş

2.7.1 Nörobiliş

Biliş, MATRICS (The Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia- Şizofrenide Bilişi İyileştirmeye Yönelik Ölçüm ve Tedavi Araştırması) komitesi tarafından belirlenmiş olan 7 alandan oluşmaktadır. Bu alanlar işlem hızı, çalışma belleği, sözel öğrenme, görsel öğrenme, dikkat, yürütücü işlevler ve sosyal biliştir [90], [91]. Sosyal bilişin dışında kalan diğer alanları nörobiliş olarak adlandırabiliriz.

Kraepelin'in dementia praecox'u tanımlamasından bu yana şizofrenide bilişsel bozukluklar fark edilmiştir [26]. Bilişsel bozukluk şizofreninin iyi bilinen ve kalıcı bir özelliğidir [92], [93]. Şizofrenide bilişsel bozuklukların kapsamı ise oldukça geniştir. Sözel ve görsel bellek, çalışma belleği, işlem hızı, dikkat, yürütücü işlevler ve sosyal biliş gibi çoklu bilişsel alanların bozulduğu gösterilmiştir [92]–[94]. Kalıcı bilişsel eksiklikler ve işlevsel bozulma, manik-depresif psikozlarla karşılaştırıldığında geleneksel olarak şizofreninin spesifik özellikleri olarak kabul edilmiştir. Ancak ne bilişsel bozulma ne de işlevsel bozukluklar şizofreniye özgü değildir. Son otuz yılda yapılan çalışmalar, bipolar bozuklukta ötimik hastalarda da bilişsel etkilenmenin var olduğunu ve işlevsel bozukluklarla da ilişkili olduğunu açıkça göstermiştir [95]–[97]. Bipolar bozuklukta bilişsel bozuklukların şiddeti şizofreniye göre daha az şiddetli olsa da, kanıtlar her iki bozuklukta da bilişsel bozuklukların profilinin benzer olduğunu göstermektedir[93].

Her iki hastalıkta bilişsel bozukluk olduğunu gösteren kanıtların yanı sıra bipolar bozukluğu olan birçok hastanın ve şizofreni hastalarının küçük bir azınlığının normal veya normal üstü bilişsel yeteneklere sahip olduğu da bilinmektedir [98]–[100]. Sonuç olarak kanıtlar hem şizofreni hem de bipolar bozukluk içinde bilişsel açıdan normal ve şiddetli bozukluk kümeleri de dahil olmak üzere üç ila dört bilişsel alt grup bulunduğunu göstermektedir. Bilişsel heterojenlik, her iki bozuklukta da şizofreni ve bipolar bozukluk arasındaki farklara ilişkin çelişkili bulguların açıklanmasında önemli bir role sahip olabilir. Birden fazla bilişsel alt grubun bulunduğunu kabul etmek ve bu kümeleri tanımlamak bazı tedavi yöntemleri için (ör: bilişsel rehabilitasyon) hedef gruplarının belirlenmesine yardımcı olabilir [18].

2.7.2 Sosyal biliş

Sosyal Biliş, yüz ifadeleri ve ses tonlarındaki duyguların tanınması ve işlenmesi gibi temel yeteneklerden, zihinsel durumların atfedilmesi, başkalarının niyetlerinin anlaşılması veya sosyal ipuçlarının algılanması ve anlaşılmasını içeren daha karmaşık becerilere kadar geniş bir yelpazedeki yetenekleri içerir [101]. Sosyal bilişin zihin teorisi, atıf stili, duygu tanıma, sosyal algı ve sosyal bilgi olmak üzere beş alandan oluştuğu düşünülmektedir [102].

Sosyal kognisyonun özellikle duygu tanıma ve zihin kuramı alanlarındaki eksiklikler şizofrenide iyi bilinen bulgulardır [103]–[105]. Bu özellikler şizofreni için spesifik olmayıp bipolar bozuklukta da sosyal bilişsel bozuklukların görüldüğü bildirilmiştir [106], [107]. Bipolar bozukluk hastalarında özellikle zihin kuramı ve atıfsal yanlılık alanlarında sosyal bilişsel bozukluklar tespit edilmiştir [107]. Üstelik bu eksiklikler iyileşme dönemlerinde de görülmeye devam etmektedir [108]. Meta-analitik bulgular, remisyonadaki bipolar bozukluk hastalarında dahi duygu işleme ve zihin teorisi alanlarında eksiklikler bulunduğu dair kanıtlar sunmuştur [106]. Her iki bozukluk da sosyal bilişsel yetenekler için önemli olan beyin bölgelerinde (yani ventromedial prefrontal korteks) etkilenme ile ilişkili olduğundan bu durum şaşırtıcı olmayabilir [109]. Ayrıca sosyal bilişteki etkilenmenin düşük işlevsellik ile ilişkili olduğu geçmiş çalışmalarda gösterilmiştir [110], [111]

2.8 İşlevsellik

Bipolar bozukluk tanıılı hastaların yaklaşık %30-60'ı, fonksiyonel iyileşmeyi ciddi şekilde etkileyen bir psikososyal işlevsellik bozukluğu yaşamaktadırlar. İşlevsellikte bozulma bağımsız yaşama, mesleki alanda ve eğitim alanında başarı elde edebilme, kişilerarası ilişkiler kurabilme, romantik ilişkiler kurabilme ve yaşama katılma yeteneği gibi pek çok alanı etkiler [112]–[114]. Mesleki işlevsellik ve psikososyal işlevsellikte bozulma bipolar bozuklukta mesleki rekabet gücünü ve yaşam kalitesini azaltabilmektedir [115]–[117].

Psikososyal işlevsellikteki bozulma bipolar bozukluğu olan hastalarda remisyon döneminde dahi farklı evrelerde görülebilir [118]. Bipolar bozukluğun ilk atağından

sonra bile işlevsellikte bozulma görülebilir. McLean-Harvard İlk Epizod Projesi'ne katılan hastalar üzerinde yapılan boylamsal bir çalışma, hastaneye ilk yatıştan 2 yıl sonra hastaların %43'ünün klinik açıdan iyileşmiş olsalar bile, %57'sinin değişken oranlarda işlevsellikte bozulma sergilediğini göstermiştir [119]. Bir başka iki yıllık bir takip çalışması, hastaların %64'ünde klinik remisyon sağlanmasına rağmen, hastaların yalnızca %34'ünün fonksiyonel iyileşme elde ettiğini göstererek benzer bular elde etmiştir [120]. Son yıllarda fonksiyonel iyileşmenin klinik remisyon kadar önemli olduğu göz önünde bulundurularak bipolar bozukluk tedavisinde fonksiyonel iyileşme ve prognoza daha fazla önem verilmeye başlanmıştır [121].

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda işlevsellik heterojenlik göstermektedir. İşlevsellikteki bu heterojenlik yalnızca bipolar bozuklukta değil aynı zamanda diğer ciddi psikiyatrik bozukluklarda da gösterilmiştir. İşlevsellikteki değişkenlik, klinik özellikler ve bilişsel bozukluklar değerlendirilerek açıklanmaya çalışılmıştır [122].

Yaş, cinsiyet, eşik altı semptomlar, hastalığın başlangıç yaşı, depresif veya hipomanik/manik dönem sayısı, psikotik semptomlar, komorbiditeler ve bilişsel rezerv gibi çeşitli sosyodemografik, klinik ve nörobilişsel faktörlerin bipolar bozukluk hastalarında psikososyal işlevselliği etkilediği ileri sürülmüştür [121], [123]–[125].

Klinik faktörlerle ilgili olarak, kalıcı subsendromal belirtilerin ve özellikle kalıntı depresif belirtilerin varlığının, psikososyal işlevselliğin en güçlü yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Atak sayısının, özellikle depresif atakların sayısının daha düşük işlevsellik ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir [115]. Depresif belirtiler ve işlevsellikte bozulma ilişkisi literatürde en çok tekrarlanan bulgulardan birini oluşturmaktadır (Bonnín et al., 2010, 2012; Bowie et al., 2006; Reinares et al., 2013; J. Sanchez-Moreno et al., 2009). İşlevsel bozulmayla ilişkili olabilecek diğer klinik faktörler atak sıklığı, psikoz öyküsü, hastaneye yatış sayısı ve psikiyatrik komorbiditelerdir [113], [122], [130]. [131]. Bipolar bozukluk hastalarında intihar düşünceleri ve psikotik semptomlar kötü yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur [132], [133]. Ayrıca, yaşam boyu esrar veya diğer madde kullanımı ile hastalık öncesi zayıf uyum becerileri ve negatif semptomların, bipolar bozuklukta düşük işlevselliğin belirleyicileri olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde bilişsel bozuklukların şizofrenide ve daha az bir derecede olmakla birlikte bipolar bozuklukta işlevsel sonuç üzerinde olumsuz etkisi

olduğu konusunda fikir birliği vardır [134], [135]. Nörobilişsel ve sosyal bilişsel bozukluğun, bipolar bozukluk hastalarındaki işlevsellikteki bozulmada önemli bir belirleyici olduğunu gösteren çalışmalar vardır [136]–[138]. Sözel bellek ve yürütücü işlevler, işlevsellikte önemli belirleyiciler olarak görülen nörobilişsel alanlardır. Ayrıca sözel belleğin eşik altı depresif belirtiler ile işlevsellik arasındaki ilişkide aracı olarak görev yaptığı belirtilmiştir [19], [122], [126], [129], [139]. Bilişsel rezervin de nörobilişsel işlevsellik ile psikososyal işlevsellik arasındaki ilişkide önemli bir rol oynadığı ortaya koymuştur [118], [140], [141]. Ancak bilişsel işlevler ve işlevsellik arasındaki ilişki konusunda öncekilerle tutarsız sonuçlar bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bir çalışmada iyi işlevsellik, orta işlevsellik ve düşük işlevsellik gösteren 3 grup belirlenmiş olup, işlevsellik açısından heterojeniteyi açıklamada nörobilişsel işlevler yetersiz kalmıştır [142]. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalardan oluşan oldukça geniş örneklem içeren, her iki bozuklukta da biliş ve işlevsel kapasite arasındaki bağlantıyı anlamayı amaçlayan bir çalışma, bilişsel işlev ile işlevsel kapasite arasındaki ilişkinin, en azından bilişsel işlev bozukluğu olmayan hastalarda nispeten zayıf olduğunu öne sürdü [135]. Araştırmalardaki bu tutarsızlıklar, hem bilişsel özelliklerdeki hem de işlevsellikteki heterojenlikten kaynaklanıyor olabilir; bu nedenle, ciddi ruhsal hastalıkları olan kişilerde bilişsel işlevlerdeki bozulmanın, işlevsel bozulma ile nasıl bir ilişki içerisinde ilişkili olduğunu belirlemek gerekmektedir [121].

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma gözlemsel ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Hasta gönüllülere Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatrisi kliniklerine başvuran, DSM-5'e göre bipolar bozukluk tanı kriterlerini karşılayan hastalar arasından ulaşıldı. Çalışmamızda bipolar bozuklukta ve şizofrenide yapılan meta-analizlerin sonuçlarına bakılarak çalışma örneklemini için gerekli sayı büyük etki boyutu (cohen d 0,80) beklenerek hesaplandı. Olası kayıplar göz önüne alınarak örneklem için hedeflenen kişi sayısı %50 arttırıldı. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan ve bulunmayan gruplar için çalışmaya dahil edilecek kişi sayıları 40'ar kişi olarak belirlendi. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan 34 kişi, bulunmayan 43 kişi çalışmaya dahil edildi.

3.3. Araştırmanın Çalışma Grupları

Çalışma gruplarının ortak dahil edilme ve dışlama ölçütleri aşağıdaki gibidir:

Araştırmanın ortak dahil edilme ölçütleri:

1. 15-35 yaş arasında olmak
2. Son 10 yıl içerisinde bipolar bozukluğun ilk atağını yaşamış olmak
3. Klinik olarak stabil olmak

Araştırmanın dışlama ölçütleri:

1. Kısa Psikotik Bozukluk, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısız Bozukluk, Şizoafektif Bozukluk,
2. Şizofreni, Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk tanı ölçütlerini karşılıyor olmak (DSM 5)
3. Orta, ağır ve ileri derecede ağır mental retardasyon olması

4. Belirtilerin madde kullanımına ya da tıbbi bir hastalığa bağlı olması
5. Bilişsel işlevleri etkileyecek ciddi bedensel rahatsızlık varlığı

3.3.1. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu Grubu

Yukarıda belirtilen ortak dahil edilme ölçütlerine ek olarak aşağıdaki 4 maddeden en az biri karşılanıyorsa hasta ‘Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu’’ grubuna dahil edilmiştir:

1. Bipolar bozukluk atak dönemleri dışında Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşmeye (SIPS) göre ‘Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Sendromu (BLIPS)’, ‘Hafif Psikoz-Risk Sendromu (APS)’ veya ‘Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz-Risk Sendromu (GRİAS)’ kriterlerini son 3 yıl içinde karşılamak
2. Bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ) puanı 42 ve üzerinde olmak
3. Bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Kısa Negatif Belirtiler Ölçeğinde (KNBÖ) ‘Avolüsyon’ ve ‘Duygulanımda Küntlük’ alt ölçeklerinden 3 ve üzeri puan almak
4. Bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeğinde (PBDÖ) pozitif yapısal düşünce bozukluğu sorularından 2 ve üzeri puan almak

3.3.2. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu Bulunmayan Grup

Ortak dahil edilme ölçütlerini karşılayan ancak yukarıda belirtilen Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu grubu için uygun kriterleri karşılamıyor olan hastalar bu gruba dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Klinik ve psikometrik değişkenler, nörobilişsel ve sosyal bilişsel test skorları

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, klinik semptom, grup

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Olgu Veri Kayıt Formu

Yazar tarafından katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri hakkında bilgi toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Örneklemde yer alan bireylerin yaşları, cinsiyetleri, eğitim ve meslek/iş durumları, medeni durumları, nörogelişimsel ve psikososyal gelişim öyküleri, travma öyküleri, premorbid uyumları, madde ve alkol kullanımları, tıbbi eş tanıları, aile öyküleri ve bipolar bozukluk seyrinde atak sayısı ve klinik özelliklerinin geçmişe yönelik değerlendirmesini içermektedir.

3.5.2. DSM IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV):

First ve arkadaşları (1997) tarafından hastalarda DSM-IV ölçütlerini dikkate alarak tanı koymak için oluşturulmuştur [143]. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır [144]. Araştırmaya alınan kişilerin bipolar bozukluk tanısı bu klinik görüşme ile değerlendirilmiştir.

3.5.3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ)

Andreasen (1984) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek Türk örneklemine Erkoç ve arkadaşları (1991) tarafından uyarlanmıştır [145], [146]. Pozitif belirtilerin düzeyi, dağılımı ve şiddeti klinisyen tarafından ölçülmektedir. Varsanılar, sanrılar, garip (bizar) davranış ve pozitif formal düşünce bozukluğu olmak üzere 4 alt ölçek, toplam 34 madde içermektedir. Çalışmamızda pozitif yapısal düşünce bozukluğu kategorik olarak bu ölçek ile değerlendirilmiştir.

3.5.4 Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (KNBÖ):

13 maddeden oluşan ölçeğin anhedoni, stres, asosyalite, avölüsyon, duygulanımda küntlük ve aloji olmak üzere altı alt ölçeği bulunmaktadır. Yarı yapılandırılmış bir görüşmedir, görüşme için önerilen soruları içeren yönergeye bağlı kalınarak uygulanmaktadır. Maddeler 0-6 puan aralığında değişmektedir. (0) puan semptomum olmaması anlamına gelirken (6) puan semptomun şiddetli olması anlamına gelmektedir. Total skor 13 maddenin puanı toplanarak elde edilir. Alt ölçekleri puanlamak için de her alt maddenin puanı toplanır [147]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dr. Irmak Polat Nazlı ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır [148]. Çalışmamızda negatif belirtiler bu ölçek ile değerlendirilmiştir.

3.5.5 Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ)

74 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir [149]. Şizotipinin 9 boyutunu inceler. Referans fikirleri, aşırı sosyal kaygı, garip inançlar veyah büyüsel düşünceler, sıra dışı algısal deneyimler, garip ya da eksantrik davranışlar, yakın arkadaş yokluğu, garip konuşma, kısıtlanmış duygulanım ve şüphelilik olmak üzere 9 alt ölçekten oluşur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şener ve ark. tarafından yapılmıştır [150]. Çalışmamızda şizotipi bu ölçek ile değerlendirilmiştir.

3.5.6 Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme (SIPS)

Prodromal belirtilerin değerlendirilmesi için geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş olan yapılandırılmış bir görüşme kullanılmıştır [48]. 'Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Sendromu (BLIPS)', 'Hafif Psikoz Risk Sendromu (APS) ve Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz Risk sendromu (GRİAS) olarak 3 risk sendromu değerlendirilir. Çalışmamızda prodromal ve eşik altı belirtiler bu ölçek ile değerlendirilmiştir.

3.5.7 Barratt dürtüsellik ölçeği (BDÖ)

30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir [151]. Likert tipi bir ölçektir. Maddeler 4 derece üzerinden değerlendirilir. Dikkatsizlik, devinimsel ve plansızlık dürtüsellik olmak üzere 3 alt ölçek içerir. Bu öz bildirim ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [152].

3.5.8 Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Morosini ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilmiş olan son bir ay içindeki duruma yönelik sorular ile sosyal işlevselliği değerlendirmeye yarayan bir ölçektir [153]. Klinisyenin değerlendirmesine göre skorlanır. Ölçek kişisel ve sosyal performansı 4 alt boyutta değerlendirir: sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, öz bakım, rahatsız edici ve saldırgan davranışlar. Likert tipi bir ölçektir. Maddeler 6 derece üzerinden değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında yapılmıştır [154].

3.5.9 Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)

2002 yılında Liddle ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [155]. Ölçek, düşünce fakirleşmesi ve düşünce dağınıklığı olmak üzere 2 kategoriden ve toplam 8 maddeden oluşmaktadır. Düşünce fakirleşmesi kategorisi; konuşmanın fakirleşmesi, amacın zayıflaması ve düşüncelerin tekrarlanması (perseverasyon) maddelerini içermektedir. Düşünce dağınıklığı kategorisi ise; çözülme, olağandışı kelime kullanımı, olağandışı cümle yapısı, olağandışı mantık ve çelenebilirlik maddelerini içermektedir. Tematik Algı Testi kartlarından seçilmiş olan 8 resim sabit bir sırada gösterilir. Her bir resim için kişiden 1 dakika boyunca konuşması istenir. Kişi 1 dakika dolmadan konuşmasını bitirirse, protokolde yer alan yönlendirici olmayan sorularla konuşmaya devam etmesi yönünde teşvik edilir. Tüm uygulama kayıt cihazı ile kaydedilir. Yazılı hale getirilen ses kayıtları DDÖ protokolüne göre değerlendirilir. Her resme verilen cevap DDÖ'nün 8 maddesi açısından değerlendirilir. Her madde için düşünce bozukluğunun şiddetine göre 0, 0.25, 0.50, 0.75 ya da 1 şeklinde puan verilir. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007'de yapılmıştır [156]. Çalışmamızda düşünce bozukluğu boyutsal olarak bu ölçek ile değerlendirilmiştir.

3.5.10 Belirti ve Tarihçenin Kapsamlı Değerlendirmesi (CASH)

Andreasen ve ark. tarafından geliştirilmiştir [157]. Mevcut ve geçmişteki belirti ve semptomlar, hastalık öncesi işlevler, bilişsel işlevler, sosyodemografik durum, tedavi ve hastalığın seyri ile ilgili kapsamlı bilgi sağlamak için tasarlanmıştır. Bipolar bozukluğun geçmiş ataklarına yönelik belirtileri, belirtilerin şiddeti, atak özellikleri bu ölçek ile değerlendirilmiştir.

3.5.11 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

1960'da Hamilton tarafından depresyonun şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir [158]. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir A ve arkadaşları tarafından 1996'da yapılmıştır [159]. Son bir hafta içerisindeki depresyon semptomlarını sorgulamaktadır. 17 maddeden oluşan bu ölçeğin kesim değeri 7 puan olup en yüksek 53 puan alınır.

3.5.12 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Manik belirtilerin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş 11 maddelik, hastanın önceki 48 saatine ilişkin sübjektif değerlendirmelerini içeren bir ölçektir [160]. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001'de yapılmıştır [161].

3.5.13 Boyutsal Apati Ölçeği (BAÖ)

2014 yılında Radakovic ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Bora ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanmıştır [162]. 24 maddelik öz bildirim anketi ve aynı 24 sorunun bakım veren formunu içeren ölçek apatiyi üç farklı boyutta (davranışsal, emosyonel ve kognitif) değerlendirmektedir. Hastalara ve bakımveren/akrabalara verilen formları vardır. Çalışmamızda hastaya verilen form kullanıldı.

3.5.14. Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği (PAS)

Cannon-Spoor ve arkadaşları tarafından 1982'de geliştirilmiştir [163]. Hastalık öncesi sosyal ve okul işlevlerinin değerlendirir. PAS, 4 yaş döneminde (11 yaşa kadar, 12–15 yaş, 16–18 yaş ve 19 yaş ve üzeri) girişkenlik-içe dönüklük, arkadaş ilişkileri, okul başarısı, okula uyumu değerlendirmeyi içeren 26 maddelik bir derecelendirme ölçeğidir. Maddelerin derecelendirmesi 0 ila 6 arasında değişmektedir.

3.5.15. Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ)

1993 yılında Amador ve arkadaşları tarafından psikiyatrik hastalıklarda içgörüyü değerlendirmek için geliştirilmiştir [164]. Akıl hastalığına içgörüyü şimdi ve geçmişte ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi, ilaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyi ve ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi açılarından değerlendirir. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirliği 2006 yılında yapılmıştır [165].

3.5.16. Sidney Melankoli Prototipi İndeksi

Parker ve arkadaşları tarafından 2013'te geliştirilmiştir [166]. Klinisyen tarafından uygulanmaktadır. Melankoli tanısını iyileştirmeyi amaçlayan prototip bir ölçektir.

3.5.17. Nöropsikolojik değerlendirme

Premorbid zeka, WAIS (Yetişkinler için zeka testi) genel bilgi alt testi ile incelenmiştir [167]. Wisconsin kart eşleme testi, boncuk görevi, ödül için efor sarf etme testi ve SCIP uygulanmıştır.

3.5.17.1. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

Yürütücü işlev testlerinden biri olan Wisconsin Kart Eşleme Testi planlama, problem çözme ve bilişsel esneklik boyutlarını ölçer [168]. Bu çalışmada testin tamamlanan kategori sayısı, toplam perseveratif tepki sayısı, toplam perseveratif hata sayısı değerlendirilmiştir.

3.5.17.2. Boncuk görevi (Beads Task)

Philips ve Edwards tarafından 1966'da geliştirilmiş olan "Boncuk görevi", sanrılar ve veri toplama arasındaki ilişkiyi, belirsiz koşullar altındaki akıl yürütme biçimini incelemek için kullanılır ve sonuca atlamayı değerlendirir [169]. Katılımcılara 2 kavanoz boncuk gösterilir. Pembe kavanozda 85 pembe boncuk; 15 yeşil boncuk bulunurken yeşil kavanozda 85 yeşil 15 pembe boncuk vardır. Ardından kavanozlar gizlenir ve katılımcılara 2 kavanozdan 1'inden çekilmiş bir boncuk dizisi gösterilir. Her çekilişten sonra katılımcılara boncukların hangi kavanozdan çekildiğine

karar vermeye hazır olup olmadıkları veya başka bir boncuk görmek isteyip istemedikleri sorulur.

3.5.17.3.Ödül İçin Efor Sarf Etme Testi (Effort Expenditure for Reward Task)

Motivasyon ve anhedoninin objektif bir ölçütü olarak geliştirilmiştir [170]. Eforla ilişkili karar verme yetilerini ölçer. Bu görev, ödülün büyüklüğü ve olasılığına yanıt olarak bireylerin çabalarını değerlendiren bilgisayarlı bir ödül görevidir. 20 dakika süren bu görev sırasında katılımcının ekrandaki ipuçlarına göre zor veya kolay bir görev seçmesi beklenir.

3.5.17.4.Psikiyatride Bilişsel Bozukluk Tarama Testi: SCIP Türkçe DEÜ SCAN Lab Versiyonu

Liste öğrenme testi, üçlü sessiz harfler, sözel akıcılık, geciktirilmiş liste öğrenme ve görsel-motor izleme alanlarını içerir. 2005 yılında geliştirilmiştir [171].

3.5.18. DEU SCAN LAB Sosyal Biliş Bataryası (Bora ve ark.)

Bora ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir bataryadır. Sosyal bilişin 5 boyutu aşağıdaki alt testlerle değerlendirilmiştir.

3.5.18.1.Yüzden Emosyon Tanıma

Inquisit programında yer alan *Penn emosyon tanıma testi* kullanılmıştır [172]. Temel emosyonların doğru sayıları dışında, yanlış skorların ne ölçüde negatif emosyonlara artmış atıfla ilişkili olduğu hesaplanmıştır.

3.5.18.2.Zihin Kuramı

İki test kullanılmıştır (Gözlerden zihin okuma ve ima testleri).

Gözlerden Zihin Okuma Testi (RMET): Gözlerden Zihin Okuma Testi zihin kuramı ve emosyon tanıma yetilerini değerlendirmede en sık kullanılan testlerden biridir [173]. Gözler testinin Türkçe formu 34 sorudan oluşur [174]. Her bir resim için bir

doğru yanıt ve üç çeldirici olmak üzere dört seçenek bulunmaktadır. Uygulama sırasında katılımcının her bir çift göz resimdeki kişinin ne düşündüğü ya da ne hissettiğini en iyi tarif eden seçeneği işaretlemesi istenir. Her sorunun yalnızca bir doğru yanıtı vardır. Değerlendirmede doğru yanıtlanan soru sayısı esas alınır. Alınan puanın yüksek olması sosyal biliş ve ZK yetilerinin iyi olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca, uyaran olarak fotoğraflar negatif, pozitif ve nötr olarak 3 grup olarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu şekilde negatif uyaranlara karşı bir bias olup olmadığı değerlendirilmiştir.

İma testi: Her madde imayı tanımayı içeren bir ifadeyi içerir. İlk soruya doğru yanıt verilmediği durumda ipucu sonrası tekrar yanıt beklenir. Bu çalışmada kullanılacak versiyonunda olası yanıtları içeren seçenekler vardır. Doğru yanıt yanında, hipomentalizasyon ve hipermentalizasyon hatalarına işaret eden seçenekleri içerir.

3.5.18.3.Sosyal Algı

Aşağıdaki 2 test uygulanmıştır.

Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (PONS): Bu testin 40 maddelik görsel kısa formu uygulanmıştır [175]. Test 40 siyah beyaz, sessiz videodan oluşmaktadır. Katılımcıdan videodaki bireyin yüz, vücut dili ve jestlerinden; yani nonverbal ipuçlarından içinde bulunduğu emosyonel ve zihinsel durumu algılaması istenmiştir. Toplamda 7 dakika 43 saniye sürmektedir.

Yüz İfadelerinin Güvenirliği Testi: Katılımcılara 10 yüz ifadesinin güvenilirlik derecesi değişken 7 farklı formuna (toplam 70 resim) bakarak o kişinin güvenilir olup olmadığı sorulmuştur.

3.5.18.4.Sosyal Bilgi:

Durumsal Özellikleri Tanıma Testiyle (SFRT): Kişinin sık karşılaşılan sosyal durumlarla ilgili bilgi düzeyi ölçülmüştür [176]. Sosyal Norm Anketi ile kişinin sosyal normları ne ölçüde tanıdığı değerlendirilmiştir.

3.5.18.5. Atıf Stili:

İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği (IPSAQ): Negatif ve pozitif olayları açıklarken kişinin atıflarının içsel, durumsal veya dışsal olarak mı yapıldığını ölçen bir ölçektir [177].

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi “IBM SPSS 24” programı kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arası farklar uygun yöntemlerle incelenmiştir. Verilerin dağılımı analiz öncesinde normallik testleriyle değerlendirilmiştir. Skewness -1 ve +1 , kurtosis -3 ve +3 arasında olma ve varyasyon katsayısının %30’dan küçük olması normal dağılım lehine değerlendirilmiştir. Normal dağılmayan sürekli değişkenler için 2 basamaklı normalizasyon yapılarak veri setine değişken olarak eklendikten sonra analizler gerçekleştirilmiştir. Normal dağıldıkları görüldükten sonra demografik özellikler, klinik değişkenler ve bilişsel test skorları için gruplar arasındaki farklar uygun parametrik yöntemler (bağımsız gruplar t testi, ki-kare testi) kullanılarak incelenmiştir. Boncuk görevi sonuçları Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Ödül için efor testinin sonuçları Karma Desenli Tekrarlı Ölçümler Anova ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkileri incelenirken ANCOVA kullanılmıştır. Öz-bildirim ölçekleri, klinik ölçek değişkenleri, psikometrik değerlendirmeler ve bilişsel testler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızda bazı sınırlılıklar vardı. Bunlardan ilki araştırmamızda sağlıklı kontrol grubunun olmamasıydı. Çalışmamızın amacı bipolar bozukluk tanı kümesindeki alt gruplarda benzerlik ve farklılıkları araştırmak da olsa sağlıklı kontrollere ait bilgiler daha kapsamlı bir değerlendirme yapmamızı sağlayabilirdi. Bir diğer kısıtlılık ise örneklem büyüklüğüydü. Güç analizi yapılarak katılımcı sayısı belirlenmiş olmasına ve yeterli sayıda katılımcının dahil edilmiş olmasına rağmen ‘Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz-Yüksek Risk Sendromu’ grubunda

4 farklı kategori olması nedeniyle alt grupların özelliklerini sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmek ancak daha fazla sayıdaki katılımcı ile mümkün olabilirdi.

3.8. Etik Kurul Onayı

Etik Kurul Onayı Ek-16'da sunulmuştur.

3.9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Ek-17'de sunulmuştur.



4.BULGULAR

Çalışmamıza toplamda 77 kişi dahil edilmiştir. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta 34 katılımcı, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grupta 43 katılımcı bulunmaktadır.

Klinisyen değerlendirmesi yapılarak olgu rapor formu ve klinik ölçekler tüm katılımcılar için doldurulmuştur. Bir katılımcı hariç tüm katılımcılar öz-bildirim ölçeklerini eksiksiz olarak doldurmuşlardır. Bu kişi yalnızca şizotipal kişilik ölçeğini motivasyon eksikliği nedeniyle yarım bırakmıştır. Nörobilişsel testler ve sosyal biliş bataryasının tüm katılımcılara uygulanması hedeflenmişti. Ancak testleri sürdürmeyi engelleyen bazı durumlar (motivasyon düşüklüğü, kontrol randevusuna gelememe, taşınma vb.) nedeniyle tüm katılımcılar için eksiksiz olarak yapılamamıştır. 77 hastamızın 67'si (%87) tüm testleri tamamlayabilmiştir.

4.1 Çalışma gruplarının belirlenmesi:

Bipolar bozukluk atak dönemleri dışında Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşmeye (SIPS) göre APS, BLIPS ve GRİAS kriterlerini son 3 yıl içinde karşılayanlar, bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Şizotipal Kişilik Ölçeğinde (ŞKÖ) puanı 42 ve üzerinde olanlar, bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Kısa Negatif Belirtiler Ölçeğinde (KNBÖ'de) 'Avölüsyon' veya 'Duygulanımda Küntlük' alt ölçeklerinden 3 ve üzeri puan alanlar veya bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeğinde (PBDÖ) pozitif yapısal düşünce bozukluğu sorularından 2 ve üzeri puan alan katılımcılar Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu grubuna dahil edilmiştir. Bu kriterlerden herhangi birini sağlamayan katılımcılar ise Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubu oluşturmuştur. Bazı katılımcılar prodromal belirtiler, düşünce bozukluğu, negatif belirtiler ve şizotipi alanlarının birden fazlasında kriterleri karşılayarak risk grubuna dahil edildiler.

- Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme (SIPS) sonucunda 1 kişi BLIPS, 21 kişi APS ve 3 kişi GRİAS kriterlerini karşılamıştır. Toplamda 25 kişi Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme sonucuna göre ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ grubuna dahil edilmiştir.
- Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ) puanı 42 ve üzerinde olan 19 katılımcı bulunmaktaydı. 1 kişi Şizotipal kişilik ölçeğini motivasyon eksikliği nedeniyle puanlamamasına rağmen, bu kişi Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme sonucuna göre APS grubunda olduğu için ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ grubuna dahil edilmiştir.
- Kısa Negatif Belirtiler Ölçeğinde (KNBÖ) ‘Avolüsyon’ ve ‘Duygulanımda Küntlük’ alt ölçeklerinden 3 ve üzeri puan alan 6 katılımcı ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ grubuna dahil edilmiştir.
- Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeğinde (PBDÖ) pozitif yapısal düşünce bozukluğu sorularından 2 ve üzerinde puan alan 10 katılımcı ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ grubuna dahil edildi.

4.2.Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

4.2.1 Yaş

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun yaş ortalaması 23.35 ± 5.2 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun yaş ortalaması 24.16 ± 4.48 bulunmuştur. İki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.466$) (Tablo 1).

4.2.2. Cinsiyet

Çalışmaya katılan tüm bireyler değerlendirildiğinde katılımcıların %64'ü (n=49) kadın, %36'sı (n=28) erkektir. Grupların cinsiyet dağılımlarını ayrı ayrı inceleyecek olursak Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan gruptaki katılımcıların %65'inin (n=22) ve Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan gruptaki katılımcıların %63'ünün (n=27) kadın cinsiyette olduğu görülmektedir. Cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=1.0) (Tablo1).

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun eğitim süresi ortalamaları 13.44 ± 2.41 yıl iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun eğitim süresi ortalamaları 14.16 ± 2.49 bulunmuştur. Grupların eğitim süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.2) (Tablo 1).

4.2.3. Eğitim, Ebeveyn Eğitimi

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun babalarının eğitim süresi ortalamaları 9.36 ± 4.06 yıl iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun babalarının eğitim süresi ortalamaları 9.6 ± 4.62 saptanmıştır. Her iki grubun babalarının eğitim süreleri ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.82) (Tablo 1).

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun annelerinin eğitim süresi ortalamaları 9 ± 3.7 yıl iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun annelerinin eğitim süresi ortalamaları 8.3 ± 4.48 saptanmıştır. Her iki grubun annelerinin eğitim süreleri ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.43) (Tablo 1).

Anne ve babaların eğitim sürelerinin ortalamaları alınarak ebeveyn eğitim süresi değişkeni tanımlanmıştır. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun ebeveynlerinin ortalama eğitim süresi 9.18 ± 3.41 yıl iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun

ebeveynlerinin ortalama eğitim süresi 8.92 ± 4.21 saptanmıştır. Her iki grubun ebeveynlerinin ortalama eğitim süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.77$) (Tablo 1).

Tablo 1: Sosyodemografik Veriler-Yaş, Cinsiyet, Eğitim

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS	p
Yaş	23.35 (5.2)	24.16 (4.48)	0.466 ^a
Cinsiyet (K/E) (n)	22/12	27/16	1 ^b
Eğitim (yıl)	13.44 (2.41)	14.16 (2.49)	0.2 ^a
Annenin eğitimi (yıl)	9 (3.7)	8.3 (4.48)	0.43 ^a
Babanın eğitimi (yıl)	9.36 (4.06)	9.6 (4.62)	0.82 ^a
Ortalama ebeveyn eğitimi (yıl)	9.18(3.41)	8.92(4.21)	0.77 ^a

^a Bağımsız gruplar t testi, ^b Fisher'in kesin testi SS: Standart sapma

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan gruptaki katılımcıların %11.8'i (n=4) evli, %88.2'si (n=30) bekar. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan gruptaki katılımcıların %11.6'sı evli (n=5), %81.4'ü (n=35) bekar ve %7'si (n=3) boşanmıştır. Medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1.0$) (Tablo 2).

Tablo 2: Sosyodemografik Veriler -Medeni durum

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		P
	n	(%)	n	(%)	
Evli	4	11.8	5	11.6	
Bekar	30	88.2	35	81.4	
Boşanmış	0	0	3	7	0.29

Kikare testi yapılmıştır.

4.2.4. Öğrenim ve Çalışma Hayatına Katılım

Katılımcıların 15-35 yaş arasında olması nedeniyle öğrenim ve çalışma durumlarına göre aktif katılımları incelenmiştir. Öğrenci olup okula devam edebilme veya son 36 ayın çoğunluğunda çalışabilme, öğrenim ve çalışma hayatına aktif katılım olarak değerlendirilmiştir. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan gruptaki katılımcıların %74'ü (n=25), Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan gruptaki katılımcıların %93'ü (n=40) öğrenim ve çalışma hayatına aktif olarak katıldığı saptanmıştır. Gruplar arasında öğrenim ve çalışma hayatına aktif katılım açısından anlamlı fark bulunmuştur (p=0.019) (Tablo 3).

Tablo 3: Sosyodemografik veriler – Öğrenim ve çalışma hayatına katılım

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		P
	n	(%)	n	(%)	
Öğrenim ve çalışma hayatına aktif katılım	25	0.74	40	0.93	0.019

Kikare testi yapılmıştır.

4.3.Çalışma Gruplarının Klinik Özellikleri

4.3.1.Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Katılımcıların eşlik eden psikiyatrik hastalık tanılarına dair oranlar tablo 4'te gösterilmiştir. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan gruptaki katılımcıların %47.1'inde (n=16) herhangi bir psikiyatrik eş tanı saptanırken, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan gruptaki katılımcıların %30.2'sinde (n=13) bir psikiyatrik eş tanı saptanmıştır. Gruplar arasında psikiyatrik bir eş tanıya sahip olmak açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p=0.130).

Her iki grupta da Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu en sık rastlanan tanı olmuştur (%32.4, %20.9). Bunu 2. sırada Anksiyete Bozukluğu izlemektedir (%20.6, %16.3). Ancak istatistiksel olarak gruplar arasında farklılık saptanan tek eş tanı Dürtü Denetim Bozukluğu olmuştur (p=0.034). Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan gruptaki katılımcıların %11.8'inde (n=4) Dürtü Denetim Bozukluğu saptanırken, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan gruptaki katılımcılar arasında Dürtü Denetim Bozukluğu olan kimseye rastlanmamıştır. Gruplar arasında Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Tik Bozukluğu ve Tourette Sendromu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Yeme Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		p
	n	%	n	%	
Anksiyete Bozukluğu	7	20.6	7	16.3	0.626
Sosyal Fobi	1	2.9	1	2.3	0.691*
Obsesif Kompulsif Bozukluk	6	17.6	3	7	0.138*
Tik Bozukluğu ve Tourette Sendromu	1	2.9	0	0	0.422*
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	2.9	0	0	0.442*
Dürtü Denetim Bozukluğu	4	11.8	0	0	0.034*
Yeme Bozukluğu	1	2.9	1	2.3	0.691*
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	11	32.4	9	20.9	0.256
Psikiyatrik Eştanı	16	47.1	13	30.2	0.130

Kikare testi yapılmıştır. *Fisher'ın kesin testi

4.3.2. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı:

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan gruptaki katılımcıların %55.9'u (n=19), Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan gruptaki katılımcıların ise % 65.1'i (n=28) sigara

kullanmaktadır. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan gruptaki katılımcıların %5.9’unda (n=2) alkol kullanım bozukluğu var iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan gruptaki katılımcılar arasında alkol kullanım bozukluğu olan kimseye rastlanmamıştır. Madde kullanımı değerlendirilirken kişilere yaşamlarının herhangi bir döneminde madde deneyip denemedikleri veya herhangi bir maddeyi düzenli olarak kullanıp kullanmadıkları sorulmuştur. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu’nda yaşam boyu esrar kullanma oranı %23.5 (n=8), diğer maddeleri kullanma oranı %5.9 (n=2) saptanırken; Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta esrar kullanma oranı %20.9 (n=0), diğer maddeleri kullanma oranı %9.3 (n=4) saptanmıştır. Gruplar arasında sigara kullanımı, alkol kullanım bozukluğu, yaşam boyu esrar veya diğer madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		p
	n	%	n	%	
Sigara kullanımı	19	55.9	28	65.1	0.409
Alkol kullanım bozukluğu	2	5.9	0	0	0.192*
Yaşam boyu esrar kullanımı	8	23.5	9	20.9	0.785
Yaşam boyu diğer madde kullanımı	2	5.9	4	9.3	0.456

Kikare testi yapılmıştır. *Fisher’ın kesin testi

4.3.3.Soygeçmiş özellikleri

Her iki gruptaki katılımcıların soygeçmiş özellikleri tablo 6’da gösterilmiştir. Gruplar arasında akrabalarda psikoz öyküsü, bipolar bozukluk öyküsü, depresyon öyküsü veya nörogelişimsel bozukluk öyküsü açısından fark saptanmamıştır.

Tablo 6: Soygeçmiş Özellikleri

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		p
	n	%	n	%	
1. Derece Akrabada Psikoz Öyküsü	2	5.9	3	7	0.611*
2. Derece Akrabada Psikoz Öyküsü	6	17.6	5	11.6	0.335*
1. veya 2. Derece Akrabada Psikoz Öyküsü	8	23.5	8	18.6	0.597
1. Derece Akrabada Bipolar Bozukluk Öyküsü	4	11.8	4	9.3	0.505*
2. Derece Akrabada Bipolar Bozukluk Öyküsü	7	20.6	9	20.9	0.971
1. veya 2. Derece Akrabada Psikoz Öyküsü	10	29.4	12	27.9	0.885
1. Derece Akrabada Depresyon Öyküsü	11	32.4	10	23.3	0.373
1. Derece Akrabada Nörogelişimsel Bozukluk Öyküsü	1	2.9	2	4.7	0.588*

Kikare testi yapılmıştır. *Fisher’ın kesin testi

4.3.4. Hastalık seyrinde klinik özellikler

Bipolar bozukluk tanı yaşı Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta ortalama 19.71 ± 4.16 yaş iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grupta 21.28 ± 4.74 yaş olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.131$). Manik belirtilerin başlangıç yaşı açısından gruplar karşılaştırıldığında Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup için ortalama yaş 19.39 ± 4.19 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grup için ortalama yaş 20.60 ± 4.84 olarak hesaplanmış olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.247$). Depresif belirtilerin başlangıç yaşı açısından gruplar karşılaştırıldığında ise Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup için ortalama yaş 15.34 ± 4.97 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grup için ortalama yaş 17.78 ± 3.42 olarak hesaplanmış olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.026$).

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta manik atak sayısı 2.62 ± 3.28 , depresif atak sayısı 4.35 ± 4.27 iken; Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grupta manik atak sayısı 2.3 ± 3.26 , depresif atak sayısı 3.35 ± 3.96 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında geçirilmiş manik veya depresif atak sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (sırasıyla $p=0.675$; $p=0.289$) (Tablo 7).

Tablo 7: Bipolar bozukluk tanı yaşı, manik ve depresif belirtilerin başlangıç yaşı, atak sayısı

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS	p
Bipolar Bozukluk Tanı Yaşı	19.71 $\pm$ 4.16 (n=34)	21.28 $\pm$ 4.74 (n=43)	0.131
Manik Belirtilerin Başlangıç Yaşı	19.39 $\pm$ 4.19 (n=34)	20.60 $\pm$ 4.84 (n=43)	0.247
Depresif Belirtilerin Başlangıç Yaşı	15.34 $\pm$ 4.97 (n=29)	17.78 $\pm$ 3.42 (n=34)	0.026
Manik Atak Sayısı	2.62 $\pm$ 3.28 (n=34)	2.3 $\pm$ 3.26 (n=43)	0.675
Depresif Atak Sayısı	4.35 $\pm$ 4.27 (n=34)	3.35 $\pm$ 3.96 (n=43)	0.289
Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma			

Tablo 8, 9 ve 10’da mani dönemi özelliklerinin istatistiksel analizleri gösterilmiştir. Mani döneminde psikotik belirtiyeye sahip olmak açısından gruplar arasında farklılık gösterilememiştir ($p= 0.125$). En şiddetli mani dönemindeki yaş açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır ($p=0.311$). Psikotik mani atakları esnasında duygudurum ile tutarlı sanrılarının varlığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p= 0.089$). Psikotik mani atakları esnasında duygudurum ile tutarsız sanrılarının varlığı açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.276$). Ancak psikotik mani epizodu esnasında Schneiderian belirti gösterme durumu açısından gruplar karşılaştırıldığında psikotik mani geçiren katılımcılar arasında Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu’nda %38.1 ($n=8$) oran ile Schneiderian belirti saptanırken; Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta %10.5 ($n=2$) oran ile Schneiderian belirti saptanmıştır. Psikotik mani epizodu esnasında Schneiderian belirti gösterme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.048$).

Tablo 8: Mani dönemi özellikleri -1

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		p
	n	%	n	%	
Psikotik Özellik Gösteren Mani	21	61.8	19	44.2	0.125 ^a
	Ortalama±SS		Ortalama±SS		
En Şiddetli Mani Dönemi Esnasında Yaş	20.76±4.41		21.81±4.53		0.311 ^b

^a Kikare testi H, ^b Bağımsız gruplar t testi SS: Standart sapma

Tablo 9: Mani dönemi özellikleri -2

Psikotik Manik Dönem Esnasında Duygudurum ile Tutarlı Sanrılarının Varlığı	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		p
	n	%	n	%	
Belirgin	10	47.6	15	78.9	0.089
Şüpheli	9	42.9	4	21.1	
Yok	2	9.5	0	0	

Kikare testi yapılmıştır.

Tablo 10: Mani dönemi özellikleri -3

Psikotik Manik Dönem Esnasında Duygudurum ile Tutarsız Sanrılarının Varlığı	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=21		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=19		p
	n	%	n	%	
Belirgin	8	38.1	4	21.1	
Şüpheli	7	33.3	5	26.3	
Yok	6	28.6	10	52.6	0.276
Schneiderian belirti gösterme	8	38.1	2	10.5	0.048*

Kikare testi yapılmıştır. *Fisher'ın kesin testi

Tablo 11, 12 ve 13'te depresif dönem özelliklerinin istatistiksel analizleri gösterilmiştir. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu'nda depresif dönemde psikotik belirti gösterme oranı %51.7 (n=15) saptanırken; Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta depresif dönemde psikotik belirti gösterme oranı %18.2 (n=6) olarak saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.005). En şiddetli depresyon dönemindeki yaş açısından gruplar arasında bir farklılık saptanmamıştır (p=0.095). Gruplar arasında melankolik özellikli depresyon gösterme veya melankoli indeks puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla p=0.223; p=0.51).

Psikotik depresyon atakları esnasında duygudurum ile tutarlı sanrılarının varlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p= 0.43). Psikotik depresyon atakları esnasında duygudurum ile tutarsız sanrılarının varlığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.105). Psikotik depresyon epizodu esnasında Schneiderian belirti gösterme durumu açısından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.228).

Tablo 11: Depresif dönem özellikleri -1

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=29		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=33		p
	n	%	n	%	
Psikotik Özellik Gösteren Depresyon	15	51.7	6	18.2	0.005^a
	Ortalama±SS		Ortalama±SS		
En Şiddetli Depresif Dönemi Esnasında Yaş	19.07±4.64		21±4.32		0.095 ^b
	n	%	n	%	
Melankolik Özellikli Depresyon Öyküsü	21	72.4	19	57.6	0.223 ^a
	Ortalama±SS		Ortalama±SS		
Melankoli indeksi	2.21±1.01		2.39±1.17		0.51

^a Kikare testi H, ^b Bağımsız gruplar t testi SS: Standart sapma

Tablo 12: Depresif dönem özellikleri -2

Psikotik Depresif Dönem Esnasında Duygudurum ile Tutarlı Sanrılarının Varlığı	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=15		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=6		p
	n	%	n	%	
Belirgin	6	40	4	66.7	
Şüpheli	7	46.7	1	16.7	
Yok	2	13.3	1	16.7	0.43

Kikare testi yapılmıştır.

Tablo 13: Depresif dönem özellikleri -3

Psikotik Depresif Dönem Esnasında Duygudurum ile Tutarlı Sanrılarının Varlığı	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=15		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=16		p
	n	%	n	%	
Belirgin	3	20	1	16.7	
Şüpheli	9	60	1	16.7	
Yok	3	20	4	66.67	0.105
Schneiderian belirti gösterme	4	26.7	0	0	0.228

Kikare testi yapılmıştır.

4.3.5. Gelişimsel Öykü

Her iki grup gelişimsel özellikler açısından geçmiş öyküye dayanılarak karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında gelişimsel özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda gelişimsel öyküde en sık olarak hastaların % 35.3'ünde ($n=12$) disleksi/diskalkuliye rastlanmış olup Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski

bulunmayan grupta gelişimsel öyküde en sık olarak hastaların %27.9’unda (n=12) enürezise rastlanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14: Gelişimsel özellikler

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		p
	n	%	n	%	
Zor doğum/Perinatal komplikasyon	7	20.6	8	18.6	0.827
Enürezis	8	23.5	12	27.9	0.664
Gelişimsel motor koordinasyon bozukluğu	10	29.4	7	16.3	0.168
Motor veya dil gelişiminde gecikme	5	14.7	4	9.3	0.351*
Disleksi/Diskalkuli	12	35.3	11	25.6	0.355
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	11	32.4	9	20.9	0.256
Febril nöbet veya epileptik nöbet öyküsü	4	11.8	3	7	0.693*
Kafa travması öyküsü	6	17.6	2	4.7	0.129*
Çocukluk çağı travma veya ihmal öyküsü	10	29.4	11	25.6	0.708

Kikare testi yapılmıştır. *Fisher’ın kesin testi

4.3.6. Psikiyatrik ilaç tedavisi kullanımı

Çalışma gruplarının ilaç kullanım durumları ve eğer antipsikotik tedavi kullanıyorlarsa kullandıkları antipsikotik ilaçların eşdeğer dozları ve grupların karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmiştir. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubundaki katılımcıların % 91.2'si (n=31), Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan gruptaki katılımcıların % 83.7'si (n=36) duygudurum düzenleyici bir ilaç kullanmaktadır. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubundaki katılımcıların % 79.4'ü (n=27), Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan gruptaki katılımcıların % 72.1'i (n=31) antipsikotik bir ilaç kullanmaktadır. Birinci gruptaki katılımcıların kullandıkları ortalama klorpromazin eşdeğer dozu 360.57 ± 247.56 iken, ikinci gruptaki katılımcıların ortalama klorpromazin eşdeğer dozu 272.6 ± 194.18 olarak saptanmıştır. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubundaki katılımcıların % 17.6'sı (n=6), Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan gruptaki katılımcıların % 23.3'ü (n=10) antidepresan bir ilaç kullanmaktadır. Gruplar arasında duygudurum düzenleyici ilaç kullanımı, antipsikotik kullanımı, antidepresan kullanımı veya antipsikotik eşdeğer dozları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15: İlaç kullanım durumları

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu n=34		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup n=43		p
	n	%	n	%	
Duygudurum düzenleyici ilaç kullanımı	31	91.2	36	83.7	0.269 ^b
Lityum	14	41.2	22	51.2	0.383 ^a
Valproat	12	35.3	19	44.2	0.429 ^a
Lamotrijin	7	20.6	7	16.3	0.626 ^a
Antipsikotik kullanımı	27	79.4	31	72.1	0.459 ^a
Olanzapin	6	17.6	12	27.9	0.291 ^a
Ketiapin	11	32.4	6	14	0.053 ^a
Risperidon	4	11.8	6	14	1 ^b
Paliperidon	1	2.9	0	0	0.442 ^b
Aripiprazol	12	35.3	13	30.2	0.638 ^a
Trifluoperazin	0	0	1	2.3	1 ^b
Amisülpirid	2	5.9	1	2.3	0.580 ^b
Klozapin	1	2.9	0	0	0.442 ^b
Klorpromazin eşdeğer dozları (mg)	Ortalama±SS 360.57±247.56		Ortalama±SS 272.6±194.18		0.135 ^c
Antidepresan kullanımı	6	17.6	10	23.3	0.547 ^a

^a Kikare testi ^b Fisher'ın kesin testi ^c Bağımsız gruplar t testi SS: Standart Sapma

4.3.7. İçgörü

İçgörü, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği'nin ilk 3 maddesi ile değerlendirilmiş olup şimdi ve geçmişe yönelik yapılan değerlendirmede ölçek alt maddelerinde veya toplam puanında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
Madde 1 şimdi	1.79 $\pm$ 1.07	1.72 $\pm$ 1.12	0.772
Madde 1 geçmiş	1.59 $\pm$ 0.96	1.33 $\pm$ 0.75	0.194
Madde 2 şimdi	1.91 $\pm$ 1.26	1.77 $\pm$ 1.19	0.609
Madde 2 geçmiş	1.71 $\pm$ 1.17	1.4 $\pm$ 0.88	0.202
Madde 3 şimdi	1.59 $\pm$ 0.99	1.42 $\pm$ 0.82	0.414
Madde 3 geçmiş	1.68 $\pm$ 1.09	1.3 $\pm$ 0.74	0.093
Şimdi total	5.26 $\pm$ 2.74	4.9 $\pm$ 2.49	0.551
Şimdi geçmiş	4.94 $\pm$ 2.83	4.07 $\pm$ 1.72	0.12

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

Madde 1: Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi, Madde 2: İlaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyi, Madde 3: Ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi

4.4. Klinik Ölçek Bulguları

4.4.1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanlarının ortalaması 4.06 ± 3.78 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanlarının ortalaması 2.16 ± 2.79 saptanmıştır. Her iki grubun Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.013$) (Tablo 17). Ancak her iki grubun ortalaması da ölçeğin kesme puanının altındadır.

4.4.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanlarının ortalaması 1.74 ± 2.54 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanlarının ortalaması 1.26 ± 2.23 saptanmıştır. Her iki grubun Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.381$) (Tablo 17).

Tablo 17: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ ve YMDÖ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
HDDÖ	4.06 ± 3.78	2.16 ± 2.79	0.013
YMDÖ	1.74 ± 2.54	1.26 ± 2.23	0.381

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.4.3.Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (KNBÖ)

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 5.23 ± 3.61 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grubun Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 4.33 ± 2.82 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği'nin toplam puanı, amotivasyon faktörü, ekspresyon faktörü veya ölçek alt madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). Bu alt ölçek çalışma gruplarını kategorik olarak ayırt etmede kullanılan ölçeklerden biridir (Tablo 18).

Tablo 18: Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (KNBÖ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
Amotivasyon Faktörü	3.42 $\pm$ 1.74	2.89 $\pm$ 1.1	0.135
Anhedoni	1.1 $\pm$ 0.28	0.99 $\pm$ 0.15	0.067
Sıkıntı hissinin eksikliği	0.05 $\pm$ 0.001	0.05 $\pm$ 0.001	0.812
Asosyalılık	1.02 $\pm$ 0.17	1 $\pm$ 0.14	0.47
Avölüsyon	0.86 $\pm$ 0.16	0.86 $\pm$ 0.14	0.812
Ekspresyon Faktörü	1.09 $\pm$ 0.26	1.06 $\pm$ 0.28	0.647
Afektif Küntlük	0.77 $\pm$ 0.12	0.75 $\pm$ 0.1	0.336
Aloji	0.22 $\pm$ 0	0.22 $\pm$ 0.02	0.161

Total	5.23±3.61	4.33±2.82	0.228
--------------	-----------	-----------	-------

2 basamaklı normalizasyon yapıldıktan sonra bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.4.4 Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği'nin Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu alt ölçeğinden 1.11±0.36 puan elde etmiş iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grup 0.9 ± 0.08 puan elde etmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.004). Bu alt ölçek, çalışma gruplarını kategorik olarak ayırt etmede kullanılan ölçeklerden biridir (Tablo 19).

Tablo 19: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama ± SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama ± SS n=43	p
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu	1.11 ± 0.36	0.9 ±0.08	0.004

2 basamaklı normalizasyon yapıldıktan sonra bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.4.5. Psikoz risk sendromu açısından değerlendirme

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup Prodromal Belirtiler için Yapılandırılmış Görüşmenin Pozitif Semptomlar bölümünden 5.53±4.49 puan elde etmiş iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grup 0.51 ± 0.89 puan elde etmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.001). Bu

yapılandırılmış görüşme, çalışma gruplarını kategorik olarak ayırt etmede kullanılan görüşmelerden biridir. Yapılandırılmış görüşmenin pozitif semptomlar bölümündeki alt maddeler ayrı ayrı analiz edildiğinde olağandışı düşünce içeriği/ sanrılar, şüphecilik/kötülük görme düşünceleri ve algı anormallikleri/varsanılar alt maddelerinde gruplar arasında anlamlı fark saptandığı görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 20).

Tablo 20: Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme/Pozitif Semptomlar (SIPS)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=33	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
P1-Olağandışı düşünce içeriği/ Sanrılar	1.59 $\pm$ 1.6	0.16 $\pm$ 0.43	<0.001
P2- Şüphecilik/Kötülük görme düşünceleri	1.76 $\pm$ 1.76	0.14 $\pm$ 0.41	<0.001
P3-Büyüklik düşünceleri	0.3 $\pm$ 0.47	0.21 $\pm$ 0.29	0.33
P4-Algı anormallikleri/	1.59 $\pm$.162	0.09 $\pm$ 0.37	<0.001
P5-Dezorganize İletişim	0.22 $\pm$ 0.4	0.1 $\pm$ 0	0.08
Pozitif semptomlar total	5.53 $\pm$ 4.49	0.51 $\pm$ 0.86	<0.001

P3 ve P5 değişkenleri normal dağılmadığı için 2 basamaklı normalizasyon yapıldıktan sonra analiz edilmiştir. Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.5. Öz-değerlendirme Ölçek Bulguları

4.5.1.Şizotipal Kişilik Ölçeği

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta Şizotipal Kişilik Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 41.55 ± 14.43 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grupta Şizotipal Kişilik Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 19.53 ± 11.83 olarak hesaplanmıştır. Bu öz-değerlendirme ölçeği, çalışma gruplarını kategorik olarak ayırt etmede kullanılan ölçeklerden biridir. Ölçeğin 3 faktörü ayrı ayrı incelendiğinde, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup dezorganize şizotipinden 10.12 ± 4.23 , pozitif şizotipiden 27.6 ± 9.62 ve negatif şizotipiden 17.12 ± 8.25 puan elde etmiştir. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grup ise dezorganize şizotipinden 5.09 ± 4.18 , pozitif şizotipiden 12.58 ± 8.97 ve negatif şizotipiden 8.65 ± 5.79 puan elde etmiştir. Toplam puan ve her 3 faktör için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır ($p < 0.001$) (Tablo 21).

Tablo 21: Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
Şizotipi total	41.55 ± 14.43	19.53 ± 11.83	<0.001
Dezorganize şizotipi	10.12 ± 4.23	5.09 ± 4.18	<0.001
Pozitif şizotipi	27.6 ± 9.62	12.58 ± 8.97	<0.001
Negatif şizotipi	17.12 ± 8.25	8.65 ± 5.79	<0.001

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.5.2 Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 71.68 ± 12.89 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grupta Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 62.26 ± 11.61 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin 3 faktörü ayrı ayrı incelendiğinde, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup dikkat dürtüsellikinden 19.26 ± 4.29 , motor dürtüsellikten 23.97 ± 5.85 ve plan yapmama 28.74 ± 6.42 puan elde etmiştir. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grup ise dikkat dürtüsellikinden 16.6 ± 4.45 , motor dürtüsellikten 20.19 ± 4.49 ve plan yapmama 25.7 ± 4.88 puan elde etmiştir. Toplam puan ve her 3 faktör için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 22).

Tablo 22: Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
Dürtüsellik total	71.68 $\pm$ 12.89	62.26 $\pm$ 11.61	0.001
Dikkat dürtüsellik	19.26 $\pm$ 4.29	16.6 $\pm$ 4.45	0.01
Motor dürtüsellik	23.97 $\pm$ 5.85	20.19 $\pm$ 4.49	0.002
Plan yapmama	28.74 $\pm$ 6.42	25.7 $\pm$ 4.88	0.021

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.5.3. Boyutsal Apati Ölçeği

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta Boyutsal Apati Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 33.74 ± 10.35 iken, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grupta Boyutsal Apati Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 28.44 ± 8.52 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin 3 faktörü ayrı ayrı incelendiğinde, Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup yürütücü apatiden 13 ± 6.27 duygusal apatiden 8.59 ± 4.25 ve davranışsal-kognitif apatiden 13.12 ± 4.14 puan elde etmiştir. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunmayan grup ise yürütücü apatiden 10.14 ± 5.32 , duygusal apatiden 7.47 ± 3.45 ve davranışsal-kognitif

apatiden 10.9 ± 3.71 puan elde etmiştir. Toplam puan, yürütücü apati ve davranışsal-kognitif apati puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Duygusal apati açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır ($p = 0.205$) (Tablo 23).

Tablo 23: Boyutsal Apati Ölçeği (BAÖ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
Yürütücü apati	13 $\pm$ 6.27	10.14 $\pm$ 5.32	0.033
Duygusal apati	8.59 $\pm$ 4.25	7.47 $\pm$ 3.45	0.205
Davranışsal- kognitif apati	13.12 $\pm$ 4.14	10.9 $\pm$ 3.71	0.016
Apati total	33.74 $\pm$ 10.35	28.44 $\pm$ 8.52	0.016

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.6 Düşünce Dil Ölçeği Değerlendirme Bulguları

Tematik Algı Testi kartlarından seçilmiş olan 3 resim değerlendirilmiş olup 3 resimden elde edilen puanların ortalamaları karşılaştırılmıştır. Düşünce Dil Ölçeği toplam puanı ve Düşünce Fakirleşmesi alt başlığı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Düşünce Dağınıklığı alt başlığı açısından ise Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubu'nun ortalama puanı 0.52 ± 0.51 iken, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grubun ortalama puanı 0.29 ± 0.34 saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlılık sınırındadır ($p = 0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Düşünce Dil Ölçeği (DDÖ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=29	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=32	p
Düşünce fakirleşmesi	0.69 $\pm$ 0.49	0.65 $\pm$ 0.49	0.771
Düşünce dağınıklığı	0.52 $\pm$ 0.51	0.29 $\pm$ 0.34	0.05
Toplam	1.15 $\pm$ 0.75	0.95 $\pm$ 0.77	0.325

Düşünce fakirleşmesi ve düşünce dağınıklığı değişkenleri için 2 basamaklı normalizasyon yapılmıştır. Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.7. Nörobilişsel Değerlendirme Bulguları

4.7.1. Zeka Testleri (WAIS, WISC-R)

Zeka testlerinin bilgi alt testlerinin analizinde 68 katılımcının WAIS (yetişkinler için zeka testi), 3 katılımcının ise WISC-R (çocuklar için zeka testi) sonucu kullanıldı. Bilgi alt testi puanlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0.919$) (Tablo 25).

Tablo 25: Zeka- WAIS Genel bilgi alt testi

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=32	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=39	p
Genel bilgi alt testi	15.94 $\pm$ 5.62	16.08 $\pm$ 5.83	0.919

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.7.2. Psikiyatride Bilişsel Bozukluk Tarama Testi

Bilişsel Bozukluk Tarama Ölçeği (SCIP) ile Sözel Öğrenme, Üçlü Sessiz Harf Sıralama, Sözel Akıcılık, Geri Çağırma ve Sayı Sembolleri alt alanları değerlendirilmiştir. Çalışma grupları arasında bilişsel bozukluk tarama testinin alt alan skorlarında veya total skorunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 26).

Tablo 26: Bilişsel Bozukluk Tarama Testi (SCIP)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=35	p
Sözel Öğrenme	22.29 $\pm$ 3.81	22.54 $\pm$ 3.28	0.77
Üçlü sessiz harf sıralama	17.42 $\pm$ 3.23	18.71 $\pm$ 3.25	0.11
Sözel akıcılık	12.81 $\pm$ 4.73	13.77 $\pm$ 5.08	0.43
Geri çağırma	7.13 $\pm$ 1.75	7.37 $\pm$ 1.9	0.59
Sayı sembolleri	10.19 $\pm$ 2.44	10.46 $\pm$ 2.68	0.68
Total	69.84 $\pm$ 10.42	72.57 $\pm$ 11.23	0.31

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

4.7.3. Wisconsin Kart Eşleme Testi

Wisconsin Kart Eşleme Testi'nde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yalnızca kurulumu sürdürmede başarısızlık açısından Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunun ortalaması 1.9 $\pm$ 1.92, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek riski bulunmayan grubun ortalaması 1.11 $\pm$ 1.37

saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlılık sınırındadır (p=0.06) (Tablo 27).

Tablo 27: Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=37	p
WCST 1	121.87 $\pm$ 15.12	117.59 $\pm$ 17.49	0.29
WCST 2	74.35 $\pm$ 15.53	71 $\pm$ 14.65	0.36
WCST 3	47.52 $\pm$ 20.47	46.59 $\pm$ 22.66	0.86
WCST 4	3.48 $\pm$ 1.84	4 $\pm$ 1.89	0.26
WCST 5	6.97 $\pm$ 6.07	7.3 $\pm$ 4.04	0.79
WCST 6	26.1 $\pm$ 32.07	17.51 $\pm$ 14.01	0.17
WCST 7	1.9 $\pm$ 1.92	1.11 $\pm$ 1.37	0.06

WCST 1, WCST 5 VE WCST 6 değişkenleri için 2 basamaklı normalizasyon uygulanmıştır. Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. SS: Standart sapma

WCST1: Toplam tepki sayısı WCST2: Toplam doğru sayısı WCST3: Toplam hata sayısı WCST4: Tamamlanan kategori sayısı WCST5: Toplam perseveratif hata sayısı WCST6: İlk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısı WCST7: Kurulumu sürdürmede başarısızlık

4.7.4. Ödül için Efor Sarf Etme Testi

Katılımcılar arası faktör olarak grup ve katılımcılar içi faktörler olarak hem olasılık hem de ödül seviyesi (düşük, orta, yüksek) alındı. Karma model tekrarlı ölçümler ANOVA kullanılarak analiz edildi. Zoru seçme oranı bağımlı değişken olarak alındı. Değişen koşullarda (olasılık ve ödül düzeyinin değiştiği koşullar) zor

görev seçme olasılığı açısından çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır ($p<0.005$) (Tablo 28).

Tablo 28: Ödül için Efor Sarf Etme Testi (EEFRT)

Zor görev seçimlerinin olasılığı açısından farklı koşullarda ödül, olasılık, grup etkisi	t	p
%12 olasılık- düşük ödül	0.37	1
%50 olasılık-orta ödül	1.37	1
%88 olasılık-yüksek ödül	0.65	1
%50 olasılık- düşük ödül	1.12	1
%50 olasılık-orta ödül	1.34	1
%50 olasılık-yüksek ödül	1.03	1
%88 olasılık- düşük ödül	2.08	0.82
%88 olasılık-orta ödül	0.63	1
%88 olasılık-yüksek ödül	0.63	1

Karma desenli tekrarlı ölçümler ANOVA testi kullanılmıştır. Analizler eğitim süresine göre düzeltilmiştir. N=66 (Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubu= 30 Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grup = 36).

4.7.5. Boncuk Görevi

Boncuk Görevi'nde karar vermeden önce çekilen boncuk sayıları ve tek boncuktan sonra karar verme oranları gruplar arasında kıyaslanmıştır. Boncuk Görevi'nde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 29).

Tablo 29: Boncuk Görevi

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31		Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=37		p
Karar vermeden önce çekilen boncuk sayısı	2.74 $\pm$ 3.74		2.05 $\pm$ 2.22		0.67 ^a
	n	%	n	%	
Tek boncuktan sonra karar verme	18	58.1	21	56.8	0.91 ^b

Mann Whitney U testi kullanılmıştır. ^a Kikare testi kullanılmıştır. ^b SS: Standart Sapma

4.8. Sosyal Bilişsel Değerlendirme Bulguları

4.8.1. Yüzden Duygu Tanıma

Yüzden Duygu Tanıma Test ortalamaları karşılaştırıldığında mutlu, üzüntülü, korkmuş, öfkeli, nötr bir yüz ifadesinden duygu tanıma ve toplam test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 30: Penn Duygu Tanıma Testi

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=36	F	p
Mutluluk	7.88 $\pm$ 0.06	7.88 $\pm$ 0.06	0.002	0.96
Üzüntü	6.71 $\pm$ 0.2	6.64 $\pm$ 0.19	0.082	0.78
Korku	5.84 $\pm$ 0.36	6.08 $\pm$ 3.33	0.24	0.63
Öfke	4.93 $\pm$ 0.26	4.7 $\pm$ 0.24	0.4	0.53
Nötr	7.16 $\pm$ 0.27	6.78 $\pm$ 0.25	0.97	0.33
Toplam	32.52 $\pm$ 0.64	32.08 $\pm$ 0.6	0.25	0.62
Mutluluk yanlılığı	0.62 $\pm$ 0.17	0.6 $\pm$ 0.15	0.004	0.95
Üzüntü yanlılığı	1.7 $\pm$ 0.34	1.93 $\pm$ 0.31	0.25	0.62
Korku yanlılığı	1 $\pm$ 0.2	1.17 $\pm$ 0.18	0.36	0.55
Öfke yanlılığı	0.59 $\pm$ 0.16	0.84 $\pm$ 0.15	1.28	0.26

Korku yanlılığı için 2 basamaklı normalizasyon yapılmıştır. Kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar ve anlamlılık değerleri cinsiyet ve eğitime göre düzenlenmiş şekilde gösterilmiştir. SH: Standart hata

4.8.2. Zihin Kuramı

Zihin Kuramı değerlendirilmesinde İma Testi ve Gözlerden Zihin Okuma Testi kullanılmıştır.

4.8.2.1. İma Testi

İma testinde değerlendirilen seçenekli ve spontan hipomentalizasyon ve hipermentalizasyon hatalarının ortalamaları ve anlamlılık değerleri tablo 31’de verilmiştir. İma testinin ölçtüğü hataların ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilememiştir ($p>0.05$). Ancak Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda spontan hipomentalizasyon hatası için ortalama skor 2.4 ± 0.4 saptanmışken, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta ortalama skor 3.33 ± 0.36 olarak bulunmuştur. Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grubun daha fazla spontan hipomentalizasyon hatası yapma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Spontan hipomentalizasyon hatası yapma açısından ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık sınırına yakındır ($p=0.089$) (Tablo 31).

Tablo 31: İma Testi

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=38	F	p
Hipomentalizasyon hatası- seçenekli	4.71 $\pm$ 0.56	5.63 $\pm$ 0.5	1.44	0.24
Hipomentalizasyon hatası- seçenekli	4.04 $\pm$ 0.48	3.15 $\pm$ 0.43	1.84	0.179
Hipomentalizasyon hatası- spontan	2.4 $\pm$ 0.4	3.33 $\pm$ 0.36	2.98	0.089
Hipomentalizasyon hatası-spontan	1.72 $\pm$ 0.25	1.33 $\pm$ 0.23	1.27	0.27
Hipomentalizasyon hatası-toplam	7.11 $\pm$ 0.86	8.96 $\pm$ 0.77	2.49	0.12
Hipomentalizasyon hatası-toplam	5.76 $\pm$ 0.65	4.49 $\pm$ 0.59	2.02	0.16
Spontan	5.79 $\pm$ 0.38	5.33 $\pm$ 0.34	0.805	0.373
Seçenekli	11.25 $\pm$ 0.55	11.22 $\pm$ 0.5	0.002	0.97
Toplam	17.16 $\pm$ 0.84	16.48 $\pm$ 0.76	0.352	0.555

Kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar ve anlamlılık değerleri cinsiyet ve eğitime göre düzenlenmiş şekilde gösterilmiştir. SH: Standart hata

4.8.2.2. Gözlerden Zihin Okuma Testi

Gözlerden zihin okuma testinde negatif, pozitif, nötr ifadeler ve total skor açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 32).

Tablo 32: Gözlerden Zihin Okuma Testi (RMET)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=37	F	p
Negatif	6.56 $\pm$ 0.31	5.88 $\pm$ 0.29	2.48	0.12
Pozitif	4.83 $\pm$ 0.24	5.17 $\pm$ 0.22	1.1	0.3
Nötr	11.21 $\pm$ 0.4	11.34 $\pm$ 0.36	0.05	0.82
Total	22.62 $\pm$ 0.71	22.32 $\pm$ 0.65	0.091	0.764

Kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar ve anlamlılık değerleri cinsiyet ve eğitime göre düzenlenmiş şekilde gösterilmiştir. SH: Standart hata

4.8.3. Atıf Stili

Atıf stili İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği ile değerlendirilmiş olup gruplar arasında yalnızca negatif durumlara verilen spontan dışsal durumsal cevaplar açısından ($p=0.032$) ve tüm durumlar için verilen dışsal durumsal cevaplar açısından ($p=0.03$) farklılık saptanmıştır. Bipolar bozuklukta psikoz yüksek riski bulunmayan grup negatif içerikli maddelerde daha fazla dışsal durumsal (1.85 $\pm$ 0.2) ve toplamda tüm sorulara daha fazla dışsal durumsal (3.66 $\pm$ 0.35) atıf yapmıştır. Diğer koşullarda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 33).

Tablo 33: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği (IPSAQ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=38	F	p
Spontan Pozitif İçsel	4.74 $\pm$ 0.29	4.71 $\pm$ 0.26	0.006	0.936
Spontan Pozitif Dışsal Kişisel	1.96 $\pm$ 0.29	1.48 $\pm$ 0.26	1.472	0.229
Spontan Pozitif Dışsal Durumsal	1.3 $\pm$ 0.25	1.8 $\pm$ 0.22	2.274	0.136
Spontan Negatif İçsel	3.57 $\pm$ 0.34	3.22 $\pm$ 0.31	0.536	0.467
Spontan Negatif Dışsal Kişisel	3.25 $\pm$ 0.34	2.93 $\pm$ 0.3	0.492	0.486
Spontan Negatif Dışsal Durumsal	1.18 $\pm$ 0.22	1.85 $\pm$ 0.2	4.792	0.032
Spontan İçsel	8.31 $\pm$ 0.53	7.93 $\pm$ 0.48	0.275	0.602
Spontan Dışsal Kişisel	5.21 $\pm$ 0.52	4.41 $\pm$ 0.46	1.288	0.261
Spontan Dışsal Durumsal	2.48 $\pm$ 0.39	3.66 $\pm$ 0.35	4.945	0.03
Seçenekli Pozitif İçsel	4.77 $\pm$ 0.33	4.45 $\pm$ 0.3	0.471	0.495
Seçenekli Pozitif Dışsal Kişisel	1.34 $\pm$ 0.26	1.4 $\pm$ 0.24	0.031	0.861
Seçenekli Pozitif Dışsal Durumsal	1.89 $\pm$ 0.29	2.14 $\pm$ 0.26	0.394	0.532
Seçenekli Negatif İçsel	3.02 $\pm$ 0.31	2.24 $\pm$ 0.28	3.342	0.072
Seçenekli Negatif Dışsal Kişisel	2.96 $\pm$ 0.37	3.17 $\pm$ 0.34	0.162	0.689
Seçenekli Negatif Dışsal Durumsal	2.02 $\pm$ 0.33	2.6 $\pm$ 0.3	1.633	0.206

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=38	F	p
Seçenekli İçsel	7.79 $\pm$ 0.53	6.7 $\pm$ 0.48	2.248	0.139
Seçenekli Dışsal Kişisel	4.3 $\pm$ 0.56	4.57 $\pm$ 0.5	0.128	0.721
Seçenekli Dışsal Durumsal	3.86 $\pm$ 0.51	4.72 $\pm$ 0.46	1.533	0.22
Toplam Pozitif İçsel	9.5 $\pm$ 0.54	9.16 $\pm$ 0.49	0.217	0.643
Toplam Pozitif Dışsal Kişisel	3.34 $\pm$ 0.49	2.88 $\pm$ 0.44	0.458	0.501
Toplam Pozitif Dışsal Durumsal	3.19 $\pm$ 0.45	3.95 $\pm$ 0.4	1.51	0.224
Toplam Negatif İçsel	6.59 $\pm$ 0.58	5.47 $\pm$ 0.52	2	0.162
Toplam Negatif Dışsal Kişisel	6.21 $\pm$ 0.62	6.09 $\pm$ 0.56	0.02	0.889
Toplam Negatif Dışsal Durumsal	3.2 $\pm$ 0.48	4.44 $\pm$ 0.43	3.61	0.062
Toplam İçsel	16.1 $\pm$ 0.94	14.63 $\pm$ 0.84	1.32	0.255
Toplam Dışsal Kişisel	9.53 $\pm$ 0.95	9.1 $\pm$ 0.85	0.112	0.739
Toplam Dışsal Durumsal	6.4 $\pm$ 0.78	8.36 $\pm$ 0.7	3.436	0.068

Kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar ve anlamlılık değeri cinsiyet ve eğitime göre düzenlenmiş şekilde gösterilmiştir. SH: Standart hata

4.8.4. Sosyal Algı

4.8.4.1.Sözel Olmayan Duyarlılık Profili

Sözel Olmayan Duyarlılık Profili Testi'nde çalışma grupları arasında yüz ifadelerinin izletildiği durumda, vücut hareketlerinin izletildiği durumda veya toplam puanda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 34).

Tablo 34: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (PONS)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=38	F	p
Yüz	14.17 $\pm$ 0.36	13.47 $\pm$ 0.32	2.158	0.147
Vücut	13.54 $\pm$ 0.38	13.43 $\pm$ 0.34	0.045	0.832
Toplam Puan	27.71 $\pm$ 0.6	26.89 $\pm$ 0.54	0.994	0.323

Kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar ve anlamlılık değerleri cinsiyet ve eğitime göre düzenlenmiştir. SH: Standart hata

4.8.4.2. Yüz İfadelerinin Güvenilirliği Testi

Çalışma gruplarına güvenilirlik derecesi değişken yüzler gösterilmiştir. Yüz ifadesinin güvenilirliği testi sonuçları değerlendirildiğinde pozitif (güvenilir yüzleri doğru tanıma), negatif (güvenilir olmayan yüzleri doğru tanıma) veya toplam skorda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 35).

Tablo 35: Yüz İfadesinin Güvenilirliği Testi

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=38	F	p
Negatif Toplam	23.3 $\pm$ 1.07	22.23 $\pm$ 0.97	0.526	0.471
Pozitif Toplam	19.07 $\pm$ 1.28	19.68 $\pm$ 1.15	0.118	0.732
Toplam	42.37 $\pm$ 1.32	41.9 $\pm$ 1.19	0.065	0.799

Kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar ve anlamlılık değerleri cinsiyet ve eğitime göre düzenlenmiş şekilde gösterilmiştir. SH: Standart hata

4.8.5. Sosyal Bilgi

4.8.5.1. Durumsal Özellikleri Tanıma Testi

Durumsal Özellikleri Tanıma Testinde alt maddelerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 36).

Tablo 36: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi (SFRT)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=37	F	p
Somut Tanıdık Doğru Oranı	0.8 $\pm$ 0.02	0.8 $\pm$ 0.02	0.023	0.879
Somut Tanıdık Olmayan Doğru Oranı	0.77 $\pm$ 0.02	0.77 $\pm$ 0.02	0.007	0.932
Somut Tanıdık Yanlış Oranı	0.13 $\pm$ 0.01	0.12 $\pm$ 0.01	0.021	0.884
Somut Tanıdık Olmayan Yanlış Oranı	0.13 $\pm$ 0.02	0.13 $\pm$ 0.02	0.001	0.979
Soyut Tanıdık Doğru Oranı	0.79 $\pm$ 0.02	0.79 $\pm$ 0.02	0.001	0.978
Soyut Tanıdık Olmayan Yanlış Oranı	0.76 $\pm$ 0.03	0.82 $\pm$ 0.03	1.997	0.162
Soyut Tanıdık Yanlış Oranı	0.13 $\pm$ 0	0.13 $\pm$ 0	0.5	0.482
Soyut Tanıdık Olmayan Yanlış Oranı	0.1 $\pm$ 0	0.1 $\pm$ 0	0.08	0.779

Kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar ve anlamlılık değerleri cinsiyet ve eğitime göre düzenlenmiş şekilde gösterilmiştir. Normal dağılmayan değişkenler (somut tanıdık yanlış oranı ve somut tanıdık olmayan yanlış oranı hariç diğerleri) 2 basamaklı normalizasyon yapıldıktan sonra analiz edilmiştir. SH: Standart hata

4.8.5.2. Sosyal Norm Anketi

Sosyal Norm Anketinde alt maddelerde veya total puanda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 37).

Tablo 37: Sosyal Norm Anketi (SNQ)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=31	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=37	F	p
Kuralları İhlal Etme	9.45 $\pm$ 0.32	9.9 $\pm$ 0.29	1.05	0.309
Kurallara Aşırı Bağılılık Gösterme	6.3 $\pm$ 0.3	5.79 $\pm$ 0.27	1.58	0.213
Toplam Puan	15.68 $\pm$ 0.27	15.68 $\pm$ 0.25	0.000	0.994

Kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar ve anlamlılık değerleri cinsiyet ve eğitime göre düzenlenmiştir. SH: Standart hata

4.9. Çalışma Gruplarının İşlevselliğinin Değerlendirilmesi

4.9.1. Hastalık Öncesi İşlevselliğin Değerlendirilmesi

Katılımcıların hastalık öncesi işlevsellikleri değerlendirildikten sonra iki grup işlevsellik açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 38). Hastalık Öncesi İşlevsellik Ölçeğinde kişilerin işlevsellikleri içe kapanıklık, arkadaşlık ilişkileri, okul başarısı ve okula uyum alanlarında değerlendirilmiştir. Bu alanlardaki işlevsellikleri 12 yaş öncesi, 12-15 yaş arası, 16-18 yaş arası ve 19 yaş üzeri olmak üzere 4 ayrı dönem için incelenmiştir. Her yaş grubu için 4 işlevsellik alanının ortalaması alınarak bir skor oluşturulmuştur. Yaş gruplarındaki ortalamaların ortalaması ile de PAS total puanı elde edilmiştir. Yüksek puan düşük işlevselliği göstermektedir.

İşlevsellikte bozulma skoru 12 yaş öncesi için Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 0.12 $\pm$ 0.13, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 0.08 $\pm$ 0.08 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında 12 yaş öncesi

işlevsellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.105$). Bu skor 12- 15 yaş arasında ise Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 0.2 ± 0.17 , Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 0.1 ± 0.1 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında 12- 15 yaş arasındaki işlevsellikleri açısından anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.006$). 16-18 yaş arasında işlevsellikte bozulma skoru Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 0.29 ± 0.15 , Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 0.16 ± 0.15 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında 16-18 yaş arasındaki işlevsellikleri açısından anlamlı fark bir fark bulunmaktadır ($p=0.001$). 19 yaş sonrasında ise Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 0.32 ± 0.18 , Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 0.22 ± 0.17 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında 19 yaş sonrasındaki işlevsellikler açısından anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.022$). Tüm yaşlar değerlendirildiğinde (PAS toplam puan) işlevsellikteki bozulma skoru Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 0.22 ± 0.14 , Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 0.14 ± 0.1 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında PAS toplam puan açısından anlamlı bir farklılık vardır ($p= 0.003$) (Tablo 38).

Tablo 38: Hastalık öncesi işlevsellik (PAS)

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
PAS 12 yaş öncesi	0.12 $\pm$ 0.13	0.08 $\pm$ 0.08	0.105
PAS 12-15 yaş arası	0.2 $\pm$ 0.17	0.1 $\pm$ 0.1	0.006
PAS 16-18 yaş arası	0.29 $\pm$ 0.15	0.16 $\pm$ 0.15	0.001
PAS 19 yaş sonrası	0.32 $\pm$ 0.18	0.22 $\pm$ 0.17	0.022
PAS Toplam puan	0.22 $\pm$ 0.14	0.14 $\pm$ 0.1	0.003

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Puan yükseldikçe işlevsellik düşmektedir. SS: Standart sapma

4.9.2. Şimdiki İşlevselliğin Değerlendirilmesi

Katılımcıların şimdiki işlevsellikleri değerlendirildikten sonra iki grup işlevsellik açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 39). Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) ile kişilerin işlevsellikleri sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, öz bakım, rahatsız edici ve saldırgan davranışlar alanlarında değerlendirilmiştir. Sosyal açıdan yararlı etkinlikler açısından işlevsellik skorlarının ortalaması Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 1.91 $\pm$ 1.24, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 1.12 $\pm$ 1.12 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında sosyal açıdan yararlı etkinlikler açısından işlevsellik skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0.004). Kişisel ve sosyal ilişkiler açısından işlevsellik skorlarının ortalaması Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 1.62 $\pm$ 0.92, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 0.9 $\pm$ 0.84 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında sosyal açıdan yararlı etkinlikler açısından işlevsellik skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunmaktadır ($p=0.001$). Özbakım açısından işlevsellik skorlarının ortalaması Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 0.23 ± 0.43 , Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 0.05 ± 0.21 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında sosyal açıdan yararlı etkinlikler açısından işlevsellik skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.024$). Rahatsız edici ve saldırgan davranışlar açısından işlevsellik skorlarının ortalaması Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 0.5 ± 0.62 , Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 0.16 ± 0.43 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında sosyal açıdan yararlı etkinlikler açısından işlevsellik skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.009$). Toplam PSP puan ortalaması Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda 62.15 ± 12.75 iken, Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta 73.67 ± 12.47 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında toplam işlevsellik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$) (Tablo 39).

Tablo 39: Şimdiki işlevsellik

	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu Ortalama $\pm$ SS n=34	Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski Bulunmayan Grup Ortalama $\pm$ SS n=43	p
Sosyal açıdan yararlı etkinlikler ^a	1.91 $\pm$ 1.24	1.12 $\pm$ 1.12	0.004
Kişisel ve sosyal ilişkiler ^a	1.62 $\pm$ 0.92	0.9 $\pm$ 0.84	0.001
Özbakım ^a	0.23 $\pm$ 0.43	0.05 $\pm$ 0.21	0.024
Rahatsız edici ve saldırgan davranışlar ^a	0.5 $\pm$ 0.62	0.16 $\pm$ 0.43	0.009
PSP Toplam puan ^b	62.15 $\pm$ 12.75	73.67 $\pm$ 12.47	<0.001

Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Puan arttıkça işlevsellik düşmektedir.^a Puan azaldıkça işlevsellik düşmektedir. ^b SS: Standart sapma

4.10. Korelasyon Analizleri

4.10.1 Negatif Belirtiler için Korelasyon Analizleri

Negatif belirti puanları ile sosyal biliş testlerinden (ima testi, IPSAQ, RMET, PONS) elde edilen puanlar ve işlevsellik değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerden (PAS, PSP) elde edilen puanlar arasındaki ilişki tüm örnekleme incelenmiştir.

İma testi puanları ile negatif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 40). IPSAQ puanları ile negatif belirtiler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise toplam içsel atıf yapma alt ölçek puanı ile künt afekt arasında zayıf ancak aynı yönlü anlamlı bir ilişki saptanmışken ($r=0.272$, $p=0.025$), pozitif ve toplam dışsal kişisel atıf yapma alt ölçek puanı ile künt afekt arasında zayıf ancak ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.271^*$, $p=0.025$) (Tablo 41). RMET total puanı ve PONS total puanı ile negatif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 42 ve 43).

PAS puanları ile negatif belirtiler arasındaki ilişki incelendiğinde ise 12 yaş öncesindeki işlevsellik ve negatif belirti toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0.253$, $p=0.027$). 16-18 yaş arasındaki işlevsellik ve negatif belirti toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0.281$, $p=0.017$). 19 yaş sonrasındaki işlevsellik ve negatif belirti toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0.318$, $p=0.009$). 19 yaş sonrasındaki işlevsellik ve anhedoni alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0.299$, $p=0.014$). Total işlevsellik puanı ve negatif belirti toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde aynı yönde bir ilişki saptanmıştır ($r=0.29$, $p=0.011$) (Tablo 44).

PSP puanları ile negatif belirtiler arasındaki ilişki incelendiğinde ise sosyal açıdan yararlı etkinlikler boyutu ile total negatif belirti puanı arasında orta düzeyde, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.372$, $p=0.001$). Kişisel ve sosyal ilişkiler boyutu ile total negatif belirti puanı arasında orta düzeyde, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.367$, $p=0.001$). Özbakım boyutu ile total negatif belirti puanı arasında orta düzeyde, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.432$, $p<0.001$). Toplam PSP puanı ile total negatif belirti puanı arasında orta düzeyde, ters yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.484$, $p<0.001$) (Tablo 45).

Negatif belirti alt ölçek skorları ile PSP skorları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri tablo 45’te gösterilmiştir.

Tablo 40: İma testi puanları ile negatif belirtiler arasındaki korelasyon

		Anhedoni	Avolüsyon	Künt Afekt	BNSS Toplam
Toplam	r	-0.060	0.154	-0.104	-0.032
	p	0.628	0.205	0.401	0.796
Hipomentalizasyon hatası-Toplam	r	-0.076	0.023	-0.010	0.069
	p	0.536	0.854	0.939	0.575
Hipermentalizasyon hatası-Toplam	r	0.189	-0.230	0.113	-0.064
	p	0.122	0.058	0.361	0.602

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 41: IPSAQ puanları ile negatif belirtiler arasındaki korelasyon

		Anhedoni	Avolüsyon	Künt Afekt	BNSS Toplam
Toplam İçsel	r	0.232	-0.020	0.272	0.070
	p	0.057	0.871	0.025	0.568
Toplam Dışsal Kişisel	r	-0.180	-0.140	0.271	0.213
	p	0.141	0.252	0.025	0.079
Toplam Dışsal Durumsal	r	-0.067	0.211	-0.003	0.178
	p	0.586	0.082	0.982	0.142

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 42: RMET puanları ile negatif belirtiler arasındaki korelasyon

		Anhedoni	Avolüsyon	Künt Afekt	BNSS Toplam
RMET Toplam	r	0.137	0.175	-0.099	0.115
	p	0.270	0.153	0.424	0.352

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 43: PONS puanları ile negatif belirtiler arasındaki korelasyon

		Anhedoni	Avolüsyon	Künt Afekt	BNSS Toplam
Toplam	r	-0.015	-0.042	-0.121	-0.084
	p	0.901	0.735	0.325	0.492

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 44: PAS puanları ile negatif belirtiler arasındaki korelasyon

		Anhedoni	Avolüsyon	Künt Afekt	BNSS Toplam
PAS 12 yaş öncesi	r	0.106	0.145	0.122	0.253
	p	0.362	0.208	0.292	0.027
PAS 12-15 yaş arası	r	0.046	0.125	0.119	0.197
	p	0.696	0.278	0.305	0.087
PAS 16-18 yaş arası	r	0.158	0.087	0.060	0.281
	p	0.181	0.463	0.618	0.017
PAS 19 yaş sonrası	r	0.299	-0.040	0.116	0.318
	p	0.014	0.747	0.354	0.009
PAS Toplam puan	r	0.174	0.099	0.116	0.290
	p	0.134	0.392	0.319	0.011

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 45: PSP puanları ile negatif belirtiler arasındaki korelasyon

		Anhedoni	Avolüsyon	Künt Afekt	BNSS Toplam
Sosyal açıdan yararlı etkinlikler	r	0,205	0,202	,369**	,372**
	p	0,076	0,078	0,001	0,001
Kişisel ve sosyal ilişkiler	r	,273**	0,059	,351**	,367**
	p	0,017	0,610	0,002	0,001
Özbakım	r	,295**	0,213	,392**	,432**
	p	0,010	0,063	0,000	0,000
Rahatsız edici ve saldırgan davranışlar	r	0,167	0,146	0,049	0,066
	p	0,150	0,204	0,675	0,572
PSP Toplam puan	r	-,296**	-0,219	-,353**	-,484**
	p	0,010	0,055	0,002	0,000

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

4.10.2 Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşmedeki Pozitif Belirtiler için Korelasyon Analizleri

Pozitif belirti puanları ile sosyal biliş testlerinden (ima testi, IPSAQ, RMET) elde edilen puanlar ve işlevsellik değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerden (PAS, PSP) elde edilen puanlar arasındaki ilişki tüm örnekleme incelenebilir.

İma testi toplam puanı ile pozitif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak ima testindeki hipermentalizasyon hatası alt ölçek skoru ile pozitif belirtiler arasındaki ilişki incelendiğinde, hipermentalizasyon hatası yapma ve toplam p skoru arasında aynı yönde, zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.27$, $p=0.025$). Pozitif belirtilerin alt ölçek puanları değerlendirildiğinde ise hipermentalizasyon hatası yapma ve p1 maddesi (olağandışı düşünce içeriği/sanrılar) arasında ($r=0.255$, $p=0.035$) ve hipermentalizasyon hatası yapma ve p3 maddesi (büyüklük düşünceleri) arasında ($r=0.278$, $p=0.021$) aynı yönde, zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 46). IPSAQ puanları ve RMET toplam puanı ile pozitif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 47 ve 48).

PAS puanları ile pozitif belirtiler arasındaki ilişki incelendiğinde ise 16-18 yaş arasındaki işlevsellik ve pozitif belirti ölçeğindeki p1 alt ölçek puanı (olağandışı düşünce içeriği/sanrılar) arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0,23$, $p=0.05$). 16-18 yaş arasındaki işlevsellik ve pozitif belirti toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0.243$, $p=0.038$). 19 yaş sonrasındaki işlevsellik ve pozitif belirti ölçeğindeki p3 alt ölçek puanı (büyüklük düşünceleri) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0.256$, $p=0.037$) (Tablo 49).

PSP puanları ile pozitif belirtiler arasındaki ilişki incelendiğinde ise kişisel ve sosyal ilişkiler boyutu ile total p skoru arasında orta düzeyde, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.305$, $p=0.007$). Rahatsız edici ve saldırgan davranış boyutu ile total p skoru arasında zayıf, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.268$, $p=0.019$). PSP toplam puanı ile total p skoru arasında zayıf, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.263$, $p=0.021$) (Tablo 50). Pozitif belirti alt ölçek skorları ile PSP skorları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri tablo 50’de gösterilmiştir.

Tablo 46: İma testi puanları ile pozitif belirtiler arasındaki korelasyon

		P1	P2	P3	P4	P5	P Total
Toplam	r	0.145	0.143	0.185	0.013	0.057	0.162
	p	0.235	0.24	0.127	0.917	0.643	0.184
Hipomentalizasyon hatası-toplam	r	0.039	0.029	0.023	0.082	0.110	0.035
	p	0.751	0.816	0.849	0.503	0.373	0.774
Hipermentalizasyon hatası-toplam	r	0.255*	0.233	0.278*	0.106	0.223	0.27*
	p	0.035	0.055	0.021	0.387	0.068	0.025

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi P1-Olağandışı düşünce içeriği/ Sanrılar P2-Şüphencilik/Kötülük görme düşünceleri P3-Büyüklük düşünceleri P4-Algı anormallikleri/ Varsanılar P5-Dezorganize İletişim

Tablo 47: IPSAQ puanları ile pozitif belirtiler arasındaki korelasyon

		P1	P2	P3	P4	P5	P Total
Toplam İçsel	r	0,125	0,078	-0,034	0,192	0,040	0,111
	p	0,307	0,524	0,783	0,114	0,744	0,364
Toplam Dışsal Kişisel	r	-0,099	-0,005	0,049	-0,103	-0,023	-0,043
	p	0,416	0,969	0,692	0,402	0,851	0,723
Toplam Dışsal Durumsal	r	-0,038	-0,095	-0,021	-0,114	-0,023	-0,090
	p	0,755	0,436	0,863	0,351	0,854	0,465

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi.
P1-Olağandışı düşünce içeriği/ Sanrılar P2-Şüphencilik/Kötülük görme düşünceleri P3-
Büyüklik düşünceleri P4-Algı anormallikleri/ Varsanılar P5-Dezorganize İletişim

Tablo 48: RMET puanları ile pozitif belirtiler arasındaki korelasyon

		P1	P2	P3	P4	P5	P Total
RMET Toplam	r	-0,068	0,012	0,108	-0,102	-0,074	-0,018
	p	0,582	0,923	0,382	0,408	0,553	0,886

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi.
P1-Olağandışı düşünce içeriği/ Sanrılar P2-Şüphencilik/Kötülük görme düşünceleri P3-
Büyüklik düşünceleri P4-Algı anormallikleri/ Varsanılar P5-Dezorganize İletişim

Tablo 49: PAS puanları ile pozitif belirtiler arasındaki korelasyon

		P1	P2	P3	P4	P5	P Total
PAS 12 yaş öncesi	r	0,124	0,109	-0,018	0,008	0,022	0,068
	p	0,282	0,344	0,876	0,942	0,851	0,558
PAS 12-15 yaş arası	r	0,039	0,067	-0,060	0,075	-0,054	0,031
	p	0,736	0,565	0,601	0,519	0,643	0,787
PAS 16-18 yaş arası	r	,230*	0,173	0,223	0,163	0,010	,243*
	p	0,050	0,143	0,058	0,167	0,932	0,038
PAS 19 yaş sonrası	r	0,196	0,155	,256*	0,121	0,046	0,214
	p	0,112	0,210	0,037	0,331	0,715	0,082
PAS Toplam Puan	r	0,164	0,143	0,153	0,088	0,019	0,162
	p	0,154	0,216	0,184	0,445	0,873	0,161

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi.

P1-Olağandışı düşünce içeriği/ Sanrılar P2-Şüphencilik/Kötülük görme düşünceleri P3-Büyüklik düşünceleri P4-Algı anormallikleri/ Varsanılar P5-Dezorganize İletişim

Tablo 50: PSP puanları ile pozitif belirtiler arasındaki korelasyon

		P1	P2	P3	P4	P5	P Total
Sosyal açıdan yararlı etkinlikler	r	0,183	,252*	-0,099	-0,049	0,035	0,122
	p	0,111	0,027	0,392	0,671	0,763	0,291
Kişisel ve sosyal ilişkiler	r	,240*	,400**	0,074	0,128	0,157	,305**
	p	0,035	0,000	0,521	0,266	0,176	0,007
Özbakım	r	0,032	0,119	-0,001	0,072	,295**	0,086
	p	0,783	0,303	0,996	0,533	0,010	0,455
Rahatsız edici ve saldırgan davranışlar	r	0,203	,341**	-0,030	,253*	0,115	,268*
	p	0,077	0,002	0,793	0,026	0,323	0,019
PSP Toplam Puan	r	-0,269*	-0,366**	-0,044	-0,039	-0,152	-0,263*
	p	0,018	0,001	0,703	0,738	0,190	0,021

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi.

P1-Olağandışı düşünce içeriği/ Sanrılar P2-Şüphencilik/Kötülük görme düşünceleri P3-Büyüklik düşünceleri P4-Algı anormallikleri/ Varsanılar P5-Dezorganize İletişim

4.10.3 Düşünce Bozukluğu için Korelasyon Analizleri

Düşünce bozukluğu değerlendirmesinde kullandığımız DDÖ skorları ile sosyal biliş testlerinden (İma testi, IPSAQ, RMET, PONS, yüz ifadelerinin güvenilirliği testi, SNQ) elde edilen puanlar ve işlevsellik değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerden (PAS, PSP) elde edilen puanlar arasındaki ilişki tüm örnekleme incelenmiştir.

İma testi toplam puanı ile toplam DDÖ puanı arasında orta düzeyde ve ters yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.346$, $p=0.007$). İma testindeki hipermentalizasyon hatası alt ölçek skoru ile toplam DDÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde ise, hipermentalizasyon hatası yapma ve toplam DDÖ puanı arasında bu kez aynı yönde, orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.327$, $p=0.011$) (Tablo 51). IPSAQ puanları ve toplam DDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 52). RMET toplam puanı ile DDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamakla birlikte RMET toplam puanı ve düşünce fakirleşmesi alt ölçek puanı arasında orta düzeyde, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.363$, $p=0.006$) (Tablo 53). PONS toplam puanı ve toplam DDÖ puanı arasında orta düzeyde, ters yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.356$, $p=0.006$) (Tablo 54). Yüz ifadesinin güvenilirliği testi toplam puanı ve toplam DDÖ puanı arasında da orta düzeyde, ters yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.396$, $p=0.002$) (Tablo 55). SNQ toplam puanı ve toplam DDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 56). Sosyal bilişsel test alt ölçek skorları ile DDÖ alt ölçek skorları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri tablo 51,52,53,54, 55 ve 56'da gösterilmiştir.

PAS puanları ile DDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise 12-15 yaş arasındaki işlevsellik ve toplam DDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, aynı yönde fakat zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0.287$, $p=0.025$). 19 yaş sonrasındaki işlevsellik ve toplam DDÖ puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve aynı yönde bir ilişki saptanmıştır ($r=0.311$, $p=0.025$). PAS toplam puanı ve toplam DDÖ puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, aynı yönde ancak zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0.286$, $p=0.025$) (Tablo 57).

PSP puanları ile DDÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise sosyal açıdan yararlı etkinlikler boyutu ile toplam DDÖ puanı arasında orta düzeyde, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.352$, $p=0.005$). Kişisel ve sosyal ilişkiler boyutu ile toplam DDÖ puanı arasında da orta düzeyde, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.387$, $p=0.002$). Özbakım boyutu ile toplam DDÖ puanı arasında yine orta düzeyde, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.388$, $p=0.002$). Rahatsız edici ve saldırgan davranış boyutu ile toplam DDÖ puanı arasında zayıf, aynı yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.234$, $p=0.048$). PSP toplam puanı ile toplam DDÖ skoru arasında ise orta düzeyde, ters yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.389$, $p=0.002$) (Tablo 58). DDÖ alt ölçek skorları ile PSP skorları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri tablo 58’de gösterilmiştir.

Tablo 51: İma testi puanları ile DDÖ skorları arasındaki korelasyon

		Düşünce Fakirleşmesi	Düşünce Dağınıklığı	Toplam DDÖ
Toplam	r	-0,181	-,262*	-,346**
	p	0,173	0,047	0,007
Hipomentalizasyon hatası- Toplam	r	0,210	-0,132	0,093
	p	0,113	0,325	0,485
Hipermentalizasyon hatası- Toplam	r	-0,029	,506**	,327*
	p	0,831	0,000	0,011

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 52: IPSAQ puanları ile DDÖ skorları arasındaki korelasyon

		Düşünce Fakirleşmesi	Düşünce Dağınıklığı	Toplam DDÖ
Toplam İçsel	r	0,128	0,136	0,158
	p	0,339	0,308	0,231
Toplam Dışsal-Kişisel	r	0,013	0,058	0,049
	p	0,923	0,663	0,715
Toplam Dışsal-Durumsal	r	-0,157	-0,245	-0,256
	p	0,238	0,064	0,051

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 53: RMET puanları ile DDÖ skorları arasındaki korelasyon

		Düşünce Fakirleşmesi	Düşünce Dağınlıklığı	Toplam DDÖ
RMET Toplam	r	-,363**	-0,193	-0,187
	p	0,006	0,151	0,160

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 54: PONS puanları ile DDÖ skorları arasındaki korelasyon

		Düşünce Fakirleşmesi	Düşünce Dağınlıklığı	Toplam DDÖ
PONS Toplam	r	-,325*	-0,119	-,356**
	p	0,013	0,372	0,006

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 55: Yüz ifadesinin güvenilirliği testi skorları ile DDÖ skorları arasındaki korelasyon

		Düşünce Fakirleşmesi	Düşünce Dağınlıklığı	Toplam DDÖ
Pozitif Toplam	r	-,427**	-,379**	-,442**
	p	0,001	0,003	0,000
Negatif Toplam	r	0,162	0,052	0,068
	p	0,224	0,696	0,610
Toplam	r	-,305*	-,344**	-,396**
	p	0,020	0,008	0,002

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 56: Sosyal norm anketi puanları ile DDÖ skorları arasındaki korelasyon

		Düşünce Fakirleşmesi	Düşünce Dağınlıklığı	Toplam DDÖ
Toplam Puan	r	0,071	-,294*	-0,094
	p	0,595	0,025	0,479

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 57: PAS puanları ile DDÖ skorları arasındaki korelasyon

		Düşünce Fakirleşmesi	Düşünce Dağınıklığı	Toplam DDÖ
PAS 12 yaş öncesi	r	0,134	,301*	0,170
	p	0,307	0,019	0,189
PAS 12-15 yaş arası	r	0,172	,358**	,287*
	p	0,190	0,005	0,025
PAS 16-18 yaş arası	r	0,115	,306*	0,212
	p	0,398	0,022	0,113
PAS 19 yaş sonrası	r	,356*	0,252	,311*
	p	0,010	0,075	0,025
PAS Toplam Puan	r	0,210	,340**	,286*
	p	0,107	0,008	0,025

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 58: PSP puanları ile DDÖ skorları arasındaki korelasyon

		Düşünce Fakirleşmesi	Düşünce Dağınıklığı	Toplam DDÖ
Sosyal açıdan yararlı etkinlikler	r	,361**	0,028	,352**
	p	0,005	0,832	0,005
Kişisel ve sosyal ilişkiler	r	,307*	0,200	,387**
	p	0,017	0,125	0,002
Özbakım	r	,341**	0,123	,388**
	p	0,008	0,350	0,002
Rahatsız edici ve saldırgan davranış	r	-0,106	,383**	,254*
	p	0,422	0,002	0,048
PSP Toplam	r	-,317*	-0,168	-,389**
	p	0,014	0,200	0,002

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

4.10.4 Öz-değerlendirme Ölçekleri için Korelasyon Analizleri

Şizotipal kişilik ölçeği puanları PAS ve PSP skorları arasındaki ilişki tüm örneklemede boyutsal olarak incelenmiştir. ŞKÖ toplam puanı ile PAS toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 59). ŞKÖ toplam puanı ile PSP toplam puanı arasında ise ters yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.336$, $p=0.003$) (Tablo 60). Ayrıca ŞKÖ toplam puanı ve tüm PSP alt ölçekleri arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri tablo 60'ta gösterilmiştir.

Tablo 59: ŞKÖ puanları ile PAS skorları arasındaki korelasyon

		PAS 12 yaş öncesi	PAS 12- 15 yaş arası	PAS 16- 18 yaş arası	PAS 19 yaş sonrası	PAS Toplam
Şizotipal kişilik ölçeği	r	0,085	0,192	0,227	0,143	0,173
	p	0,465	0,097	0,055	0,252	0,135

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 60: ŞKÖ puanları ile PSP skorları arasındaki korelasyon

		Sosyal açıdan yararlı faaliyetler	Kişisel ve sosyal ilişkiler	Özbakım	Rahatsız edici davranış, agresyon	PSP Toplam
Şizotipal kişilik ölçeği	r	,246*	,360**	,288*	,367**	-,336**
	p	0,032	0,001	0,012	0,001	0,003

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Boyutsal apati ölçeği puanları ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği arasındaki ilişki tüm örneklemede boyutsal olarak incelenmiştir. BAÖ toplam puanı ile HDDÖ puanı arasında aynı yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.437$, $p<0.001$). Ayrıca BAÖ alt ölçeklerinden yürütücü apati ve davranışsal-

kognitif apati alanları ile HDDÖ puanı arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri tablo 61’de gösterilmiştir.

Tablo 61: HDDÖ puanları ile BAÖ skorları arasındaki korelasyon

		Yürütücü Apati	Duygusal Apati	Davranışsal- Kognitif Apati	Toplam Puan
Hamilton Depresyon	r	,491**	0,081	,304**	,437**
Derecelendirme	p	0,000	0,483	0,007	0,000
Ölçeği					

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Tablo 62: HDDÖ puanları ile BAÖ skorları arasındaki gruplara göre korelasyon

		Yürütücü Apati	Duygusal Apati	Davranışsal- Kognitif Apati	Toplam Puan
Psikoz Risk	r	,520**	0,017	,433*	,483**
Sendromu Bulunan	p	0,002	0,926	0,010	0,004
Grup					
Psikoz Risk	r	,373*	0,076	0,027	0,270
Sendromu	p	0,014	0,628	0,865	0,080
Bulunmayan Grup					

Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: Korelasyon katsayısı p: anlamlılık düzeyi

Boyutsal apati ölçeği puanları ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği arasındaki ilişki çalışma grupları için ayrı ayrı incelendiğinde ise Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Risk Sendromu bulunan grupta BAÖ toplam puanı ile HDDÖ puanı arasında aynı yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanırken ($r=0.483$, $p=0.004$), Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Risk Sendromu bulunmayan grupta BAÖ toplam puanı ile HDDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir ($p<0.08$) (Tablo 62).

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda son 10 yıl içerisinde bipolar bozukluk tanısı konmuş 15-35 yaş arasındaki katılımcılar değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk atak dönemleri dışında, hastalar ötimi dönemlerindeyken psikoz için prodromal belirtiler, şizotipal özellikler, negatif belirtiler ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunu içeren 4 alan ile ilgili değerlendirmelere göre çalışma grupları belirlenmiştir. Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşmeye (SIPS) göre ‘Kısa Aralıklı Psikotik Semptomlar Sendromu’, ‘Hafif Psikoz-Risk Sendromu’, ‘Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz-risk sendromu’ kriterlerini son 3 yıl içerisinde karşılayanlar, bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ) puanı 42 ve üzerinde olanlar, bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Kısa Negatif Belirtiler Ölçeğinde (KNBÖ) ‘Avolüsyon’ ve ‘Duygulanımda Küntlük’ alt ölçeklerinden 3 ve üzeri puan alanlar veya bipolar bozukluğun atak dönemleri dışında Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeğinde (PBDÖ) pozitif yapısal düşünce bozukluğu sorularından 2 ve üzeri puan alan katılımcılar ‘Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ grubuna dahil edilmiştir. Bu kriterlerden herhangi birini sağlamayan katılımcılar ise ‘Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Riski Sendromu bulunmayan grubu’ oluşturmuştur. Sonrasında bu iki grup klinik özellikler, dürtüsellik, apati, şizotipi, düşünce bozukluğu, nörobilişsel ve sosyal bilişsel işlevler ve işlevsellik açısından karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Kategorik olarak hastaların 2 gruba ayrılarak karşılaştırılmasına ek olarak Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği skorları, Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme ile değerlendirilen pozitif belirtilerin şiddeti, Düşünce Dil Ölçeği ile değerlendirilen düşünce bozukluğu puanları ve Şizotipal Kişilik Ölçeği skorları gruptan bağımsız olarak tüm örneklemede korelasyon analizleri ile boyutsal olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar literatürdeki bilgiler ışığında alt başlıklar halinde tartışılmıştır.

5.1.Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve ebeveyn eğitim süresi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 1).

Çalışma gruplarımızın kendi içerisinde cinsiyet dağılımına bakıldığında Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunan grupta kadın/erkek oranı 1.83 saptanırken Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grupta kadın/erkek oranı 1.69 saptandı. Bipolar bozuklukta psikoz riski bulunan grupla ilgili daha önce yapılmış epidemiyolojik bir çalışma olmamasına rağmen şizoafektif bozukluk ve bipolar bozukluk için yapılan bir çalışma bizim çalışmamıza benzer şekilde kadın/erkek oranını şizoafektif bozuklukta 1.75, bipolar bozuklukta 1.26 olarak bulmuştur [178]. Bipolar bozuklukta cinsiyet oranının yaklaşık olarak 1:1 olduğu, depresif bileşen arttıkça kadın oranının da yükseldiği bilinmektedir [179]. Şizoafektif bozuklukta ise cinsiyet oranının bipolar alt tipte 1:1 iken, depresif tipte kadın/erkek oranının 2'den fazla olduğu gösterilmiştir [179]

Bipolar bozukluğun ortalama 20li yaşlarda başladığı bilinmektedir. Büyük örneklemli çok merkezli bir çalışma Avrupa örnekleminde başlangıç yaşının 28.8 olduğunu, Amerika Birleşik Devletleri örnekleminde başlangıç yaşının 20.03 olduğunu bildirmiştir [179], [180]. Son dönemde yapılan bir sistematik derleme çalışması ise dahil edilen 21 çalışmanın 14'ünde bipolar bozukluğun başlangıç yaşı açısından yaşamın üç dönemine denk gelen trimodal bir dağılım gösterdiği görüşünü savunmuştur. Bu trimodal dağılıma göre ilk pik ortalama 17 yaşta, ikinci pik 26 yaşta ve üçüncü pik 42 yaş dolaylarında olmaktadır [181]. Çalışmamızda gruplar arasında eğitim düzeyi açısından fark olmaması bir ölçüde hastalığın ortalama başlangıç yaşının 20li yaşlar olması ile açıklanabilir. Eğitim hayatına katılmayı etkileyecek düzeyde etkilenme başlayana kadar katılımcılar temel eğitim sürelerini tamamlıyor olabilirler. Her ne kadar atenüe psikotik belirtilerin bulunduğu grupta daha fazla etkilenme beklense de bu kişiler çalışmamıza dahil edildiklerinde kategorik olarak bipolar bozukluk tanı kriterlerini karşılıyorlardı. Çalışmamızda kullanılan sosyal bilişsel testler cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyinden etkilenebileceği için gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış olması istediğimiz bir sonuçtu.

Çalışmamızda medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 2). Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk

Sendromu bulunan grupta katılımcıların %88.2'si bekar iken diğer grubun %81.4'ü bekar idi. Bu sonuç, çalışmanın görece genç bir popülasyon üzerinde yapılmış olması ile ilişkili olabilir. Çünkü medeni durum ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Örneğin bekar, boşanmış veya ayrılmış olmak, bir duygudurum atağı için bir risk faktörü olabileceği gibi, depresif veya manik dönemlerin yol açtığı olumsuz yaşam olaylarının sonucu da olabilir. Bipolar hastalık en çok boşanmış, ayrılmış veya dul bireyler arasında görülmektedir. Ancak hiç evlenmemiş olmak, zor bir evliliğin sona ermesi ve dulluk nedeniyle bekar olmak birbirinden çok farklı üç durumu temsil etmektedir [179].

Öğrenim ve çalışma hayatına katılım açısından ise Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunmayan grup lehine anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 3). Bu sonuç, sonraki bölümlerde 'İşlevsellik' başlığında tartışılacak olan Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda hem premorbid uyumda daha fazla bozulma saptanması hem de şimdiki işlevsellikte daha fazla bozulma izlenmesi sonuçlarımız ile uyumludur.

5.2.Klinik Özellikler

Çalışmamızda eşlik eden psikiyatrik tanılar değerlendirildiğinde yalnızca 'Dürtü Denetim Bozukluğu' açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 'Dürtü Denetim Bozukluğu' tanısı Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski grubuna daha yüksek oranda eşlik etmekteydi (Tablo 4). Bu sonuç, sonraki bölümlerde 'Öz-değerlendirme Ölçek Bulguları' başlığında tartışılacak olan Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda daha fazla dürtüsellik izlenmesi sonuçlarımız ile de uyumludur. Dürtüsellik hem şizofreninin hem de bipolar bozukluğun klinik bir özelliğidir [182], [183]. Ancak bu konu bipolar bozuklukta daha çok çalışılmış olup bipolar bozukluk psikotik bozukluklara kıyasla daha fazla biçimde dürtü denetim bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir. Bir çalışma bipolar bozukluk hastalarının %27,4'ünde en az bir komorbid dürtü denetim bozukluğunun bulunduğunu ortaya çıkarmış, bir diğer çalışma da afektif psikoz hastalarında tüm dürtü denetim bozukluklarının komorbiditesini %23 olarak bildirmiştir [184], [185]. Şizofrenide dürtüsellik ve risk alma konusunda daha az çalışma vardır ve çalışmaların sonuçları şizofrenide dürtüsellik açısından farklılık göstermektedir [183]. Bu durum şizofreninin heterojen yapısı ile ilişkili olabilir. Bizim sonuçlarımız ise hipotezimizi kurarken

öngördüğümüzün aksine bipolar bozuklukta psikoz riskinin bulunduğu grupta artmış dürtü denetim bozukluğuna işaret etmekteydi. Bu durum tıpkı şizofreninin heterojenitesi gibi psikoz riski olarak tanımladığımız sendromun heterojen yapısı ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda gruplar arasında sigara, alkol ve madde kullanımı açısından beklendiği gibi gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5).

Gruplar arasında akrabalarda psikoz öyküsü, bipolar bozukluk öyküsü, depresyon öyküsü veya nörogelişimsel bozukluk öyküsü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6). Bu açıdan anlamlı bir fark ortaya çıkmaması literatür ile uyumludur. Son zamanlarda yapılan genetik ve epidemiyolojik çalışmalar bipolar bozukluk ve şizofreni arasında önemli bir örtüşme olduğunu ortaya çıkarmıştır [186]. Şizoafektif bozukluk, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerin ailelerinde benzer şekilde yüksek oranlarda ortaya çıkmaktadır ve şizoaftif bozuklukla ilgili aile çalışmaları, hem şizofreni hem de bipolar bozukluk için riskin arttığını göstermektedir. Bu durum, İsveç aileleri üzerinde yapılan ve şizofreni ile bipolar bozukluğun kısmen ortak genetik belirleyicileri paylaştığına dair kanıtlar bildiren geniş çaplı bir kayıt çalışmasıyla da desteklenmektedir. Hem bipolar bozukluk hem de şizofreni hastalarının akrabaları arasında her iki hastalığın ortaya çıkması açısından yüksek rölatif riskler bildirilmiştir [187].

Çalışmamızda gruplar bipolar bozukluk tanı yaşı açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Gruplar arasında manik ve depresif atak sayıları açısından bir farklılık gözlenmedi. Bu durum hem tanı yaşlarının ve hem de her iki grubun yaş ortalamalarının benzer olması ile açıklanabilir (yaş ortalamaları =23.35 ve 24.16) (Tablo 7).

Depresif ve manik belirtilerin ortaya çıkma yaşı değerlendirilirken duygudurum epizodu kriterleri karşılanmasa bile eşik altı depresif ve manik belirtilerin ortaya çıktığı yaş değerlendirmeye dahil edilmişti. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda depresif belirtilerin başlangıç yaşı açısından anlamlı bir farklılık vardı. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubunda depresif belirtilerin daha erken yaşta ortaya çıkması iki şekilde açıklanabilir. İlk olarak şizofreninin bipolar bozukluğa kıyasla daha erken yaşta başlaması açıklamalardan birisi olabilir. Bipolar bozukluğun genel olarak 20li yaşların ortasında başladığı bilinirken şizofreni, tipik olarak geç

ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır ve şizofreninin tipik başlangıç yaşının ergenliğin sonları veya yirmili yaşların başı olduğu bilinmektedir [180], [188], [189]. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu olarak tanımladığımız durum, şizofreni-bipolar spektrumunda şizofreni ucuna daha yakın bir yerde konumlanması sebebiyle bipolar bozukluk henüz mani ile prezente olmadan ortaya çıkmış olabilir. İkinci açıklama, spektrumda şizofreni ucuna daha yakın bir noktada yer aldığını düşündüğümüz bu sendromda, şizofreninin ana belirti kümelerinden olan negatif belirtilerin daha erken yaşta ortaya çıkıp geçmiş öyküye dayalı değerlendirmemizde depresif belirtiler ile karışması olabilir. Negatif belirtiler genellikle şizofreninin prodromal evresinde ve ilk akut psikotik dönemden önce ortaya çıkmaktadır. Negatif belirtileri olan hastaların %73'ünde pozitif belirtiler başlamadan önce negatif belirtilerin görüldüğü belirlenmiştir [51], [190]–[192]. Ayrıca yalnızca negatif belirtilerin değil depresif belirtilerin de şizofrenik hastalığın bir bileşeni olduğu ve psikotik belirtilerden önce ortaya çıktığı bilinmektedir [191]. Özetle erken başlayan depresif veya negatif belirtiler bipolar bozukluğun bir alt grubu için prodromal özellikler olabilir.

Mani döneminde psikotik belirtiyeye sahip olma, psikotik mani atakları esnasında duygudurum ile tutarlı sanrılarının varlığı veya psikotik mani atakları esnasında duygudurum ile tutarsız sanrılarının varlığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 8,9,10). Ancak psikotik mani epizodu esnasında Schneiderian belirti gösterme durumu açısından gruplar karşılaştırıldığında psikotik mani geçiren katılımcılar arasında Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu'nda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda Schneiderian belirti saptanmıştır (Tablo 10). Depresif dönemde ise psikotik belirti gösterme açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu'nda depresif dönemlerde anlamlı şekilde daha sıklıkla psikotik belirti bulunduğu saptanmıştır (Tablo 11). Psikotik depresyon atakları esnasında duygudurum ile tutarlı sanrılarının varlığı, duygudurum ile tutarsız sanrılarının varlığı veya psikotik depresyon epizodları esnasında Schneiderian belirti gösterme durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 12 ve 13). Özetle çalışmamızda psikotik mani dönemlerinde Schneiderian belirti gösterme ve depresyon döneminde psikotik belirti gösterme açısından gruplar arasında bir fark var iken diğer psikotik epizod

özellikleri arasında bir farklılık saptanmamıştır. Bipolar bozukluk hastalarının yaşamları boyunca geçirdikleri ataklar esnasında yarısından fazlasında psikotik belirtiler görüldüğü bilinmektedir [45], [193]. Bipolar bozuklukta psikotik belirtiler görülme oranları şizofreniyle karşılaştırılabilir düzeyde olabilir ve bipolar bozuklukta veya şizofrenide bulunan psikotik belirtiler arasında niteliksel bir ayrım olmadığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir [46], [194], [195]. Grandiyöz sanrılar, perseküsyon ve referans sanrıları, işitsel ve görsel varsanılar yaygın olmakla birlikte, bipolar bozukluk hastalarında her türlü psikotik semptom ortaya çıkabilir. Duygudurumla uyumlu veya uyumsuz psikotik semptomların yanı sıra Schneiderian birinci sıra semptomlar da ortaya çıkabilmektedir. [46], [193], [194]. Daha önceki incelemeler duygudurum uyumlu semptomların hastalık sonucu ile hem pozitif hem de negatif ilişkilerini bildirmiştir [15], [193], [194]. Bununla birlikte, konuyla ilgili kapsamlı bir inceleme duygudurumla uyumsuz semptomların kötü sonuçlarla ilişkili olmasına rağmen farkın küçük olduğunu göstermiştir [196]. Sonuç olarak literatürde bipolar bozuklukta psikotik belirtilerin doğası ile ilgili yapılmış çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bizim çalışmamızda literatürde yukarıda belirtilen bazı çalışmalara benzer şekilde sanrıların duygudurum uyumluluğu ile ilgili yapılan karşılaştırmalarda belirgin bir fark bulunmadı. Ancak çalışmamızda psikotik belirtilerin duygudurum tutarsızlığı geçmişe yönelik sorgulama ile değerlendirilmiş olup aslında Schneiderian belirtiler Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski grubunda psikotik mani dönemlerinde anlamlı olarak yüksek saptanmasına rağmen, psikotik depresyon dönemlerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştı. Ancak istatistiksel olarak anlamsız olsa bile depresyon döneminde de risk grubunsa daha yüksek olma eğiliminde bulunmuştu. Örneklem daha büyük olsa anlamlı bir sonuç elde edilebileceği düşünüldü. Bu grup psikoz şizofreni-bipolar spektrumunda şizofreniye daha yakın olan grubu temsil ettiği için uzunlamasına izlemde tanısal değişiklikler gözlenebilir veya prognostik açıdan olumsuz bir işaret olabilir. Literatür incelendiğinde de zaman içinde tanısal sapma veya hastalığın şiddetlenmesinin duygudurumla uyumsuz psikotik semptomlarla veya klasik manide sıklıkla görülmeyen biçimde prezente olan psikotik belirtilerle ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır [197]. Bu çalışmalar, daha belirgin bir psikotik bileşeni yansıtan, duygudurumla uyumlu

psikotik semptomları olan hastalarla karşılaştırıldığında psikotik semptomlarında duygudurum uyumsuzluğu olan hastaların spektrumda daha ileri düzeyde bir rahatsızlığa sahip olabileceğini ve daha kötü bir hastalık seyrine sahip olabileceğini öne sürmüşlerdir [198]. Bizim çalışmamızdaki risk grubunun da uzunlamasına izlenmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda gruplar arasında melankolik özellikli depresyon gösterme veya melankoli indeks puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 11). Şizofreni veya şizoafektif bozukluk tanılı kişilerde melankolik depresyon özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla literatür ile karşılaştırılma yapılmamış olsa da melankoli indeksinin Bipolar Bozuklukta Psikoz Riski Bulunan grubu ayırt etmede kullanılacak bir değişken olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda grupların gelişimsel özellikleri (enürezis, disleksi vb) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 14). Beyin gelişiminin erken dönemlerinde ortaya çıkan bozuklukların şizofreni ve bipolar bozukluğun da dahil olduğu bazı hastalıkların patogeneze katkıda bulunduğunu ifade eden ve sıklıkla nörogelişimsel hipotez olarak adlandırılan fikir geniş çapta kabul görmüştür. Bu hipoteze göre şizofreni ve bipolar bozukluk apayrı kavramlar olmaktan ziyade bir spektrum üzerinde yer alan, benzer etiyolojiye sahip olan, beyin gelişimindeki anormalliğin şiddetine ve baskınlığına göre farklı klinik özellikler ile prezente olan hastalıklardır [199] . Son zamanlarda yapılan genetik çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir [187]. Bu bilgiler ışığında çalışma gruplarımız arasında gelişimsel açıdan fark bulunmaması nörogelişimsel hipotezle ve şizofreni ve bipolar bozukluk tanılarına boyutsal bir yaklaşım sağlayan şizofreni-bipolar spektrumu kavramları ile uyumludur.

Çalışmamızda grupların duygudurum düzenleyici, antipsikotik ilaç veya antidepresan kullanma durumları açısından bir farklılık saptanmamıştır. Klorpromazin eşdeğer dozları açısından istatistiksel açıdan fark olmamakla birlikte Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Grubu'nda daha yüksek antipsikotik dozları saptanmıştır (Tablo 15). Antipsikotik ilaçlar psikiyatride kullanılmaya başlandığından beri şizofreninin yanı sıra duygudurum bozukluklarının tedavisinde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Şizofreni ve bipolar hastalığın tedavisinde böyle bir farmakolojik örtüşme, şizofreni ve duygudurum bozukluklarının Kraepelinian dikotomik ayrımına

zıtlık göstermektedir. Antipsikotik ilaçların hem şizofreni hem de mani üzerindeki terapötik etkisi, her iki durumda da dopaminerjik iletimin değişmesiyle açıklanabilir. Farmakolojik açıdan bakıldığında ise, birinci kuşak antipsikotiklerin, antidepresanların ve duygudurum dengeleyicilerin hastalıklar üzerindeki etkisine bakıldığında şizofreni ve duygudurum bozuklukları tanıları üzerinde gösterdikleri farklı biçimde terapötik etkiler, bu hastalıklar arasında belirgin olmasa da ikili bir ayrımı yine de destekleyebilir. Ancak ikinci kuşak antipsikotiklerin kullanıma girmesi bu ikili ayrımı bozmuştur. Başlangıçta bu ilaçların ana uygulama alanının şizofreni olduğu düşünülmesine rağmen, bu ilaçların bipolar bozuklukta duygudurum ataklarının önlenmesi gibi duygudurum dengeleyici özelliklere sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bipolar bozuklukta sürdürüm tedavisinde de antipsikotik ilaçlar yaygın olarak kullanılmaktadır. [200], [201]. Bir grupta psikoz yüksek riski bulunsu bile tüm katılımcılarımızın esas tanılarının bipolar bozukluk olması, gruplar arasında duygudurum düzenleyici ve antidepresan kullanımı açısından anlamlı bir fark olmayışını açıklayabilir. Çalışmamızda antipsikotik ilaç eşdeğer dozları arasında fark bulunmayışının sebebi ise yukarıda da belirttiğimiz gibi antipsikotiklerin hem şizofreni hem bipolar bozuklukta yaygın olarak kullanılması olabilir. Kaldı ki bizim Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Riski bulunan grubumuz şizofreni hastalarından değil psikoz benzeri özellikler gösteren bipolar bozukluk tanılı bireylerden oluşuyordu.

İçgörü açısından gruplar arasında bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 16). Literatür incelendiğinde bazı çalışmalar şizofreni hastalarında bipolar bozukluk hastalarına göre içgörünün daha zayıf olduğunu göstermişken [202]–[205] diğer çalışmalar iki hastalık arasında herhangi bir fark bulamamıştır [206], [207]. Bizim çalışmamızdaki Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk grubu zaten şizofreni hasta grubunu temsil etmediğinden bu alanda belirgin bir farklılık beklemiyorduk.

5.3.Klinik Ölçekler

Çalışmamıza dahil olma kriterleri arasında katılımcıların ötimik olma gerekliliği bulunmaktaydı. Kişilerin duygudurum epizodunda olup olmadıkları klinik değerlendirmenin yanı sıra Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir. HDDÖ puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmasına rağmen her iki grubun ortalamalarının klinik açıdan depresyon değerlendirilmesinde kesme puanının altında olması sebebiyle bu anlamlılık önemli bulunmamıştır. YMDÖ açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ve grupların ortalaması klinik açıdan mani değerlendirilmesinde kesme puanının altında saptanmıştır (Tablo 17).

Çalışmamızda gruplar arasında negatif belirtiler açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 18). Negatif belirtiler, grupların kategorik olarak ayrılmasında kullanılan bir değişken olmasına rağmen gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olması beklenmedik bir sonuçtur. Ancak yalnızca 6 katılımcı Kısa Negatif Belirtiler Ölçeğinde ‘Avolüsyon’ ve ‘Duygulanımda Küntlük’ alt ölçeklerinden 3 ve üzeri puan alarak ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ grubuna dahil edilmişti. Negatif belirti kriterine göre risk grubuna dahil edilen kişi sayısındaki azlık sebebiyle bu sonuç elde edilmiş olabilir. Ayrıca bizim sonucumuz destekleyecek şekilde şizofreni ve bipolar bozuklukta Kısa Negatif Belirtiler Ölçeğinin psikometrik özelliklerini tanı kategorilerine göre inceleyen bir çalışma, psikoz öyküsü olan bipolar bozukluk tanılı hastalar ile psikoz öyküsü olmayan bipolar bozukluk tanılı hastalar arasında negatif belirti şiddeti açısından fark olmadığını göstermiştir [10].

Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği ile yapılan pozitif yapısal düşünce bozukluğu değerlendirmesinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo19). Ancak, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeğinde pozitif yapısal düşünce bozukluğu sorularından 2 ve üzerinde puan alan 10 katılımcı ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ grubuna dahil edilmişti. Dolayısıyla pozitif yapısal düşünce bozukluğu grupların kategorik olarak ayrılmasında kullanılan bir değişken olması nedeniyle bu sonuç beklenen bir sonuçtur. Düşünce Dil Ölçeği kullanılarak ölçülen düşünce bozukluğu gruplar arasında karşılaştırılmış ve tüm örnekleme içeren

korelasyon analizlerinde boyutsal olarak kullanılmıştır. Sonuçlar Düşünce Dil Ölçeği başlığında aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmamızda gruplar karşılaştırıldığında Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşmenin Pozitif Semptomlar bölümünden Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup diğer gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek puan elde etmiştir (Tablo 20). Bu yapılandırılmış görüşme, çalışma gruplarını kategorik olarak ayırt etmede kullanılan bir görüşmeydi. Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme (SIPS) sonucunda 1 kişi BLIPS, 21 kişi APS ve 3 kişi GRİAS kriterlerini karşılamıştı. Toplamda 25 kişi SIPS sonucuna göre 'Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu' grubuna dahil edilmişti. Yani psikoz risk grubuna en çok sayıdaki katılımcı bu kriter ile dahil edilmişti. Dolayısıyla gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuş olması öngörülen bir sonuçtu. Yapılandırılmış görüşmenin pozitif semptomlar bölümündeki alt maddeler ayrı ayrı değerlendirildiğinde olağandışı düşünce içeriği/sanrılar, şüphecilik/kötülük görme düşünceleri ve algı anormallikleri/varsanılar alt maddelerinde gruplar arasında anlamlı fark saptandığı görülmüştür. Büyüklük düşünceleri ve dezorganize iletişim açısından ise farklılık saptanmamıştır. Geçmişte bipolar bozuklukta ötimi döneminde prodromal psikotik belirtilerin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamış olup mani dönemindeki psikotik özellikleri değerlendiren çalışmalar incelenmiştir. Grandiyöz sanrılarının diğer türde sanrılara kıyasla mani dönemi için daha spesifik olduğu bilinmektedir [193]. Grandiyöz sanrılar ile işitsel halüsinasyonlar arasında bir ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır [208], [209]. Oysa işitsel halüsinasyonlara perseküsyon ve referans sanrılarının eşlik ettiği, halüsinasyon görmeyen kişilerin ise grandiyöz sanrılar ile başvurma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir [209]. Mani döneminde psikotik belirtileri inceleyen çalışmaları değerlendirdiğimizde referans, perseküsyon düşünceleri ve algı anormalliklerinin bipolar bozuklukta ayrı bir alt küme oluşturabileceği, grandiyöz düşüncelerin ise bipolar bozuklukta manide temel bir belirti olup ayırt ediciliğinin olmadığı yönündeki bulgumuzu desteklemektedir.

5.4.Öz-değerlendirme Ölçek Bulguları

Çalışma grupları Şizotipal Kişilik Ölçeğindeki puanları açısından değerlendirildiklerinde pozitif, negatif ve dezorganize şizotipi alanlarında ve total puanda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grubun puanları daha yüksektir (Tablo 21). Şizotipal Kişilik Ölçeği de grupları kategorik olarak ayırt etmede kullanılan ölçeklerden biri olması sebebiyle bu bulgu beklenen bir bulgudur. Şizotipal Kişilik Ölçeği puanı 42 ve üzerinde olan 19 katılımcı ‘Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ grubuna dahil edilmişti.

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu grubunda Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin dikkat dürtüsellliği, motor dürtüsellik ve plan yapmama alanları ve toplam puan ortalaması diğer gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek saptandı (Tablo22). Eşlik eden psikiyatrik tanılar değerlendirildiğinde Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta ‘Dürtü Denetim Bozukluğu’ tanısının anlamlı şekilde yüksek saptandığını ‘Klinik Özellikler’ başlığında belirtmiştik. Bu iki sonucumuz birbiriyle tutarlıydı. Dürtüsellik hem şizofreninin hem de bipolar bozukluğun klinik bir özelliği olmasına rağmen dürtüsellik ve risk alma konusu bipolar bozuklukta şizofreniye kıyasla daha çok çalışılmıştır [182], [183]. Bipolar bozukluk genellikle dürtüsel davranış ve yeterli planlama olmaksızın ödüle yönelik çaba harcama eğiliminin artmasıyla karakterize edilir [210]. Her ne kadar riskli dürtüsel davranış mani için bir tanı kriteri olsa ve bipolar bozukluk tanılı hastalar öz-bildirim ölçeklerinde dürtüsellik açısından anormallikler gösterebilirler de, planlama ve öngörü gerektiren davranışsal görevlerde tutarlı bir bozulma göstermemişlerdir [211], [212]. Bu farklılıklar dürtüsellüğün çok yönlü doğası [213] ve bu yapıyı değerlendirmek için kullanılan birbirinden farklı boyutları ölçen ölçüm araçları ile ilgili olabilir [183]. Şizofreni hastaları ise öz-bildirim ölçeklerinde daha yüksek dürtüsellik sergileme eğiliminde olmalarına rağmen performansa dayalı risk alma görevlerine ilişkin bulgular, hastaların bazen riskten kaçınma veya dürtüsellik eksikliği göstermesi [214] ve bazen de dürtüsel risk almada bir artış göstermesiyle farklılık göstermektedir [183]. Bozulmuş zihinsel ödül temsilleri, bilişsel eksiklikler, negatif belirtiler ve ödül öğrenmesindeki bozulmalar şizofreni hastalarındaki bu heterojenite ile ilişkili faktörler olabilir [215]–[218]. Gruplar arasında bulduğumuz

fark, dürtü denetim bozuklukları ile ilgili tartışma bölümünde belirttiğimiz gibi, şizofrenideki heterojeniteye benzer şekilde psikoz riski olarak tanımladığımız sendromun heterojen yapısı ile ilgili olabilir. Tanımladığımız gruba Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu adını vermiş olsak bile kategorizasyonda kullandığımız diğer kriterleri göz önünde bulundurduğumuzda şizotipi ile de dürtüsellik arasında da bir ilişki kurulabileceği düşünülebilir. Yalnızca şizofreni çalışmaları ile karşılaştırmak uygun olmayabilir. Literatür incelendiğinde, dürtüsellik davranışsal olarak ölçtüğü düşünülen go/no go (yap/yapma) görevinin kullanılarak yanıt engellenmesi mekanizmasının değerlendirildiği bir çalışmada pozitif şizotipi ve motor dürtüsellik, yanıt engellenmesi esnasında benzer nöral aktivasyon modelleriyle ilişkili bulunduğu görülmüştür [219].

Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu grubunda Boyutsal Apati Ölçeğinin yürütücü apati, davranışsal-kognitif apati ve toplam puan ortalaması diğer gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek saptandı (Tablo 23). Bu sonuçlar depresyon derecelendirme ölçeği skorları ile pozitif korelasyon gösteriyordu (Tablo 61). İlginç şekilde korelasyon analizleri 2 grup için ayrı ayrı yapıldığında, Bipolar Bozuklukta Yüksek Risk grubunda depresif belirtiler ile korelasyon gösterirken diğer grupta göstermedi (Tablo 62). Risk grubunu şizofreni-bipolar spektrumunda şizofreniye yakın bir grup olarak tanımladığımız için apatinin depresif belirtilerden bağımsız bir şekilde farklı bir mekanizma ile ortaya çıkmasını bekleyebilirdik. Ancak literatür incelendiğinde aşık psikozu olan bireylerde dahi bipolar bozukluk tanılı bireylere kıyasla belirgin bir farklılık saptanmamıştır. Negatif belirtiler sıklıkla ifadenin azalması ve apati olmak üzere iki boyutta değerlendirilmektedir. Bir çalışma bipolar bozukluk tanılı hastaların şizofreni hastalarından yalnızca azalmış ifade boyutunda farklılık gösterdiğini ancak apati açısından fark göstermediklerini bulmuştur [10]. Ancak bizim çalışmamızdaki psikoz risk grubu belirlenirken negatif belirtilerin kategorik olarak ayırmada kullanılması zaten negatif belirti şiddetleri farklı olan iki grubun karşılaştırılmasına neden olmuş olabilir. Bu nedenle apati açısından farklılık saptamış olabiliriz. Risk grubunda depresif belirtiler ile ilişki saptanmış olması da bu grupta hali hazırda negatif ve rezidü depresif belirtilerin daha yüksek saptanmış olması ile ilişkili olabilir. Öte yandan bu bulgu psikoz risk grubu olarak belirlediğimiz gruptaki artmış apatinin iki grubu ayırabilecek

bir kesitsel özellik olduğunu düşündürebilir. Bir diğer çalışma ise bipolar bozukluk tanılı hastalarda apatinin şizofreni ile karşılaştırılabilir düzeyde mevcut olduğunu ancak bu durumun bizim de gösterdiğimiz gibi eşik altı depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Apatinin altında yatan farklı patofizyolojik mekanizmaların aydınlatılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır [220].

5.5.Düşünce Dil Ölçeği

Gruplar arasında Düşünce Dil Ölçeği toplam puanı ve Düşünce Fakirleşmesi alt başlığı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen Düşünce Dağınıklığı alt başlığı açısından Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk grubu'nun ortalaması diğer gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlılık sınırındadır (Tablo 24). Bu anlamlılık sınırındaki fark grupların kategorize edilirken pozitif yapısal düşünce bozukluğuna göre ayrılması ile bir ölçüde açıklanabilir. Ancak bu eğilim psikoz riski ve düşünce bozukluğu arasındaki ilişkiyi yansıtır da olabilir. Formal düşünce bozukluğu hem şizofreni hem bipolar bozukluk tanılı hastalar için ortak bir özelliktir. Akut dönemde bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarını karşılaştıran bir metaanaliz [16], anlamlı bir niceliksel farklılık saptamamıştır. Aynı çalışma, şizofreni hastalarında bipolar bozukluk tanılı ötimik hastalara göre formal düşünce bozukluğunun daha şiddetli olduğunu göstermiştir. Ancak klinik olarak stabil hastalarda dahi formal düşünce bozukluğunun şizofreni ile bipolar bozukluğu yalnızca kısmen ayırt edebildiğini, aralarında önemli bir örtüşme olduğunu dikkate almak gerekmektedir. Kaldı ki bizim hastalarımız iki farklı hasta grubunu temsil etmiyor, yalnızca bipolar grubun içerisinde olası bir psikoz risk alt grubunu temsil ediyorlardı. Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromunda düşünce dağınıklığının daha fazla olma eğilimi psikoza ilerleyecek hastalığın kesitsel bir göstergesi olabilir. Erken ergenlik döneminde, şizofreni riski taşıyan kişilerin afektif bozukluk riski taşıyanlara göre daha fazla formal düşünce bozukluğuna sahip olduğunun gösterilmiş olması [221], bu görüşümüze destek sunmaktadır.

5.6.Nörobilişsel Değerlendirme

Çalışmamızdaki gruplar zeka testlerindeki bilgi alt testi, psikiyatride bilişsel bozukluk tarama alt testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi, Ödül için Efor Harcama Testi ve Boncuk Görevi açısından anlamlı bir farklılık sergilemiyorlardı (Tablo 25, 26, 27, 28 ve 29). Bipolar bozuklukta daha az şiddetli olsa da hem şizofreni hem de bipolar bozukluk, nörobilişsel eksikliklerle ilişkili olup benzer nörobilişsel etkilenme profili sergilemektedirler [100]. Her iki hastalıkta da bilişsel bozukluğun var olduğu bilinmesine rağmen bipolar bozukluğu olan bazı hastaların normal veya normal üstü bilişsel yeteneklere sahip olduğu da çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir [18],[99]. Yalnızca şizofreni ile ortak genetik risk faktörlerini paylaşan bipolar bozukluk hastalarının hastalık öncesi nörogelişimsel bilişsel eksikliklere sahip olduğunu öne süren bir görüş de bulunmaktadır [100]. Şu anda, bilişsel bozukluğun, mevcut tanısal sınırlara dayanarak şizofreniyi duygudurum bozukluklarından ayırmaya yardımcı olması pek olası değildir [93]. Şizofreni ve bipolar bozukluk arasındaki kognitif özellikler bile belirgin şekilde farklılaşmazken bipolar bozukluk içindeki iki grupta kognitif özelliklerin ayrışmamış olması aslında beklediğimiz bir bulgudur. Ayrıca Bipolar Bozuklukta Psikoz Yüksek Risk Sendromunu kategorik olarak ayırt ederken şizotipiği kullanmıştık. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaratıcılık ölçeklerindeki daha yüksek puanların şizotipal özellikler ile ilişkili bulunduğu [89] göz önünde bulundurulduğunda aslında psikoz risk grubumuz daha yaratıcı ve bilişsel olarak göreceli olarak üstün özelliklere sahip gruptan katılımcılar içeriyor olabilir. Psikoz risk sendromu grubunun şizo-bipolar spektrumunda psikoza daha yakın bir yerde konumlandığını düşünüyor olsak ve bu durum bizi daha yüksek şiddete bir kognitif etkilenme beklentisine götürse dahi üstün özelliği olan bireylerin karıştırıcı etkisi sebebiyle arada anlamlı bir fark çıkmamış olabilir. Psikoz riski olarak tanımladığımız özellikleri içeren grupların ayrı ayrı ve daha yüksek katılımcı sayıları ile değerlendirilmesi bipolar bozukluk içindeki kognitif heterojeniteyi anlamamıza yardımcı olabilir.

5.7. Sosyal Bilişsel Değerlendirme

Çalışmamızdaki gruplar arasında sosyal bilişin beş temel alanını (yüzden duygu tanıma, zihin kuramı, atıf stili, sosyal algı ve sosyal bilgi) değerlendiren testlerde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştı (Tablo 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 ve 37). Ancak tüm örneklem dahil edilerek boyutsal olarak sosyal bilişle ilişkili olabilecek faktörlerin araştırıldığı korelasyon analizlerinde sosyal bilişsel testler ile negatif belirtiler, prodromal psikotik belirtiler ve düşünce bozukluğu arasında bazı zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmişti (Tablo 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56).

Her iki bozukluk da sosyal biliş için önemli olan beyin bölgelerindeki (örneğin ventromedial prefrontal korteks) yapısal ve işlevsel anormalliklerle ilişkili olduğundan bu bulgu şaşırtıcı değildir [109]. Şizofrenide ve bipolar bozuklukta sosyal bilişi karşılaştıran bir meta-analiz şizofrenide bipolar bozukluktan daha şiddetli bir bozulma olsa dahi bu farkın nörokognitif özellikler ile açıklanabileceğini öne sürmüştür. Hem şizofrenide hem bipolar bozuklukta gözlenen sosyal bilişsel performans bozulmasında önemli derecede örtüşme bildirmiştir [222]. Ancak şizofreni ve bipolar bozukluk hastaları arasındaki sosyal biliş farklılıklarının yalnızca niceliksel olduğu sonucuna varmadan önce, bu hastalıkların heterojenitesi göz önünde bulundurularak alt gruplarda daha fazla katılımcı sayısı ile daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuç değişkeni olarak ölçülen sosyal kognitif defisit benzer olsa da altta yatan mekanizmada farklılıklar olabilir. Genetik ve nörogelişimsel olarak psikotik bozukluklar ile benzer kökene sahip bipolar bozukluk alt grubunda ise benzer mekanizma rol oynuyor olabilir.

Çalışmamızda sosyal kognisyon açısından yalnızca atıf stilini değerlendiren İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği'nin Spontan Dışsal Negatif Durumsal Atıf yapma ve Spontan Dışsal Durumsal Atıf yapma maddelerinde gruplar arasında farklılık saptanmıştı. Psikoz riski olmayan grup daha fazla spontan negatif dışsal durumsal ve spontan dışsal durumsal yapmıştı. İstatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da toplam puanlar incelendiğinde Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grup daha fazla içsel ve dışsal kişisel atıf yapmaya eğilimliyken diğer grup ise dışsal durumsal atıf yapmaya eğilimliydi (Tablo 33). Ayrıca korelasyon analizlerinden elde edilen bulgularımız tüm örneklem değerlendirildiğinde toplam

işsel atıf yapma ve künt affekt arasında pozitif bir ilişki bulmuşken, toplam dışsal kişisel atıf yapma ve künt affekt arasında negatif bir ilişki bulmuştur (Tablo 41). Psikoz risk grubumuzu şizo-bipolar spektrumunda şizofreniye yakın bir noktada konumlandığımız için bu sonuç şizofreni çalışmalarındaki atıf stili sonuçları ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Şizofreni hastalarının, sağlıklı kontrollere göre daha fazla işsel atıf yaptıkları ileri sürülmektedir. Bu, hem olumlu olayların nedenlerini daha fazla kendilerine atfetme yönünde bir eğilimi ifade eder; ayrıca olumsuz olayların nedenlerini de dışsal faktörlere atfettikleri düşünülmektedir. Şizofreni hastaları ayrıca daha fazla dışsal kişisel atıflar yapma eğilimindedirler. Kişisel atıflar, olumsuz olaylara yönelik niyetin başka bir kişiye atfedilmesi anlamına gelir [223]–[225]. Ayrıca perseküsyon sanrıları olan kişilerin, durumlardan ziyade kişileri suçlamaya yönelik (kişisel atıf) daha güçlü bir önyargı gösterme eğiliminde oldukları gösterilmiştir [226]. Bizim bulgularımız da psikoz risk grubundaki hastalarımızın işsel atıflar yapmaya psikoz riski bulunmayan gruptakilerin ise durumsal atıflar yapmaya daha fazla eğilimli olduğunu gösteriyordu. Bu bulgumuz bir ölçüde şizofreni çalışmalarının sonuçlarına paralellik gösteriyordu. Bu sonuç, atıf stilinin daha büyük örnekleme ve psikoz risk grubunun spesifik olarak atenüe psikotik semptomlara göre belirlendiği bir grupta değerlendirilse gruplar arasında belirgin olarak anlamlı sonuçlar elde edilebileceğini düşündürmüştür.

5.8. İşlevsellik

Çalışmamızda katılımcıların hastalık öncesi işlevsellikleri Hastalık Öncesi İşlevsellik Ölçeği (PAS) ile değerlendirilmiştir. Premorbid işlevsellik 4 yaş grubu için ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. 12 yaş öncesinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken 12-15 yaş arası, 16-18 yaş arası ve 19 yaş sonrası için yapılan karşılaştırmalarda anlamlı farklılık saptanmıştır. Bipolar Bozuklukta Psikoz Riski bulunmayan grubun premorbid işlevselliğin daha iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 38). İşlevsellikteki bozulmanın 12 yaş sonrasında başlaması nörogelişimsel hipotez ile açıklanabilir. Nörogelişimsel hipotez, şizofreninin, erken beyin gelişimindeki hafif bozulmaların davranışsal sonucu olduğunu ve bu bozukluğun tam etkisinin ergenlik dönemine kadar ortaya çıkmadığını öne sürmektedir [179]. Psikoz yüksek risk

grubumuz şizofreni benzeri özellikleri nedeniyle diğer gruptan adölesan dönemde işlevsellik açısından ayrışıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların şimdiki işlevsellikleri Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) ile değerlendirilmiştir. Sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, öz bakım, rahatsız edici ve saldırgan davranışlardan oluşan 4 alt alanın hepsinde Bipolar Bozuklukta Psikoz Riski bulunan grup belirgin biçimde daha kötü işlevsellik göstermiştir (Tablo 39). Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu grubumuz şizo-bipolar spektrumunun şizofreni ucuna yakın bir yerleşim gösterdiği için işlevsellik açısından sonuçları değerlendirirken şizofreni ve bipolar bozukluk çalışmalarını inceledik. Şizofreni hastalarında işlevselliğin bipolar bozukluk tanılı hastalara kıyasla daha fazla etkilendiği bilinmektedir [227]. Kognitif işlevlerdeki bozuklukların psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerde işlevsellikteki bozulmalar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak şizofreni ve bipolar bozuklukta kognisyon ve işlevsellik ilişkisini inceleyen bir çalışma bu ilişkinin zayıf olduğunu göstermiştir [135]. Biz de çalışmamızda gruplar arasında kognisyon açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptamazken işlevselliğin her alanında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptadık.

Aksi yönde kanıtlar da bulunmasına rağmen [228], bipolar bozuklukta psikotik semptom öyküsünün varlığının psikososyal işlevsellikte daha büyük bir etkilenme ile ilişkili olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir [115], [229], [230]. Bipolar bozukluğu olan hastalarda psikotik belirtilerin işlevsel sonuçları yordayıp yordamadığı kesin değildir. Bu çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak atak sırasında görülen psikotik belirtiler değerlendirilmiştir.

Bizim çalışmamızdaki sonuçlarımız işlevsellik açısından gruplar arasında ortaya çıkan farkı kognisyon ile değil klinik özellikler ve psikoz için risk yaratabilecek diğer özellikler ile açıklamaya yöneltmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarımız hem premorbid hem şimdiki işlevselliğin negatif belirtiler ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Tablo 44 ve 45). Alt alanlara bakacak olursak farklı yaş gruplarında ve farklı işlevsellik alanlarında en çok ilişki bulunan alanın künt affekt olduğu sonucuna varılmıştır. Korelasyon analizleri aynı zamanda Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşmenin Pozitif Semptomlar total puanının işlevsellikle ilişkili olduğunu göstermiştir. Şüphcilik ve kötülük görme düşünceleri (p2 skoru) ise işlevselliğin 3

alanı ile (sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlar) birden ilişkisi bulunan alt madde olmuştur (Tablo 49 ve 50). Düşünce bozukluğunu boyutsal olarak değerlendirdiğimiz Düşünce ve Dil Ölçeği sonuçları ve işlevsellik arasında da anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo 57 ve 58). Şizotipi ve işlevselliğin 4 alanı (sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, özbakım ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlar) arasında da bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Tablo 60). Bizim çalışmamızdaki bu sonuçlar, ötimideki psikoz riskini belirlerken kullandığımız kategorik özellikler (negatif özellikler, prodromal psikotik belirtiler, şizotipi ve değişim bozukluğu) ve işlevsellik arasında kesitsel bir ilişki olabileceğine işaret etmektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda bipolar bozukluk içerisinde ötimi döneminde negatif belirtiler, prodromal psikotik belirtiler, şizotipi ve düşünce bozukluğuna göre sizofreni benzeri kesitsel özellikler gösteren ‘Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu’ adını verdiğimiz bir alt grup tanımlamaya çalıştık. Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromu bulunan grupta eşik altı depresif belirtilerin daha erken yaşta başlaması, depresif dönemlerde daha fazla psikotik belirti görülmesi, psikotik mani dönemlerinde daha fazla Schneiderian belirti izlenmesi, dürtüsellik ve apati puanlarının daha yüksek olması, premorbid işlevsellik ve şimdiki işlevselliğin daha bozuk saptanması; bu grubun klinik bazı özellikler ve psikososyal işlevsellik açısından farklılaştığına işaret etmektedir. Yapısal düşünce bozukluğu, nörobilişsel testler ve sosyal bilişsel testler arasında gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmemiş olması altta yatan kognitif bozulma biçimi haricinde farklı türde mekanizmaların araştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu mekanizmaların aydınlatılması klinik açıdan değerli olacaktır. Düşünce bozukluğu, nörokognisyon ve sosyal kognisyon açısından grupların fark göstermeyişi bir yandan bilissel bozulmanın belirli bir tanı grubu ile sınırlı olmayıp bir spektrum üzerinde değişen şiddette bulunduğu işaret etmekte olup beklenen bir bulgudur. Çünkü çalışmamızda gruplar belirlenirken Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk sendromu ve diğer grup olarak ayrılırken kategorik bir yaklaşım benimsenmiş oldu. Oysa tüm örneklem dahil edilerek boyutsal olarak sosyal biliş ve işlevsellikle ilişkili olabilecek faktörlerin araştırıldığı korelasyon analizlerimizde sosyal bilişsel testler ve işlevselliğin negatif belirtilerin, prodromal psikotik belirtilerin, düşünce bozukluğunun ve şizotipinin şiddeti ile ilişkili olabileceği tespit edildi. Örneklem sayısının daha fazla olduğu veya psikoz riskinin daha spesifik bir şekilde tanımlanabildiği bir koşulda kognisyon ve düşünce bozukluğu açısından da anlamlı sonuçlar elde edilebilir.

Paylaşılan ortak biyolojik temel, genetik göstergeler, beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları ve nörogelişimsel hipotez göz önüne alındığında bu hastalıklar arasında önemli ölçüde örtüşmeler vardır. Bizim sonuçlarımız da hastalıkların çok boyutlu yapısına dikkat çekmektedir. Spesifik ve kişiye özgü müdahalelerin yapılabilmesi için bipolar bozukluğun heterojen yapısı göz önünde

bulundurularak alt gruplar tanımlanmalıdır. Bipolar bozukluğun erken döneminde psikoz için risk teşkil eden ötimik dönem bulguları fark edilirse tıpkı ilk atak psikoz öncesi dönemdeki gibi erken müdahale stratejileri geliştirilebilir. Genç erişkinlik döneminde başlayıp belirgin yeti yitimine ve psikososyal işlevsellikte önemli derecede bozulmaya yol açabilen bipolar bozukluk hastalığının erken döneminde, mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan gençlik yıllarında doğru müdahale stratejilerini geliştirebilmek için psikoz riskini, kinik gidiş ile ilgili yordayıcıları fark etmek önemlidir. Kognitif heterojenite dikkate alınarak bilişsel alt grupların tanımlanması bu vakaların yönetimi açısından (örneğin bilişsel rehabilitasyon için hedef grupları oluştururken) etkili sonuçlara sahip olabilir.

Çalışmamız bipolar bozuklukta ötimi dönemindeki negatif belirtileri, düşünce bozukluğunu, prodromal psikotik belirtileri ve şizotipiye psikoz riski bağlamında ele alması açısından özgün bir çalışmadır. Hastalığın erken dönemlerinde bipolar bozukluk tanılı hastalarda ötimi döneminde bulunan psikoz yüksek risk sendromu, negatif belirtiler, şizotipi ve pozitif düşünce bozukluğunun klinik açıdan şizofreni benzeri özellikler göstermesi ve bozuk işlevsellik ile ilişkili olması, bu özelliklerin ilerleyen dönemde hastalığın şizofreni veya şizoafektif bozukluğa dönüşü yordayabileceğini düşündürmektedir. Psikoz riski oluşturabilecek diğer belirti kümeleri de araştırılmalı ve uzunlamasına çalışmalar yapılmalıdır. Elde ettiğimiz veriler ileride prospektif olarak bipolar bozukluktan spektrumun psikoz ucundaki bir bozukluğa dönüşümü inceleyecek çalışmalara katkı sunacaktır. Ayrıca psikotik bozukluğa dönüşümü yordayan faktörler kullanılarak geliştirilecek olan risk hesaplayıcı çalışmalarına öncülük edecektir.

7. KAYNAKLAR

- [1] H. U. Wittchen *et al.*, “The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 21, no. 9, pp. 655–679, 2011, doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- [2] P. D. McGorry, J. A. Hartmann, R. Spooner, and B. Nelson, “Beyond the ‘at risk mental state’ concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry,” *World Psychiatry*, vol. 17, no. 2, pp. 133–142, 2018, doi: 10.1002/wps.20514.
- [3] P. Fusar-Poli *et al.*, “Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis,” *Schizophr. Bull.*, vol. 42, no. 6, pp. 1395–1406, 2016, doi: 10.1093/schbul/sbw020.
- [4] P. Fusar-Poli *et al.*, “Development and validation of a clinically based risk calculator for the transdiagnostic prediction of psychosis,” *JAMA Psychiatry*, vol. 74, no. 5, pp. 493–500, 2017, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0284.
- [5] D. Oliver *et al.*, “Transdiagnostic individualized clinically-based risk calculator for the automatic detection of individuals at-risk and the prediction of psychosis: external replication in 2,430,333 US patients,” *Transl. Psychiatry*, vol. 10, no. 1, 2020, doi: 10.1038/s41398-020-01032-9.
- [6] A. R. Yung *et al.*, “Yung et al (2003) Psychosis prediction. 12month follow-up of a high-risk (prodromal) group_SchizRes,60,21-32,” *Schizophr. Res.*, vol. 60, pp. 21–32, 2003.
- [7] P. Fusar-Poli *et al.*, “The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 70, no. 1, pp. 107–120, 2013, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.269.
- [8] T. R. Berson, K. C. Kemp, A. J. Bathery, N. Barrantes-Vidal, and T. R. Kwapil, “The Association of Bipolar Spectrum Psychopathology with Psychotic-Like and Schizotypic Symptoms,” *J. Psychopathol. Behav. Assess.*, no. 2008, 2020, doi: 10.1007/s10862-020-09805-8.
- [9] A. Demjaha *et al.*, “Formal thought disorder in people at ultra-high risk of psychosis,” *BJPsych Open*, vol. 3, no. 4, pp. 165–170, 2017, doi: 10.1192/bjpo.bp.116.004408.
- [10] G. P. Strauss, M. Vertinski, S. J. Vogel, E. N. Ringdahl, and D. N. Allen,

- “Negative symptoms in bipolar disorder and schizophrenia: A psychometric evaluation of the brief negative symptom scale across diagnostic categories,” *Schizophr. Res.*, vol. 170, no. 2–3, pp. 285–289, 2016, doi: 10.1016/j.schres.2015.12.014.
- [11] G. P. Strauss *et al.*, “Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome,” *J. Psychiatr. Res.*, vol. 47, no. 6, pp. 783–790, 2013, doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.015.
- [12] L. J. Chapman, J. P. Chapman, T. R. Kwapil, M. Eckblad, and M. C. Zinser, “Chapman,94,J Ab Psych-Putatively psychosis-prone subjects 10 years later..pdf,” vol. 103, no. 2, pp. 171–183, 1994.
- [13] T. R. Kwapil, G. M. Gross, P. J. Silvia, and N. Barrantes-Vidal, “Prediction of psychopathology and functional impairment by positive and negative schizotypy in the chapmans’ ten-year longitudinal study,” *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 122, no. 3, pp. 807–815, 2013, doi: 10.1037/a0033759.
- [14] F. Schürhoff, A. Laguerre, A. Szöke, A. Méary, and M. Leboyer, “Schizotypal dimensions: Continuity between schizophrenia and bipolar disorders,” *Schizophr. Res.*, vol. 80, no. 2–3, pp. 235–242, 2005, doi: 10.1016/j.schres.2005.07.009.
- [15] P. E. Keck *et al.*, “Psychosis in bipolar disorder: Phenomenology and impact on morbidity and course of illness,” *Compr. Psychiatry*, vol. 44, no. 4, pp. 263–269, 2003, doi: 10.1016/S0010-440X(03)00089-0.
- [16] B. Yalincetin, E. Bora, T. Binbay, H. Ulas, B. B. Akdede, and K. Alptekin, “Formal thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis,” *Schizophr. Res.*, vol. 185, pp. 2–8, 2017, doi: 10.1016/j.schres.2016.12.015.
- [17] D. M. Olvet, W. H. Stearns, D. McLaughlin, A. M. Auther, C. U. Correll, and B. A. Cornblatt, “Comparing clinical and neurocognitive features of the schizophrenia prodrome to the bipolar prodrome,” *Schizophr. Res.*, vol. 123, no. 1, pp. 59–63, 2010, doi: 10.1016/j.schres.2010.07.005.
- [18] E. Bora, “Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity,” *Psychiatry Clin.*

- Neurosci.*, vol. 70, no. 10, pp. 424–433, 2016, doi: 10.1111/pcn.12410.
- [19] A. Martinez-Aran *et al.*, “Functional outcome in bipolar disorder: The role of clinical and cognitive factors,” *Bipolar Disord.*, vol. 9, no. 1–2, pp. 103–113, 2007, doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00327.x.
- [20] I. Grande, M. Berk, B. Birmaher, and E. Vieta, “Bipolar disorder,” *Lancet*, vol. 387, no. 10027, pp. 1561–1572, 2016, doi: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X.
- [21] J. Alonso *et al.*, “Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental Health surveys,” *Mol. Psychiatry*, vol. 16, no. 12, pp. 1234–1246, 2011, doi: 10.1038/mp.2010.101.
- [22] E. Vieta and M. L. Phillips, “Deconstructing bipolar disorder: A critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11,” *Schizophr. Bull.*, vol. 33, no. 4, pp. 886–892, 2007, doi: 10.1093/schbul/sbm057.
- [23] APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5TM*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association, 2013.
- [24] WHO, *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. 2022.
- [25] B. M. Cohen, D. Öngür, and S. M. Babb, “Alternative Diagnostic Models of the Psychotic Disorders: Evidence-Based Choices,” *Psychother. Psychosom.*, vol. 90, no. 6, pp. 373–385, 2021, doi: 10.1159/000517027.
- [26] E. Kraepelin, *Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 6 Auflage. Leipzig: Barth, 1899.
- [27] N. C. Andreasen, “The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future,” *Schizophr. Res.*, vol. 28, no. 2–3, pp. 105–109, 1997, doi: 10.1016/S0920-9964(97)00112-6.
- [28] E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. 1950.
- [29] J. Kasanin, “THE ACUTE SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSES,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 90, no. 1, pp. 97–126, Jul. 1933, doi: 10.1176/ajp.90.1.97.
- [30] R. Kotov *et al.*, “Boundaries of schizoaffective disorder: Revisiting Kraepelin,” *JAMA Psychiatry*, vol. 70, no. 12, pp. 1276–1286, 2013, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2350.
- [31] C. R. Lake and N. Hurwitz, “Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease - There is no schizoaffective disorder,” *Curr.*

- Opin. Psychiatry*, vol. 20, no. 4, pp. 365–379, 2007, doi: 10.1097/YCO.0b013e3281a305ab.
- [32] L. Kempf, N. Hussain, and J. B. Potash, “Mood disorder with psychotic features, schizoaffective disorder, and schizophrenia with mood features: Trouble at the borders,” *Int. Rev. Psychiatry*, vol. 17, no. 1, pp. 9–19, 2005, doi: 10.1080/09540260500064959.
 - [33] E. Robins and S. B. Guze, “Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 126, no. 7, pp. 983–987, 1970, doi: 10.1176/ajp.126.7.983.
 - [34] E. Berg, R. Lindelius, U. Petterson, and S. I., “Schizoaffective psychoses A long-term follow-up,” vol. 67, no. 6, pp. 389–398, 1983.
 - [35] I. Brenner, A. Krivoy, A. Weizman, and T. Fischel, “Stability of schizoaffective disorder in correlation with duration of follow-up: Retrospective analysis,” *Psychopathology*, vol. 43, no. 5, pp. 285–291, 2010, doi: 10.1159/000318812.
 - [36] A. E. Nardi *et al.*, “Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder - A 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder,” *J. Affect. Disord.*, vol. 89, no. 1–3, pp. 201–206, 2005, doi: 10.1016/j.jad.2005.08.009.
 - [37] H. Santelmann, J. Franklin, J. Bußhoff, and C. Baethge, “Diagnostic shift in patients diagnosed with schizoaffective disorder: A systematic review and meta-analysis of rediagnosis studies,” *Bipolar Disord.*, vol. 18, no. 3, pp. 233–246, 2016, doi: 10.1111/bdi.12388.
 - [38] T. J. Crow, “The continuum of psychosis and its genetic origins. The sixty-fifth Maudsley lecture,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 156, no. JUNE, pp. 788–797, 1990, doi: 10.1192/bjp.156.6.788.
 - [39] K. S. O’Connell and B. J. Coombes, “Genetic contributions to bipolar disorder: Current status and future directions,” *Psychol. Med.*, vol. 51, no. 13, pp. 2156–2167, 2021, doi: 10.1017/S0033291721001252.
 - [40] M. Oraki Kohshour, S. Papiol, C. R. K. Ching, and T. G. Schulze, “Genomic and neuroimaging approaches to bipolar disorder,” *BJPsych Open*, vol. 8, no. 2, pp. 1–15, 2022, doi: 10.1192/bjo.2021.1082.
 - [41] Y. Patel *et al.*, “Virtual Histology of Cortical Thickness and Shared

- Neurobiology in 6 Psychiatric Disorders,” *JAMA PSYCHIATRY*, vol. 78, no. 1, pp. 47–63, 2021, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2694.
- [42] B. yong Park *et al.*, “Multiscale neural gradients reflect transdiagnostic effects of major psychiatric conditions on cortical morphology,” *Commun. Biol.*, vol. 5, no. 1, 2022, doi: 10.1038/s42003-022-03963-z.
- [43] L. J. Chapman and J. P. Chapman, “The search for symptoms predictive of schizophrenia,” *Schizophr. Bull.*, vol. 13, no. 3, pp. 497–503, 1987, doi: 10.1093/schbul/13.3.497.
- [44] Y. A.R. and M. P.O., “The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations,” *Schizophr. Bull.*, vol. 22, no. 2, pp. 353–370, 1996, [Online]. Available: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L26174579%0Ahttp://dx.doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>.
- [45] S. Chakrabarti and N. Singh, “Psychotic symptoms in bipolar disorder and their impact on the illness: A systematic review,” *World J. Psychiatry*, vol. 12, no. 9, pp. 1204–1232, 2022, doi: 10.5498/wjp.v12.i9.1204.
- [46] L. M. Smith, L. C. Johns, and R. L. C. Mitchell, “Characterizing the experience of auditory verbal hallucinations and accompanying delusions in individuals with a diagnosis of bipolar disorder: A systematic review,” *Bipolar Disord.*, vol. 19, no. 6, pp. 417–433, 2017, doi: 10.1111/bdi.12520.
- [47] S. Grover *et al.*, “Prevalence of psychotic symptoms and their impact on course and outcome of patients with bipolar disorder: Findings from the Bipolar Disorder Course and Outcome study from India (BiD-CoIN study),” *J. Affect. Disord.*, vol. 305, no. March, pp. 233–239, 2022, doi: 10.1016/j.jad.2022.02.070.
- [48] T. J. Miller *et al.*, “Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: Predictive validity, interrater reliability, and training to reliability (Schizophrenia Bulletin (2003) 29, 4 (703-715),” *Schizophr. Bull.*, vol. 30, no. 2, p. 218, 2004, doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007072.
- [49] WHO, *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization,

2004.

- [50] S. M. Couture, E. L. Granholm, and S. C. Fish, "A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia," *Schizophr. Res.*, vol. 125, no. 2–3, pp. 152–160, 2011, doi: 10.1016/j.schres.2010.09.020.
- [51] S. Galderisi, A. Mucci, R. W. Buchanan, and C. Arango, "Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions," *The Lancet Psychiatry*, vol. 5, no. 8, pp. 664–677, 2018, doi: 10.1016/S2215-0366(18)30050-6.
- [52] S. R. Marder and S. Galderisi, "The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia," *World Psychiatry*, vol. 16, no. 1, pp. 14–24, 2017, doi: 10.1002/wps.20385.
- [53] G. Fervaha, G. Foussias, O. Agid, and G. Remington, "Amotivation and functional outcomes in early schizophrenia," *Psychiatry Res.*, vol. 210, no. 2, pp. 665–668, 2013, doi: 10.1016/j.psychres.2013.07.024.
- [54] J. R. Kelly, G. Clarke, J. F. Cryan, and T. G. Dinan, "Dimensional thinking in psychiatry in the era of the Research Domain Criteria (RDoC)," *Ir. J. Psychol. Med.*, vol. 35, no. 2, pp. 89–94, 2018, doi: 10.1017/ipm.2017.7.
- [55] S. Walther and M. Morrens, "What Can Be Learned from Dimensional Perspectives on Psychiatry?," *Neuropsychobiology*, vol. 79, no. 4–5, pp. 249–250, 2020, doi: 10.1159/000508762.
- [56] G. P. Strauss and A. S. Cohen, "A Transdiagnostic Review of Negative Symptom Phenomenology and Etiology," *Schizophr. Bull.*, vol. 43, no. 4, pp. 712–729, 2017, doi: 10.1093/schbul/sbx066.
- [57] H. M. Ihler, S. H. Lyngstad, L. E. Mørch-Johnsen, T. V. Lagerberg, I. Melle, and K. L. Romm, "A transdiagnostic approach to negative symptoms: exploring factor structure and negative symptoms in bipolar disorders," *Front. Psychiatry*, vol. 14, no. June, pp. 1–12, 2023, doi: 10.3389/fpsyt.2023.1136097.
- [58] L. C. Emmerson, D. Ben-Zeev, E. Granholm, M. Tiffany, S. Golshan, and D. V. Jeste, "Prevalence and longitudinal stability of negative symptoms in healthy participants," *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 24, no. 12, pp. 1438–1444, 2009, doi: 10.1002/gps.2284.

- [59] G. Foussias, O. Agid, G. Fervaha, and G. Remington, “Negative symptoms of schizophrenia: Clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 24, no. 5, pp. 693–709, 2014, doi: 10.1016/j.euroneuro.2013.10.017.
- [60] I. F. Tso, T. B. Grove, and S. F. Taylor, “Differential hedonic experience and behavioral activation in schizophrenia and bipolar disorder,” *Psychiatry Res.*, vol. 219, no. 3, pp. 470–476, 2014, doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.030.
- [61] M. Di Nicola *et al.*, “Reduced hedonic capacity in euthymic bipolar subjects: A trait-like feature?,” *J. Affect. Disord.*, vol. 147, no. 1–3, pp. 446–450, 2013, doi: 10.1016/j.jad.2012.10.004.
- [62] B. Kirkpatrick, W. S. Fenton, W. T. Carpenter, and S. R. Marder, “The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms,” *Schizophr. Bull.*, vol. 32, no. 2, pp. 214–219, 2006, doi: 10.1093/schbul/sbj053.
- [63] S. Galderisi *et al.*, “EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia,” *Eur. Psychiatry*, vol. 64, no. 1, 2021, doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.13.
- [64] I. Bègue, S. Kaiser, and M. Kirschner, “Pathophysiology of negative symptom dimensions of schizophrenia – Current developments and implications for treatment,” *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 116, pp. 74–88, 2020, doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.06.004.
- [65] E. Liemburg *et al.*, “Two subdomains of negative symptoms in psychotic disorders: Established and confirmed in two large cohorts,” *J. Psychiatr. Res.*, vol. 47, no. 6, pp. 718–725, 2013, doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.024.
- [66] A. P. M. Stiekema *et al.*, “Confirmatory factor analysis and differential relationships of the two subdomains of negative symptoms in chronically ill psychotic patients,” *PLoS One*, vol. 11, no. 2, pp. 1–13, 2016, doi: 10.1371/journal.pone.0149785.
- [67] M. Kirschner, A. Aleman, and S. Kaiser, “Secondary negative symptoms — A review of mechanisms, assessment and treatment,” *Schizophr. Res.*, vol. 186, pp. 29–38, 2017, doi: 10.1016/j.schres.2016.05.003.
- [68] S. N. Mosolov and P. A. Yaltonskaya, “Primary and Secondary Negative Symptoms in Schizophrenia,” *Front. Psychiatry*, vol. 12, no. January, pp. 1–12,

2022, doi: 10.3389/fpsy.2021.766692.

- [69] M. Harrow and J. G. Miller, "Schizophrenic thought disorders and impaired perspective," *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 89, no. 6, pp. 717–727, 1980, doi: 10.1037/0021-843X.89.6.717.
- [70] N. C. Andreasen and \s=b\ Bleulerian, "Thought, Language, and Communication Disorders I. Clinical Assessment, Definition of Terms, and Evaluation of Their Reliability The concept of thought disorder was given preeminence in Bleuler's conceptualization of schizophrenia, and prior to the recent ," *Arch Gen Psychiatry*, vol. 36, pp. 1315–1321, 1979.
- [71] M. Harrow and J. T. Marengo, "Schizophrenic thought disorder at followup: its persistence and prognostic significance.," *Schizophr. Bull.*, vol. 12, no. 3, pp. 373–393, 1986, doi: 10.1093/schbul/12.3.373.
- [72] H. E. Spohn, L. Coyne, J. Larson, F. Mittleman, J. Spray, and K. Hayes, "Episodic and residual thought pathology in chronic schizophrenics: effect of neuroleptics.," *Schizophr. Bull.*, vol. 12, no. 3, pp. 394–407, 1986, doi: 10.1093/schbul/12.3.394.
- [73] J. A. Wilcox, "Thought disorder and relapse in schizophrenia," *Psychopathology*, vol. 23, no. 3, pp. 153–156, 1990, doi: 10.1159/000284652.
- [74] A. N.C., "Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC).," *Schizophr. Bull.*, vol. 12, no. 3, pp. 473–482, 1986, [Online]. Available: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L16765141%0Ahttp://dx.doi.org/10.1093/schbul/12.3.473>.
- [75] R. E. Hoffman, S. Stopek, and N. C. Andreasen, "A Comparative Study of Manic vs Schizophrenic Speech Disorganization," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 43, no. 9, pp. 831–838, 1986, doi: 10.1001/archpsyc.1986.01800090017003.
- [76] M. J. Cuesta and V. Peralta, "Testing the hypothesis that formal thought disorders are severe mood disorders," *Schizophr. Bull.*, vol. 37, no. 6, pp. 1136–1146, 2011, doi: 10.1093/schbul/sbr092.
- [77] J. Marengo and M. Harrow, "Thought disorder a function of schizophrenia, mania, or psychosis?," *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 173, no. 1, pp. 35–41, 1985, doi: 10.1097/00005053-198501000-00006.

- [78] M. E. Shenton, M. R. Solovay, and P. Holzman, "Comparative studies of thought disorders. II. Schizoaffective disorder.," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 44, no. 1, pp. 21–30, Jan. 1987, doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800130023004.
- [79] V. C. Jampala, M. A. Taylor, and R. Abrams, "The diagnostic implications of formal thought disorder in mania and schizophrenia: a reassessment," *Am. J. Psychiatry*, vol. 146, no. 4, pp. 459–463, 2006, doi: 10.1007/s11104-006-6507-2.
- [80] F. Salomé, P. Boyer, and M. Fayol, "The effects of psychoactive drugs and neuroleptics on language in normal subjects and schizophrenic patients: A review," *Eur. Psychiatry*, vol. 15, no. 8, pp. 461–469, 2000, doi: 10.1016/S0924-9338(00)00520-4.
- [81] P. Grant, M. J. Green, and O. J. Mason, "Models of Schizotypy: The Importance of Conceptual Clarity," *Schizophr. Bull.*, vol. 44, no. February, pp. S556–S563, 2018, doi: 10.1093/schbul/sby012.
- [82] S. K. Kirchner, A. Roeh, J. Nolden, and A. Hasan, "Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review," *npj Schizophr.*, vol. 4, no. 1, pp. 1–18, 2018, doi: 10.1038/s41537-018-0062-8.
- [83] C. Modenato and B. Draganski, "The concept of schizotypy - A computational anatomy perspective," *Schizophr. Res. Cogn.*, vol. 2, no. 2, pp. 89–92, 2015, doi: 10.1016/j.scog.2015.05.001.
- [84] A. E. Danacı, Ö. Böke, M. C. Saka, A. Erol, and S. Ulusoy Kaymak, *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar - Temel Kitap*, 3. baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2021.
- [85] G. Claridge, *Origins of Mental Illness*. 1985.
- [86] J. Heron, I. Jones, J. Williams, M. J. Owen, N. Craddock, and L. A. Jones, "Self-reported schizotypy and bipolar disorder: Demonstration of a lack of specificity of the Kings Schizotypy Questionnaire," *Schizophr. Res.*, vol. 65, no. 2–3, pp. 153–158, 2003, doi: 10.1016/S0920-9964(03)00004-5.
- [87] A. Rossi and E. Daneluzzo, "Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: A comparison with other clinical samples," *Schizophr. Res.*, vol. 54, no. 1–2, pp. 67–75, 2002, doi: 10.1016/S0920-9964(01)00353-X.
- [88] D. Schuldberg, "Paper-and-Pencil Tests Related To Creativity '," pp. 180–182,

2005.

- [89] J. K. Rybakowski and P. Klonowska, "Bipolar mood disorder, creativity and schizotypy: An experimental study," *Psychopathology*, vol. 44, no. 5, pp. 296–302, 2011, doi: 10.1159/000322814.
- [90] K. H. Nuechterlein, D. M. Barch, J. M. Gold, T. E. Goldberg, M. F. Green, and R. K. Heaton, "Identification of separable cognitive factors in schizophrenia," *Schizophr. Res.*, vol. 72, no. 1, pp. 29–39, 2004, doi: 10.1016/j.schres.2004.09.007.
- [91] K. H. Nuechterlein *et al.*, "The MATRICS consensus cognitive battery, part 1: Test selection, reliability, and validity," *Am. J. Psychiatry*, vol. 165, no. 2, pp. 203–213, 2008, doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07010042.
- [92] R. W. Heinrichs and K. K. Zakzanis, "Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence," *Neuropsychology*, vol. 12, no. 3, pp. 426–445, 1998, doi: 10.1037/0894-4105.12.3.426.
- [93] E. Bora, M. Yücel, and C. Pantelis, "Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: Implications for dsm-v criteria and beyond," *Schizophr. Bull.*, vol. 36, no. 1, pp. 36–42, 2010, doi: 10.1093/schbul/sbp094.
- [94] E. Bora, "Neurodevelopmental origin of cognitive impairment in schizophrenia," *Psychol. Med.*, vol. 45, no. 1, pp. 1–9, 2015, doi: 10.1017/S0033291714001263.
- [95] E. Bora, M. Yucel, and C. Pantelis, "Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: A meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives," *J. Affect. Disord.*, vol. 113, no. 1–2, pp. 1–20, 2009, doi: 10.1016/j.jad.2008.06.009.
- [96] L. J. Robinson and I. N. Ferrier, "Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: A systematic review of cross-sectional evidence," *Bipolar Disord.*, vol. 8, no. 2, pp. 103–116, 2006, doi: 10.1111/j.1399-5618.2006.00277.x.
- [97] L. Samalin, I. de Chazeron, E. Vieta, F. Bellivier, and P. M. Llorca, "Residual symptoms and specific functional impairments in euthymic patients with bipolar disorder," *Bipolar Disord.*, vol. 18, no. 2, pp. 164–173, 2016, doi: 10.1111/bdi.12376.
- [98] S. Kyaga, P. Lichtenstein, M. Boman, C. Hultman, N. Långström, and M.

- Landén, “Creativity and mental disorder: Family study of 300 000 people with severe mental disorder,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 199, no. 5, pp. 373–379, 2011, doi: 10.1192/bjp.bp.110.085316.
- [99] C. T. Sudhir Kumar and S. Frangou, “Clinical implications of cognitive function in bipolar disorder,” *Ther. Adv. Chronic Dis.*, vol. 1, no. 3, pp. 85–93, 2010, doi: 10.1177/2040622310374678.
- [100] E. Bora, “Developmental trajectory of cognitive impairment in bipolar disorder: Comparison with schizophrenia,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 25, no. 2, pp. 158–168, 2015, doi: 10.1016/j.euroneuro.2014.09.007.
- [101] A. E. Pinkham, D. L. Penn, M. F. Green, B. Buck, K. Healey, and P. D. Harvey, “The social cognition psychometric evaluation study: Results of the expert survey and RAND Panel,” *Schizophr. Bull.*, vol. 40, no. 4, pp. 813–823, 2014, doi: 10.1093/schbul/sbt081.
- [102] M. F. Green *et al.*, “Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities,” *Schizophr. Bull.*, vol. 34, no. 6, pp. 1211–1220, 2008, doi: 10.1093/schbul/sbm145.
- [103] V. Bliksted, B. Fagerlund, E. Weed, C. Frith, and P. Videbech, “Social cognition and neurocognitive deficits in first-episode schizophrenia,” *Schizophr. Res.*, vol. 153, no. 1–3, pp. 9–17, 2014, doi: 10.1016/j.schres.2014.01.010.
- [104] E. Bora and C. Pantelis, “Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis,” *Schizophr. Res.*, vol. 144, no. 1–3, pp. 31–36, 2013, doi: 10.1016/j.schres.2012.12.013.
- [105] T. Y. Lee, S. Bin Hong, N. Y. Shin, and J. S. Kwon, “Social cognitive functioning in prodromal psychosis: A meta-analysis,” *Schizophr. Res.*, vol. 164, no. 1–3, pp. 28–34, 2015, doi: 10.1016/j.schres.2015.02.008.
- [106] C. Samamé, D. J. Martino, and S. A. Strejilevich, “Social cognition in euthymic bipolar disorder: Systematic review and meta-analytic approach,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 125, no. 4, pp. 266–280, 2012, doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01808.x.
- [107] C. Samamé, “Social cognition throughout the three phases of bipolar disorder:

- A state-of-the-art overview,” *Psychiatry Res.*, vol. 210, no. 3, pp. 1275–1286, 2013, doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.012.
- [108] C. Samamé, D. J. Martino, and S. A. Strejilevich, “An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders,” *J. Affect. Disord.*, vol. 173, pp. 146–153, 2015, doi: 10.1016/j.jad.2014.10.055.
- [109] G. Delvecchio, G. Sugranyes, and S. Frangou, “Evidence of diagnostic specificity in the neural correlates of facial affect processing in bipolar disorder and schizophrenia: A meta-analysis of functional imaging studies,” *Psychol. Med.*, vol. 43, no. 3, pp. 553–569, 2013, doi: 10.1017/S0033291712001432.
- [110] E. A. Cook, N. H. Liu, M. Tarasenko, C. A. Davidson, and W. D. Spaulding, “Longitudinal relationships between neurocognition, theory of mind, and community functioning in outpatients with serious mental illness,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 201, no. 9, pp. 786–794, 2013, doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a2140b.
- [111] S. C. de Sales *et al.*, “Social cognition and psychosocial functioning in schizophrenia and bipolar disorder: Theory of mind as a key to understand schizophrenia dysfunction,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 77, pp. 12–20, 2023, doi: 10.1016/j.euroneuro.2023.08.483.
- [112] C. A. Zarate, M. Tohen, M. Land, and S. Cavanagh, “Functional impairment and cognition in bipolar disorder,” *Psychiatr. Q.*, vol. 71, no. 4, pp. 309–329, 2000, doi: 10.1023/A:1004632206684.
- [113] J. Sanchez-Moreno, A. Martinez-Aran, R. Tabarés-Seisdedos, C. Torrent, E. Vieta, and J. L. Ayuso-Mateos, “Functioning and disability in bipolar disorder: An extensive review,” *Psychother. Psychosom.*, vol. 78, no. 5, pp. 285–297, 2009, doi: 10.1159/000228249.
- [114] A. R. Rosa *et al.*, “One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 125, no. 4, pp. 335–341, 2012, doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01830.x.
- [115] G. M. MacQueen, L. Trevor Young, and R. T. Joffe, “A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 103, no. 3, pp. 163–170, 2001, doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00059.x.
- [116] E. Jiménez-López *et al.*, “Neurocognition and functional outcome in patients

- with psychotic, non-psychotic bipolar I disorder, and schizophrenia. A five-year follow-up,” *Eur. Psychiatry*, vol. 56, pp. 60–68, 2019, doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.008.
- [117] G. Léda-Rêgo, S. Bezerra-Filho, and Â. Miranda-Scippa, “Functioning in euthymic patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis using the Functioning Assessment Short Test,” *Bipolar Disord.*, vol. 22, no. 6, pp. 569–581, 2020, doi: 10.1111/bdi.12904.
- [118] C. Anaya *et al.*, “Cognitive reserve in bipolar disorder: Relation to cognition, psychosocial functioning and quality of life,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 133, no. 5, pp. 386–398, 2016, doi: 10.1111/acps.12535.
- [119] M. Tohen *et al.*, “The McLean-Harvard first-episode mania study: Prediction of recovery and first recurrence,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 160, no. 12, pp. 2099–2107, 2003, doi: 10.1176/appi.ajp.160.12.2099.
- [120] J. M. Haro, C. Reed, A. Gonzalez-Pinto, D. Novick, J. Bertsch, and E. Vieta, “2-year course of bipolar disorder type I patients in outpatient care: Factors associated with remission and functional recovery,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 21, no. 4, pp. 287–293, 2011, doi: 10.1016/j.euroneuro.2010.08.001.
- [121] J. Sanchez-Moreno, A. Martinez-Aran, and E. Vieta, “Treatment of Functional Impairment in Patients with Bipolar Disorder,” *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 19, no. 1, pp. 1–7, 2017, doi: 10.1007/s11920-017-0752-3.
- [122] M. Reinares *et al.*, “Towards a clinical staging for bipolar disorder: Defining patient subtypes based on functional outcome,” *J. Affect. Disord.*, vol. 144, no. 1–2, pp. 65–71, 2013, doi: 10.1016/j.jad.2012.06.005.
- [123] B. Solé *et al.*, “Heterogeneity of functional outcomes in patients with bipolar disorder: a cluster-analytic approach,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 137, no. 6, pp. 516–527, 2018, doi: 10.1111/acps.12871.
- [124] A. A. Dargél *et al.*, “Allostatic load, emotional hyper-reactivity, and functioning in individuals with bipolar disorder,” *Bipolar Disord.*, vol. 22, no. 7, pp. 711–721, 2020, doi: 10.1111/bdi.12927.
- [125] E. Vierck and P. R. Joyce, “Influence of personality and neuropsychological ability on social functioning and self-management in bipolar disorder,”

- Psychiatry Res.*, vol. 229, no. 3, pp. 715–723, 2015, doi: 10.1016/j.psychres.2015.08.015.
- [126] C. M. Bonnín *et al.*, “Subthreshold symptoms in bipolar disorder: Impact on neurocognition, quality of life and disability,” *J. Affect. Disord.*, vol. 136, no. 3, pp. 650–659, 2012, doi: 10.1016/j.jad.2011.10.012.
- [127] C. M. Bonnín *et al.*, “Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: A long-term, follow-up study,” *J. Affect. Disord.*, vol. 121, no. 1–2, pp. 156–160, 2010, doi: 10.1016/j.jad.2009.05.014.
- [128] C. R. Bowie, A. Reichenberg, T. L. Patterson, R. K. Heaton, and P. D. Harvey, “Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity, and symptoms,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 163, no. 3, pp. 418–425, 2006, doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.418.
- [129] C. Del Mar Bonnín *et al.*, “Verbal memory as a mediator in the relationship between subthreshold depressive symptoms and functional outcome in bipolar disorder,” *J. Affect. Disord.*, vol. 160, pp. 50–54, 2014, doi: 10.1016/j.jad.2014.02.034.
- [130] N. Huxley and R. J. Baldessarini, “Disability and its treatment in bipolar disorder patients,” *Bipolar Disord.*, vol. 9, no. 1–2, pp. 183–196, 2007, doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00430.x.
- [131] K. Gade *et al.*, “Functional outcome in major psychiatric disorders and associated clinical and psychosocial variables: A potential cross-diagnostic phenotype for further genetic investigations?,” *World J. Biol. Psychiatry*, vol. 16, no. 4, pp. 237–248, 2015, doi: 10.3109/15622975.2014.995221.
- [132] L. Anyayo, S. Ashaba, M. M. Kaggwa, S. Maling, and E. Nakimuli-Mpungu, “Health-related quality of life among patients with bipolar disorder in rural southwestern Uganda: a hospital based cross sectional study,” *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 19, no. 1, pp. 1–8, 2021, doi: 10.1186/s12955-021-01729-5.
- [133] P. Studart *et al.*, “Is history of suicidal behavior related to social support and quality of life in outpatients with bipolar I disorder?,” *Psychiatry Res.*, vol. 246, no. October, pp. 796–802, 2016, doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.045.
- [134] A. Martinez-Aran and E. Vieta, “Cognition as a target in schizophrenia, bipolar disorder and depression,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 25, no. 2, pp. 151–

- 157, 2015, doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.01.007.
- [135] R. C. Moore *et al.*, “Improving the understanding of the link between cognition and functional capacity in schizophrenia and bipolar disorder,” *Schizophr. Res.*, vol. 169, no. 1–3, pp. 121–127, 2015, doi: 10.1016/j.schres.2015.09.017.
 - [136] E. Vieta *et al.*, “The clinical implications of cognitive impairment and allostatic load in bipolar disorder,” *Eur. Psychiatry*, vol. 28, no. 1, pp. 21–29, 2013, doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.11.007.
 - [137] R. Popolo *et al.*, “Cognitive theory of mind in bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and associations with function,” *Psychiatry Res.*, vol. 290, no. April, pp. 2019–2021, 2020, doi: 10.1016/j.psychres.2020.113030.
 - [138] A. K. J. Fett, W. Viechtbauer, M. de G. Dominguez, D. L. Penn, J. van Os, and L. Krabbendam, “The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis,” *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 35, no. 3, pp. 573–588, 2011, doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.07.001.
 - [139] A. Martínez-Arán *et al.*, “Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: Implications for clinical and functional outcome,” *Bipolar Disord.*, vol. 6, no. 3, pp. 224–232, 2004, doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00111.x.
 - [140] X. Lin, D. Lu, Y. Zhu, X. Luo, Z. Huang, and W. Chen, “The effects of cognitive reserve on predicting and moderating the cognitive and psychosocial functioning of patients with bipolar disorder,” *J. Affect. Disord.*, vol. 260, no. May 2019, pp. 222–231, 2020, doi: 10.1016/j.jad.2019.09.019.
 - [141] I. Forcada, M. Mur, E. Mora, E. Vieta, D. Bartrés-Faz, and M. J. Portella, “The influence of cognitive reserve on psychosocial and neuropsychological functioning in bipolar disorder,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 25, no. 2, pp. 214–222, 2015, doi: 10.1016/j.euroneuro.2014.07.018.
 - [142] Z. Ba *et al.*, “Heterogeneity of psychosocial functioning in patients with bipolar disorder: Associations with sociodemographic, clinical, neurocognitive and biochemical variables,” *Front. Psychiatry*, vol. 13, 2022, doi: 10.3389/fpsy.2022.900757.
 - [143] M. B. First, R. Spitzer, M. Gibbon, and J. Williams, “Structured Clinical Interview for Axis I Disorders-Patient Edition,” *New York Biometrics Res. New*

York State Psychiatr. Inst., 1996.

- [144] A. Çorapçıoğlu, Ö. Aydemir, M. Yıldız, A. Esen Danacı, and E. Köroğlu, “Adaptation into Turkish and Reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID),” *İlaç ve Tedavi Derg.*, vol. 12, no. 4, pp. 33–36, 1999.
- [145] N. C. Andreasen, “Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS),” 1984.
- [146] Ş. Erkoç, “Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması,” *Düşünen Adam*, vol. 4, no. 2, pp. 20–24, 1991.
- [147] B. Kirkpatrick *et al.*, “The brief negative symptom scale: Psychometric properties,” *Schizophr. Bull.*, vol. 37, no. 2, pp. 300–305, 2011, doi: 10.1093/schbul/sbq059.
- [148] I. Polat Nazlı, C. Ergül, Ö. Aydemir, S. Chandhoke, A. Üçok, and A. S. Gönül, “Validation of Turkish version of brief negative symptom scale,” *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, vol. 20, no. 4, pp. 265–271, 2016, doi: 10.1080/13651501.2016.1207086.
- [149] A. Raine, “The spq: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-r criteria,” *Schizophr. Bull.*, vol. 17, no. 4, pp. 555–564, 1991, doi: 10.1093/schbul/17.4.555.
- [150] A. Şener, E. Bora, I. Tekin, and S. Özaşkinli, “Şizotipal Kişilik Ölçeğinin Üniversite Öğrencilerindeki Geçerlik Ve Güvenirliği,” *Klin. Psikofarmakol. Bul.*, vol. 16, no. 2, pp. 84–92, 2006.
- [151] J. H. Patton, M. S. Stanford, and E. S. Barratt, “Factor structure of the barratt impulsiveness scale,” *J. Clin. Psychol.*, vol. 51, no. 6, pp. 768–774, 1995, doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1.
- [152] L. Tamam, H. Güleç, and G. Karataş, “Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF) Türkçe uyarlama çalışması,” *Noropsikiyatri Ars.*, vol. 50, no. 2, pp. 130–134, 2013, doi: 10.4274/npa.y6296.
- [153] P. L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla, S. Ugolini, and R. Pioli, “Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 101, no. 4, pp. 323–329, 2000, doi: 10.1111/j.1600-0447.2000.tb10933.x.

- [154] Ö. Aydemir, A. Ücok, A. Esen-danaci, T. Canpolat, K. Birgül, and E. Fatih, “Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği ’ nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması GİRİÇ Ruhsal bozukluklarda ortaya çıkan belirtiler yani sıra,” 2009.
- [155] P. F. Liddle *et al.*, “Thought and language index: An instrument for assessing thought and language in schizophrenia,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 181, no. OCT., pp. 326–330, 2002, doi: 10.1192/bjp.181.4.326.
- [156] H. Ulaş *et al.*, “Düşünce ve Dil Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması,” *Klin. Psikiyatr.*, pp. 77–85, 2007.
- [157] N. C. Andreasen, M. Flaum, and S. Arndt, “The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH) An Instrument for Assessing Diagnosis and Psychopathology,” *Arch Gen Psychiatry.*, vol. 49, no. 8, pp. 615–623, 1992, doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080023004.
- [158] M. Hamilton, “A rating scale for depression,” *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, vol. 23, no. 56, 1960.
- [159] A. Akdemir, M. H. Türkçapar, S. D. Örsel, N. Demirergi, I. Dag, and M. H. Özbay, “Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale,” *Compr. Psychiatry*, vol. 42, no. 2, pp. 161–165, 2001, doi: 10.1053/comp.2001.19756.
- [160] R. Young, J. Biggs, V. Ziegler, and D. Meyer, *Young Mania Rating Scale*. 1978.
- [161] F. Karadağ, T. Oral, Y. F.A., and E. Erten, “Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale,” *Türk Psikiyatr. Derg.*, vol. 13, no. 2, pp. 107–114, 2002.
- [162] R. Radakovic and S. Abrahams, “Developing a new apathy measurement scale: Dimensional apathy scale,” *Psychiatry Res.*, vol. 219, no. 3, pp. 658–663, 2014, doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.010.
- [163] H. E. Cannon-Spoor, S. G. Potkin, and R. Jed Wyatt, “Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia,” *Schizophr. Bull.*, vol. 8, no. 3, pp. 470–480, 1982, doi: 10.1093/schbul/8.3.470.
- [164] X. F. Amador, D. H. Strauss, S. A. Yale, M. M. Flaum, J. Endicott, and J. M. Gorman, “Assessment of insight in psychosis,” *Am J Psychiatry*, vol. 150, no. 6, 1993, doi: 10.1192/pb.20.7.443-a.

- [165] E. Bora, F. Özdemir, and S. Özaşkınlı, “Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği,” *Türkiye’de Psikiyatr. Derg.*, vol. 8, no. 2, pp. 74–80, 2006.
- [166] G. Parker, S. McCraw, K. Fletcher, P. Friend, and S. Futeran, “Validation of a new prototypic measure of melancholia,” *Compr. Psychiatry*, vol. 54, no. 7, pp. 835–841, 2013, doi: 10.1016/j.comppsy.2013.02.010.
- [167] D. Wechsler, *WAIS-R: Manual: Wechsler adult intelligence scale-revised*. 1981.
- [168] D. A. Grant and E. A. Berg, “Wisconsin Card Sorting Test,” *J. Exp. Psychol.*, 1993, doi: 10.1037/t31298-000.
- [169] L. D. Phillips and W. Edwards, “Conservatism in a simple probability inference task,” *J. Exp. Psychol.*, vol. 72, no. 3, p. 346, 1966.
- [170] M. T. Treadway, J. W. Buckholtz, A. N. Schwartzman, W. E. Lambert, and D. H. Zald, “Worth the ‘EEfRT’? The effort expenditure for rewards task as an objective measure of motivation and anhedonia,” *PLoS One*, vol. 4, no. 8, pp. 1–9, 2009, doi: 10.1371/journal.pone.0006598.
- [171] S. Purdon, “Purdon (2005) SCIP Manual,” no. January 2005, 2005.
- [172] R. C. Gur *et al.*, “A method for obtaining 3-dimensional facial expressions and its standardization for use in neurocognitive studies,” *J. Neurosci. Methods*, vol. 115, no. 2, pp. 137–143, 2002, doi: 10.1016/S0165-0270(02)00006-7.
- [173] S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, J. Hill, Y. Raste, and I. Plumb, “The ‘Reading the Mind in the Eyes’ Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism,” *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 42, no. 2, pp. 241–251, 2001.
- [174] E. A. Yildirim, M. Kaşar, M. Güdük, E. Ateş, I. Küçükparlak, and E. O. Ozalmete, “Investigation of the reliability of the ‘reading the mind in the eyes test’ in a Turkish population,” *Türk Psikiyatr. Derg.*, vol. 22, no. 3, pp. 177–186, 2011.
- [175] R. Rosenthal, J. A. Hall, M. R. DiMatteo, P. L. Rogers, and D. Archer, “Profile of nonverbal sensitivity (PONS test): Manual,” *Unpubl. Manuscr. available from JA Hall, Northeast. Univ. Boston, MA*, vol. 02115, no. October, pp. 522–529, 2017, doi: 10.1002/9781119102991.ch58.

- [176] P. W. Corrigan, R. Silverman, J. Stephenson, J. Nugent-Hirschbeck, and B. J. Buican, "Situational familiarity and feature recognition in schizophrenia," *Schizophr. Bull.*, vol. 22, no. 1, pp. 153–161, 1996, doi: 10.1093/schbul/22.1.153.
- [177] P. Kinderman and R. P. Bentall, "A new measure of causal locus: The internal, personal and situational attributions questionnaire," *Pers. Individ. Dif.*, vol. 20, no. 2, pp. 261–264, 1996, doi: 10.1016/0191-8869(95)00186-7.
- [178] P. J. Scully, J. M. Owens, A. Kinsella, and J. L. Waddington, "Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: Small area variation in rate," *Schizophr. Res.*, vol. 67, no. 2–3, pp. 143–155, 2004, doi: 10.1016/S0920-9964(03)00194-4.
- [179] B. J. Sadock, V. Sadock Alcott, and P. Ruiz, *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th editi. 2017.
- [180] F. Bellivier *et al.*, "Age at onset in bipolar I affective disorder in the USA and Europe," *World J. Biol. Psychiatry*, vol. 15, no. 5, pp. 369–376, 2014, doi: 10.3109/15622975.2011.639801.
- [181] S. Bolton, J. Warner, E. Harriss, J. Geddes, and K. E. A. Saunders, "Bipolar disorder: Trimodal age-at-onset distribution," *Bipolar Disord.*, vol. 23, no. 4, pp. 341–356, 2021, doi: 10.1111/bdi.13016.
- [182] P. Najt, J. Perez, M. Sanches, M. A. M. Peluso, D. Glahn, and J. C. Soares, "Impulsivity and bipolar disorder," *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 17, no. 5, pp. 313–320, 2007, doi: 10.1016/j.euroneuro.2006.10.002.
- [183] M. Ouzir, "Impulsivity in schizophrenia: A comprehensive update," *Aggress. Violent Behav.*, vol. 18, no. 2, pp. 247–254, 2013, doi: 10.1016/j.avb.2012.11.014.
- [184] G. Karakus and L. Tamam, "Impulse control disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder," *Compr. Psychiatry*, vol. 52, no. 4, pp. 378–385, 2011, doi: 10.1016/j.comppsy.2010.08.004.
- [185] S. M. Strakowski, P. E. Keck, S. L. McElroy, H. S. Lonczak, and S. A. West, "Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis," *Compr. Psychiatry*, vol. 36, no. 2, pp. 106–112, 1995, doi: 10.1016/S0010-

440X(95)90104-3.

- [186] Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, “Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium,” *Nat. Genet.*, vol. 45, no. 9, pp. 984–994, 2013, doi: 10.1038/ng.2711.Genetic.
- [187] P. Lichtenstein *et al.*, “Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study,” *Lancet*, vol. 373, no. 9659, pp. 234–239, 2009, doi: 10.1016/S0140-6736(09)60072-6.
- [188] N. Gogtay, N. S. Vyas, R. Testa, S. J. Wood, and C. Pantelis, “Age of onset of schizophrenia: Perspectives from structural neuroimaging studies,” *Schizophr. Bull.*, vol. 37, no. 3, pp. 504–513, 2011, doi: 10.1093/schbul/sbr030.
- [189] H. Hafner, K. Maurer, and W. Löffler, “The epidemiology of early schizophrenia. Influence of age and gender on onset and early course,” *Br J Psychiatry*, pp. 29–38, 1994.
- [190] W. an der Heiden, A. Leber, and H. Häfner, “Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia,” *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 266, no. 5, pp. 387–396, 2016, doi: 10.1007/s00406-016-0697-2.
- [191] W. An Der Heiden and H. Häfner, “The epidemiology of onset and course of schizophrenia,” *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 250, no. 6, pp. 292–303, 2000, doi: 10.1007/s004060070004.
- [192] C. U. Correll and N. R. Schooler, “Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment,” *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, vol. 16, pp. 519–534, 2020, doi: 10.2147/NDT.S225643.
- [193] E. Dunayevich and P. E. Keck, “Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania,” *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 2, no. 4, pp. 286–290, 2000, doi: 10.1007/s11920-000-0069-4.
- [194] H. G. Pope, “Diagnosis in Schizophrenia and Manic-Depressive Illness,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 35, no. 7, p. 811, 1978, doi: 10.1001/archpsyc.1978.01770310017001.
- [195] T. A. Ketter, P. W. Wang, O. V. Becker, C. Nowakowska, and Y. S. Yang,

- “Psychotic bipolar disorders: Dimensionally similar to or categorically different from schizophrenia?,” *J. Psychiatr. Res.*, vol. 38, no. 1, pp. 47–61, 2004, doi: 10.1016/S0022-3956(03)00099-2.
- [196] K. S. Kendler, “Mood-Incongruent Psychotic Affective Illness: A Historical and Empirical Review,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 48, no. 4, pp. 362–369, 1991, doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810280078012.
- [197] S. Fennig, E. J. Bromet, M. T. Karant, R. Ram, and L. Jandorf, “Mood-congruent versus mood-incongruent psychotic symptoms in first-admission patients with affective disorder,” *J. Affect. Disord.*, vol. 37, no. 1, pp. 23–29, 1996, doi: 10.1016/0165-0327(95)00073-9.
- [198] M. Tohen, M. T. Tsuang, and D. C. Goodwin, “Prediction of outcome in mania by mood-congruent or mood-incongruent psychotic features,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 149, no. 11, pp. 1580–1584, 1992, doi: 10.1176/ajp.149.11.1580.
- [199] M. J. Owen and M. C. O’Donovan, “Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum:evidence from genomics,” *World Psychiatry*, vol. 16, no. 3, pp. 227–235, Oct. 2017, doi: 10.1002/wps.20440.
- [200] J. K. Rybakowski, “Meaningful aspects of the term ‘mood stabilizer,’” *Bipolar Disord.*, vol. 20, no. 4, pp. 391–392, 2018, doi: 10.1111/bdi.12608.
- [201] J. K. Rybakowski, “Application of Antipsychotic Drugs in Mood Disorders,” *Brain Sci.*, vol. 13, no. 3, 2023, doi: 10.3390/brainsci13030414.
- [202] Y. Braw, R. Sitman, T. Sela, G. Erez, Y. Bloch, and Y. Levkovitz, “Comparison of insight among schizophrenia and bipolar disorder patients in remission of affective and positive symptoms: Analysis and critique,” *Eur. Psychiatry*, vol. 27, no. 8, pp. 612–618, 2012, doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.02.002.
- [203] C. F. Yen *et al.*, “Comparisons of insight in schizophrenia, bipolar I disorder, and depressive disorders with and without comorbid alcohol use disorder,” *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 62, no. 6, pp. 685–690, 2008, doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01870.x.
- [204] C. F. Yen *et al.*, “Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: Prospective study,” *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 59, no. 4, pp. 403–409, 2005, doi:

10.1111/j.1440-1819.2005.01392.x.

- [205] S. Pini *et al.*, “Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features,” *Eur. Psychiatry*, vol. 19, no. 1, pp. 8–14, 2004, doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.07.007.
- [206] L. Arduini, A. Kalyvoka, P. Stratta, O. Rinaldi, E. Daneluzzo, and A. Rossi, “Insight and neuropsychological function in patients with Schizophrenia and bipolar disorder with psychotic features,” *Can. J. Psychiatry*, vol. 48, no. 5, pp. 338–341, 2003, doi: 10.1177/070674370304800510.
- [207] M. A. Weiler, M. H. Fleisher, and D. McArthur-Campbell, “Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders,” *Schizophr. Res.*, vol. 45, no. 1–2, pp. 29–36, 2000, doi: 10.1016/S0920-9964(99)00215-7.
- [208] W. L. Toh, D. J. Castle, N. Thomas, J. C. Badcock, and S. L. Rossell, “Auditory verbal hallucinations (AVHs) and related psychotic phenomena in mood disorders: analysis of the 2010 Survey of High Impact Psychosis (SHIP) data,” *Psychiatry Res.*, vol. 243, pp. 238–245, 2016, doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.035.
- [209] C. Baethge, R. J. Baldessarini, K. Freudenthal, A. Streeruwitz, M. Bauer, and T. Bschor, “Hallucinations in bipolar disorder: Characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia,” *Bipolar Disord.*, vol. 7, no. 2, pp. 136–145, 2005, doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00175.x.
- [210] S. L. Johnson, M. D. Edge, M. K. Holmes, and C. S. Carver, “The behavioral activation system and mania,” *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 8, pp. 243–267, 2012, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143148.
- [211] M. K. Holmes *et al.*, “Conceptualizing impulsivity and risk taking in bipolar disorder: Importance of history of alcohol abuse,” *Bipolar Disord.*, vol. 11, no. 1, pp. 33–40, 2009, doi: 10.1111/j.1399-5618.2008.00657.x.
- [212] L. E. Lombardo *et al.*, “Trait impulsivity as an endophenotype for bipolar I disorder,” *Bipolar Disord.*, vol. 14, no. 5, pp. 565–570, 2012, doi: 10.1111/j.1399-5618.2012.01035.x.
- [213] J. W. Dalley and J. P. Roiser, “Dopamine, serotonin and impulsivity,” *Neuroscience*, vol. 215, pp. 42–58, 2012, doi:

10.1016/j.neuroscience.2012.03.065.

- [214] G. L. F. Cheng, J. C. Y. Tang, F. W. S. Li, E. Y. Y. Lau, and T. M. C. Lee, "Schizophrenia and risk-taking: Impaired reward but preserved punishment processing," *Schizophr. Res.*, vol. 136, no. 1–3, pp. 122–127, 2012, doi: 10.1016/j.schres.2012.01.002.
- [215] J. M. Gold *et al.*, "Negative symptoms and the failure to represent the expected reward value of actions: Behavioral and computational modeling evidence," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 69, no. 2, pp. 129–138, 2012, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1269.
- [216] E. A. Heerey, K. R. Bell-Warren, and J. M. Gold, "Decision-Making Impairments in the Context of Intact Reward Sensitivity in Schizophrenia," *Biol. Psychiatry*, vol. 64, no. 1, pp. 62–69, 2008, doi: 10.1016/j.biopsych.2008.02.015.
- [217] E. A. Heerey, T. M. Matveeva, and J. M. Gold, "Imagining the Future: Degraded Representations of Future Rewards and Events in Schizophrenia," *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 120, no. 2, pp. 483–489, 2011, doi: 10.1037/a0021810.
- [218] L. F. Reddy *et al.*, "Impulsivity and risk taking in bipolar disorder and schizophrenia," *Neuropsychopharmacology*, vol. 39, no. 2, pp. 456–463, 2014, doi: 10.1038/npp.2013.218.
- [219] M. Vanova, U. Ettinger, L. Aldridge-Waddon, B. Jennings, R. Norbury, and V. Kumari, "Positive schizotypy and Motor Impulsivity correlate with response aberrations in ventral attention network during inhibitory control," *Cortex*, vol. 169, pp. 235–248, 2023, doi: 10.1016/j.cortex.2023.08.017.
- [220] M. Kirschner *et al.*, "Shared and dissociable features of apathy and reward system dysfunction in bipolar i disorder and schizophrenia," *Psychol. Med.*, vol. 50, no. 6, pp. 936–947, 2020, doi: 10.1017/S0033291719000801.
- [221] R. H. Dworkin *et al.*, "Social Competence and Positive and Negative Symptoms: A Longitudinal Study of Children and Adolescents," *Am. J. Psychiatry*, vol. 148, no. 9, pp. 1182–1188, 1991.
- [222] E. Bora and C. Pantelis, "Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis," *Schizophr. Res.*, vol. 175, no. 1–3, pp. 72–78, 2016, doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018.

- [223] N. J. Blackwood, R. Howard, R. Bentall, and R. Murray, "Cognitive Neuropsychiatric Models of Persecutory Delusions," (*Am J Psychiatry*, vol. 158, pp. 527–539, 2001, doi: 10.4324/9780203508633-1.
- [224] C. L. Candido and D. M. Romney, "Attributional style in paranoid vs. depressed patients," *Br. J. Med. Psychol.*, vol. 63, no. 4, pp. 355–363, 1990, doi: 10.1111/j.2044-8341.1990.tb01630.x.
- [225] S. T. Harris, C. Oakley, and M. M. Picchioni, "A systematic review of the association between attributional bias/interpersonal style, and violence in schizophrenia/psychosis," *Aggress. Violent Behav.*, vol. 19, no. 3, pp. 235–241, 2014, doi: 10.1016/j.avb.2014.04.009.
- [226] J. A. Martin and D. L. Penn, "Attributional style in schizophrenia: An investigation in outpatients with and without persecutory delusions," *Schizophr. Bull.*, vol. 28, no. 1, pp. 131–141, 2002, doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006916.
- [227] E. Jiménez-López *et al.*, "Psychosocial functioning in patients with psychotic and non-psychotic bipolar I disorder. A comparative study with individuals with schizophrenia," *J. Affect. Disord.*, vol. 229, no. November 2017, pp. 177–185, 2018, doi: 10.1016/j.jad.2017.12.094.
- [228] C. Simonsen *et al.*, "Psychosocial function in schizophrenia and bipolar disorder: Relationship to neurocognition and clinical symptoms," *J. Int. Neuropsychol. Soc.*, vol. 16, no. 5, pp. 771–783, 2010, doi: 10.1017/S1355617710000573.
- [229] C. M. Canuso, C. A. Bossie, Y. Zhu, E. Youssef, and D. L. Dunner, "Psychotic symptoms in patients with bipolar mania," *J. Affect. Disord.*, vol. 111, no. 2–3, pp. 164–169, 2008, doi: 10.1016/j.jad.2008.02.014.
- [230] B. Dell’Osso *et al.*, "Lifetime presence of psychotic symptoms in bipolar disorder is associated with less favorable socio-demographic and certain clinical features," *Compr. Psychiatry*, vol. 76, pp. 169–176, 2017, doi: 10.1016/j.comppsy.2017.04.005.

EK-1

VERİ KAYIT FORMU

Olgu No:

Çalışmanın Adı: ‘Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromunun Bilişsel Fonksiyonlar ve İşlevsellikle İlişkisi’

Yürütücü: Doç. Dr. İbrahim Emre BORA

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

Katılımcı Bilgileri-Demografik Veriler:

Yaş:

Cinsiyet: 1. Erkek () 2. Kadın ()

Boy/Kilo:

El dominansı: 1. Sağ () 2. Sol () 3. Mikst ()

Medeni durum: 1. Evli () 2. Bekar () 3. Boşanmış () 4. Dul ()

Meslek:

İş: Son 36 ay içinde çalıştığı ay () 2. Çalışmıyor ()

Eğitim süresi (yıl):

Alışkanlıklar:

Sigara:.....paket/gün/yıl

Alkol: 1.Abuse () 2.Bağımlılık () 3. Yok ()

Esrar: 1.Var () 2.Yok ()

Diğer: ()

Ailesel Özellik:

1.° akrabalarda şizofreni: 1.Var () 2.Yok ()

1.° akrabalarda diğer psikotik bozukluklar: 1.Var () 2.Yok ()

2.° akrabalarda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: 1.Var () 2.Yok ()

Kaç kişi?..... Kimler?

1.° akrabalarda bipolar bozukluk: 1.Var () 2.Yok ()

2.° akrabalarda bipolar bozukluk: 1.Var () 2.Yok ()

Kaç kişi?..... Kimler?

1.° akrabalarda depresyon: 1.Var () 2.Yok ()

1.° akrabalarda nörogelişimsel bozukluk: 1.Var () 2.Yok ()

Baba eğitim yılı:

Anne eğitim yılı:

Adli Öykü: 1.Var () 2.Yok ()

Gelişim (mümkünse aileden de öykü):

Zor doğum/perinatal komplikasyon: 1.Evet () 2.Hayır ()

Enürezis: 1.Evet () 2.Hayır () Kaç yaşından beri?.....

Gelişimsel motor koordinasyon bozukluğu: 1.Evet () 2.Hayır () 3.Olası ()

Motor ya da dil gelişiminde gecikme: 1.Evet () 2.Hayır () 3.Olası ()

Disleksi/Diskalkuli/diğer: 1.Evet () 2.Hayır () 3.Olası ()

DEHB: 1.Evet () 2.Hayır () 3.Olası ()

Febril nöbet veya epilepsi: 1.Evet () 2.Hayır ()

Beyin travması öyküsü: 1.Evet () 2.Hayır () 3.Olası ()

Çocukluk çağı travması: Fiziksel () Cinsel () Psikolojik/Sözel ()

Çocukluk çağı ihmali: Fiziksel () Psikolojik/Sözel ()

Bipolar Bozukluk tanı yaşı:

Manik semptomlarının başlangıç yaşı:

Depresif semptomların başlangıç yaşı:

Depresif atak sayısı:

Melankolik özellikli depresyon:

Manik atak sayısı:

Psikotik özellikli epizodlar:

Geçmiş en şiddetli depresif epizod dönemi:

Geçmiş en şiddetli manik epizod dönemi:

Melankolik indeks:

Kullanılan psikiyatrik ilaçlar ve doz:

Komorbid Psikiyatrik Tanılar:

Otizm spektrum bozukluğu: 1.Evet () 2.Hayır ()

Basit tik bozukluğu: 1.Evet () 2.Hayır ()

Tourette sendromu: 1.Evet () 2.Hayır ()

Anksiyete bozukluğu: 1.Evet () 2.Hayır () Tipi:.....

Sosyal fobi: 1.Evet () 2.Hayır ()

Diğer fobiler: 1.Evet () 2.Hayır ()

OKB: 1.Evet () 2.Hayır ()

OKB ile ilişkili bozukluklar: 1.Evet () 2.Hayır () Tipi:.....

Dürtü denetim bozuklukları: 1.Evet () 2.Hayır () Tipi:.....

Yeme bozuklukları: 1.Evet () 2.Hayır ()

TSSB: 1.Evet () 2.Hayır ()

Kullandığı ilaçlar:

EK-2

Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

VARSANILAR

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

SANRILAR

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

GARİP DAVRANIŞ

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

POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

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

UYGUNSUZ DUYGULANIM

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

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

EK-3

KISA NEGATİF SEMPTOM ÖLÇEĞİ: PUAN ÇİZELGESİ

← NORMAL BOZULMUŞ →

I. ANHEDONİ

1. ETKİNLİKLER SİRASINDA ALINAN KEYFİN YOĞUNLUĞU	0	1	2	3	4	5	6
2. KEYİF ALINAN ETKİNLİKLERİN SIKLIĞI	0	1	2	3	4	5	6
3. GELECEKTE YAPILACAK ETKİNLİKLERDEN ALINMASI BEKLENEN KEYİF YOĞUNLUĞU	0	1	2	3	4	5	6

II. SIKINTI HİSSİNİN EKSİKLİĞİ

4. SIKINTI HİSSİNİN EKSİKLİĞİ	0	1	2	3	4	5	6
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

III. ASOSYALLİK

5. ASOSYALLİK : DAVRANIŞ	0	1	2	3	4	5	6
6. ASOSYALLİK: İÇSEL DENEYİM	0	1	2	3	4	5	6

IV. AVOLÜSYON

7. AVOLÜSYON: DAVRANIŞ	0	1	2	3	4	5	6
8. AVOLÜSYON: İÇSEL DENEYİM	0	1	2	3	4	5	6

V. KÜNT AFFEKT

9. YÜZ İFADESİ	0	1	2	3	4	5	6	
10. SESLİ İFADE	0	1	2	3	4	5	6	9
11. ANLAM İFADE EDEN VÜCUT HAREKETLERİ	0	1	2	3	4	5	6	

VI. ALOJİ

12. KONUŞMANIN MİKTARI	0	1	2	3	4	5	6	9
13. KENDİLİĞİNDEN AYRINTILANDIRMA	0	1	2	3	4	5	6	9

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ

Ad Soyad: _____

Yaş: _____

Cinsiyet: _____

Eğitim (Okul): _____

Lütfen her soruyu evet ya da hayır seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıtlayınız. Bu testte doğru ya da yanlış cevap ve şaşırtmaca soru yoktur. Lütfen her sorunun gerçek anlamının ne olacağını çok düşünmeden çabucak yanıt veriniz. Teşekkürler.

- | | | |
|--|------|-------|
| 1. Zaman zaman televizyonda gördükleriniz ya da gazetede okuduklarınızın sizin için özel bir anlam taşıdıklarını hisseder misiniz? | Evet | Hayır |
| 2. Çok sayıda kişinin olacağı yerlere bazen huzursuz olacağımı düşünerek giderim. | Evet | Hayır |
| 3. Hiç doğaüstü bir yaşantınız oldu mu? | Evet | Hayır |
| 4. Hiç nesne ya da gölgeleri insan sandığınız veya gürültüyü konuşma sandığınız oldu mu? | Evet | Hayır |
| 5. Diğer insanlar beni biraz sıradışı (acayip) bulurlar. | Evet | Hayır |
| 6. Diğer insanları tanımak için çok az isteğim var. | Evet | Hayır |
| 7. Diğer insanlar bazen ne söylediğimi anlamayı zor buluyorlar. | Evet | Hayır |
| 8. İnsanlar bazen beni ilgisiz ve mesafeli bulurlar. | Evet | Hayır |
| 9. Arkamdan konuşulduğundan eminim. | Evet | Hayır |
| 10. Yemek veya sinema için dışarı çıktığımda insanların beni fark ettiklerini biliyorum. | Evet | Hayır |
| 11. Resmi bir ortamda görüşme yapmam gerektiğinde huzursuz olurum. | Evet | Hayır |
| 12. Telepatiye inanır mısınız? | Evet | Hayır |
| 13. Hiç, göremeseniz bile belli bir insan ya da gücün çevrenizde olduğunu hissettiğiniz oldu mu? | Evet | Hayır |
| 14. Diğer insanlar bazen benim sıradışı alışkanlık ya da hareketlerim hakkında yorumda bulunurlar. | Evet | Hayır |
| 15. Birçok şeyi kendime saklamayı tercih ederim. | Evet | Hayır |
| 16. Bazen konuşurken çabucak bir konudan başkasına atlarım. | Evet | Hayır |
| 17. Konuşmam ve bakışlarımla gerçek duygularımı ifade etmekte pek iyi değilimdir. | Evet | Hayır |
| 18. Sıklıkla insanların size zarar vermek istediklerini hissedersiniz? | Evet | Hayır |

19. Bazı insanlar hakkınızda imalı ya da çift anlamlı sözler söylüyor mu?	Evet	Hayır
20. Arkanızda birisi yürürken huzursuz olur musunuz?	Evet	Hayır
21. İnsanların bazen sizin ne düşündüğünüzü bildiklerinden emin olduğunuz anlar var mıdır?	Evet	Hayır
22. Bir kişiye ya da aynada kendinize bakarken hiç yüzün değiştiğini algıladınız mı?	Evet	Hayır
23. Bazen insanlar benim biraz garip olduğumu düşünürler.	Evet	Hayır
24. Başka insanlarla birlikteyken genellikle sessizimdir.	Evet	Hayır
25. Bazen ne söylemeye çalıştığımı unutuyorum.	Evet	Hayır
26. Nadiren kahkaha atar ya da gülümserim.	Evet	Hayır
27. Bazen iş arkadaşları ve dostlarınızın gerçekten sadık ve güvenilir olmadığınızdan kaygılanır mısınız?	Evet	Hayır
28. Hiç sıradan bir olay ya da nesnenin sizin için özel bir işaret olduğunu düşündüğünüz oldu mu?	Evet	Hayır
29. İnsanlarla ilk kez tanışırken huzursuz olurum.	Evet	Hayır
30. Paranormal olaylara (gelecekte haber verme, psişik güçler, büyü) inanır mısınız?	Evet	Hayır
31. Sıklıkla düşüncelerimi sesli dile getiren bir ses duyarım.	Evet	Hayır
32. Bazı insanlar benim çok garip bir insan olduğumu düşünürler.	Evet	Hayır
33. Başka insanlara duygusal olarak yaklaşmayı zor bulurum.	Evet	Hayır
34. Konuşurken sıklıkla konudan çok fazla saparım.	Evet	Hayır
35. Sözel olmayan iletişimde (gülümsemek ve bir sohbet sırasında başını sallamak gibi) beceriksizim.	Evet	Hayır
36. Arkadaşlarımla yanında bile savunmada olmam gerektiğini hissedirim.	Evet	Hayır
37. Bazen reklâmlardan ya da mağaza camlarındaki ilânlardan özel anlamlar çıkarır ya da çevrenizdeki şeylerin size yönelik düzenlendiğini düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
38. Yabancı insanlar arasında olduğunuzda sıklıkla kendinizi huzursuz hissedersiniz?	Evet	Hayır
39. İnsanlar yanınızda değilken düşüncelerinizi hissedebilir mi?	Evet	Hayır
40. Hiç diğer insanların gözüne gözükmeyen şeyler gördünüz mü?	Evet	Hayır
41. En yakın aile bireyleri dışında kimsenin gerçekten size yakın olmadığını düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
42. Bazı insanlar beni konuşma esnasında belirsiz ve anlaşılması zor bulurlar	Evet	Hayır
43. İncelikli davranış ve jestlere karşılık vermede zorlanırım.	Evet	Hayır
44. İnsanların söyledikleri ve yaptıklarından gizli bir tehdit ya da aşağılama sezdiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
45. Alışveriş sırasında, diğer insanların sizi izlediği hissine kapılır mısınız?	Evet	Hayır
46. Tanımadığım insanların olduğu sosyal ortamlarda kendimi çok rahatsız hissedirim.	Evet	Hayır

47. Hiç altıncı his, UFO'lar, geleceği görme, astroloji ile ilgili deneyimleriniz oldu mu?	Evet	Hayır
48. Sıradan eşyaları olduğundan büyük ya da küçük gördüğünüz olur mu?	Evet	Hayır
49. Arkadaşlara mektup yazmak hazdan çok sıkıntı verir.	Evet	Hayır
50. Bazen kelimeleri alışılmadık şekillerde kullanırım.	Evet	Hayır
51. Başkalarıyla konuşurken göz göze gelmekten kaçınırım.	Evet	Hayır
52. Diğerlerinin, kendinizle ilgili çok fazla şey bilmemesinin daha iyi olduğunu düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
53. İnsanları birbiriyle konuşurken görünce, sıklıkla sizden bahsedip bahsetmediklerini merak eder misiniz?	Evet	Hayır
54. Büyük bir topluluk önünde konuşma yapmam gerekirse çok huzursuz olurum.	Evet	Hayır
55. Hiç başka bir insanla telepatik olarak iletişim kurabildiğinizi düşündünüz mü?	Evet	Hayır
56. Koku alma duyunuz bazen aşırı derece de hassas olur mu?	Evet	Hayır
57. Sosyal ortamlarda arka planda kalmayı tercih ederim.	Evet	Hayır
58. Sohbet sırasında sıklıkla konudan uzaklaşır mısınız?	Evet	Hayır
59. Sıklıkla insanların bana düşmanca davrandığını düşünürüm.	Evet	Hayır
60. Bazen diğer insanların sizi izlediğini hisseders misiniz?	Evet	Hayır
61. Normalde farkında olmadığınız uzaktan gelen seslerin birden bire dikkatinizi dağıttığı oldu mu?	Evet	Hayır
62. Yakın arkadaşlara sahip olmaya çok az önem veririm.	Evet	Hayır
63. Bazen insanların hakkınızda konuştuğu hissine kapılır mısınız?	Evet	Hayır
64. Bazen düşünceleriniz nerdeyse onları duyacağınız kadar yoğun olabilir mi?	Evet	Hayır
65. Sık sık diğer insanların sizi kendi çıkarları doğrultusunda kullanmalarını önlemek için dikkatli olmak zorunda mısınız?	Evet	Hayır
66. İnsanlara yaklaşmakta güçlük çektiğinizi hisseders misiniz?	Evet	Hayır
67. Ben garip ve alışılmadık biriyim.	Evet	Hayır
68. İfade gücü yüksek değildir ve konuşma tarzım canlı değildir.	Evet	Hayır
69. Söylemek istediklerimi anlaşılır bir şekilde aktarmakta zorlanırım.	Evet	Hayır
70. Bazı garip alışkanlıklarım vardır.	Evet	Hayır
71. Fazla tanımadığım insanlarla konuşurken huzursuzluk hissedirim.	Evet	Hayır
72. İnsanlar bazen konuşmamın kafa karıştırıcı olduğunu söyler.	Evet	Hayır
73. Hislerimi kendime saklama eğilimindeyim.	Evet	Hayır
74. Bazen insanlar acayip (sıradışı) görüntümden dolayı bana bakarlar.	Evet	Hayır

EK-5

HstNo _____ Tarih: _____ / _____ / _____ Görüşmecı Kod: _____ PSYG

PSYG SENDROM KRİTERLERİNİN ÖZETİ

I. Mevcut ve geçmişteki psikoz tanısının dışlanması: PSİKOZ SENDROMUNUN VARLIĞI KRİTERLERİ (PSVK)

Psikotik Sendrom	Evet	Hayır
A. PRSÖ P1-P5 maddelerinden herhangi biri 6 m, ya da daha önce hiç 6 oldu mu?		
B. Eğer A Evet ise, bu semptomlar ciddi düzeyde dezorganize ya da tehlikeli mi, ya da hiç oldu mu?		
C. Eğer A Evet ise, bu semptomlar bir ay süre boyunca en az günde bir saat olacak şekilde ve en az ortalama haftada dört gün sıklıkta meydana geldi mi??		

Eğer A ve B Evet ise ya da A ve C Evet ise, olgu mevcut psikoz kriterlerini karşılamaktadır.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

II. Psikoz-risk sendromu tanısının konması: PSİKOZ-RİSK SENDROMLARI KRİTERLERİ (PRSK 3.0)

A. Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Psikoz-risk Sendromu	Evet	Hayır
1. PRSÖ P1-P5 maddelerinden herhangi biri 6 m?		
2. Eğer 1 Evet ise, bu semptomlar geçtiğimiz üç ay içinde psikoz şiddet düzeyine ulaştı mı?		
3. Eğer 1 ve 2 Evet ise, şu an bulunan bu semptomlar günde en az birkaç dakika boyunca ve en az ayda bir kez var mı?		
4. Semptomun diğer tüm nitelikleri başka bir DSM-IV tanısı ile daha iyi açıklanabiliyor mu? (Eksen 1 ya da 2)?		

Eğer 1-3 Evet ise ve 4 Hayır ise, olgu Kısa Aralıklı Psikotik Sendrom kriterlerini karşılamaktadır.

Not: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

B. Hafif Psikoz-risk Sendromu	Evet	Hayır
1. PRSÖ P1-P5 maddelerinden herhangi biri 3-5 mi?		
2. Eğer 1 Evet ise, bu semptomların herhangi biri geçen yıl içinde başladı mı ya da şu an 12 ay öncesine kıyasla 1 veya daha fazla şiddet puanına sahip mi?		
3. Eğer 1 ve 2 Evet ise, bu semptomlar geçtiğimiz ay boyunca en az haftada ortalama bir kez sıklıkta meydana geliyor mu?		
4. Semptomun diğer tüm nitelikleri başka bir DSM-IV tanısı ile daha iyi açıklanabiliyor mu? (Eksen 1 ya da 2)?		

Eğer 1-3 Evet ise ve 4 Hayır ise, olgu Hafif Psikoz Sendromu Sendromu tanı kriterlerini karşılamaktadır.

NOT: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

C. Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz-risk Sendromu	Evet	Hayır
1. Hasta Şizotipal Kişilik Bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır.		
2. Hastanın psikotik bozukluğu olan birinci derece akrabası vardır.		
3. Hastanın GAS skorunda 12 ay öncesine kıyasla, geçtiğimiz bir ay içinde en az 30% düşme mevcuttur.		

Aşağıdaki koşullardan herhangi biri karşılandı ise:

1. 1 ve 3
2. 2 ve 3
3. 1 ve 2 ve 3

Olgu Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma-risk Sendromu kriterlerini karşılamaktadır.

NOT: Kriterlerin karşılandığı ilk tarih (gg/aa/yy): _____

Lütfen evet ya da hayır seçin.

- ___ Hayır ___ Evet Psikotik Sendrom
- ___ Hayır ___ Evet Kısa Aralıklı Psikotik Semptom Psikoz-risk Sendromu
- ___ Hayır ___ Evet Hafif Psikoz Sendromu
- ___ Hayır ___ Evet Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Psikoz-risk Sendromu
- ___ Hayır ___ Evet Diğer DSM-IV Bozukları

Eksen I _____, _____, _____

Eksen II _____, _____, _____

HstNo

Tarih:

/

/

Görüşmecı Kod:

PSYG

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ

Genetik Risk ve Prodromal Kötüleşme Durumu - Genetik risk, DSM-IV'teki Şizotipal Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerir (Aşağı bakınız) ve/veya birinci dereceden bir akrabada psikotik bozukluğun varlığını içerir (Sayfa 7'ye bakınız).

DSM IV - Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Sosyal ve kişilerarası ilişkilerde, ani rahatsızlık duyma ve beraberinde yakın ilişkilere girme becerinde azalma ile karakterize yetersizliklerin bulunduğu, bilişsel ya da algısal çarpıtmaların ve alışılmadık davranışların da eşlik ettiği sürekli bir örüntüyle tanımlanır. Başlangıcı en azından genç erişkinlik veya ergenliğe kadar geçmişe uzanabilir. 18 yaşından küçük bireylerde, bu özellikler en azından bir yıl boyunca bulunmalıdır.

MEVCUT ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU: aşağıdakiler 5 (veya daha fazlası) ile belirlenir:

DSM IV - Şizotipal Kişilik Bozukluğu Kriterleri - Görüşmedeki yanıtları temel alarak derecelendirilir.	Evet	Hayır
a. Referans düşünceler (referans sanrılar dışlanır)		
b. Davranışı etkileyen ve alt kültürdeki değerlerle uyumlu olmayan tuhaf düşünceler ya da büyüsel düşünme (yani batıl inançlar, duru görüye, telepatiye, ya da "altıncı hisse" inanma; çocuk ve ergenlerde, garip fantezi ya da uğraşlar)		
c. Olağandışı algısal deneyimler, bedensel yanılsamalar		
d. Tuhaf düşünme ve konuşma biçimi (yani belirsiz, metaforik, aşırı detaylı, basmakalıp)		
e. Şüphecilik ya da paranoid düşünceler		
f. Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım		
g. Davranış ya da görünüm, tuhaf, olağandışı ya da kendine özgüdür		
h. Birinci derece akrabaları dışında yakın arkadaşları ya da sırdaşları azdır		
i. Yakınlık kurmakla azalmayan ve kendisi hakkındaki olumsuz yargılardan çok paranoid korkularla ilişkili olma eğilimi gösteren aşırı sosyal kaygı		
Hasta DSM IV için Şizotipal Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor mu?		

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

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

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

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

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

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Lütfen kişiyi **geçen ay** boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz.

Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:

	Yok	Hafif düzeyde	Görünür	Belirgin	Şiddetli şiddetli	Çok
a) sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) kişisel ve sosyal ilişkiler	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) öz-bakım	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) rahatsız edici ve agresif davranışlar	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır:
Bir tanesi **a-c** alanları için ve bir tanesi de **d** alanına özgüdür.

a-c alanlarının şiddet derecesi

- (I) yok
- (II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen
- (III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen, ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler.
- (IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hâlâ bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse, daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir.
- (V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur.
- (VI) çok şiddetli, kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler

d alanında şiddetin derecesi

- (I) yok
- (II) hafif, hafif kabalık, asosyalite veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor
- (III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi
- (IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)
- (V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak
- (VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan

PSP toplam skoru için kılavuzlar

- 71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır.
- 31-70: Bu dereceler değişen düzeylerdeki yetersizliği yansıtır.
- 0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiği çok kötü işlevselliği yansıtır.
- 100-91: Dört alanın hepsinde mükemmel işlevsellik. İyi nitelikleri nedeniyle kendisine saygı gösterilir, yaşama ilişkin güçlüklerle yeterince başa çıkar, çok çeşitli ilgi alanları ve aktiviteler ile meşgul olur.
- 90-81: Dört alanın hepsinde iyi işlevsellik, yalnız sıradan problemler ve güçlüklerin bulunması
- 80-71: **a-c** alanlarından birinde veya daha fazlasında hafif güçlükler
- 70-61: **a-c** alanlarından birinde veya daha fazlasında, görünür düzeyde ancak belirgin olmayan güçlükler ya da **d** alanında hafif güçlükler
- 60-51: **a-c** alanlarından birinde belirgin güçlükler ya da **d** alanında görünür düzeyde güçlükler
- 50-41: **a-c** alanlarından ikisinde veya daha fazlasında belirgin güçlükler ya da bir alanında şiddetli güçlükler, **d** alanında görünür düzeyde güçlüklerle birlikte olabilir veya olmayabilir
- 40-31: **a-c** alanlarından birinde şiddetli ve en azından bir alanda da belirgin güçlükler, ya da **d** alanında belirgin güçlükler
- 30-21: **a-c** alanlarından ikisinde şiddetli güçlükler, ya da **a-c** alanlarında bozukluk olsun ya da olmasın **d** alanında şiddetli güçlükler
- 20-11: **a-d** alanlarının hepsinde şiddetli güçlükler veya **a-c** genel alanlarında bir bozukluk olsun veya olmasın **d** alanında çok şiddetli güçlükler. Eğer kişi dışsal yönlendirmelere tepki veriyorsa önerilen skorlar 20-16 arasındadır; eğer tepki vermiyorsa önerilen skorlar 15-11 arasındadır
- 10-1: Aşırı davranışlarla birlikte temel fonksiyonlarda otonomi yokluğu ancak yaşamsal risk olmaksızın (derece 6-10) veya beslenme bozukluğu, dehidratasyon, enfeksiyonlar, belirgin tehlike içeren durumları kavrayamamaya bağlı ölüm riski gibi yaşamsal risk ile birlikte (derece 5-1)

Skor

--	--	--

CASH (EÜF_OPCRIT)

Kıtlılık Görme Sanırları (OPCRIT 6)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 54, Kıtlılık Görme Sanırları				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir aylık bir sürenin kayda değer bölümünde		
Kıskançlık Sanırları				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Gürahkânlık ya da Suçluluk Sanırları (OPCRIT 69)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 69, Suçluluk sanırları				
O0 Yok	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir ayın kayda değer bir bölümü		
OPCRIT 70, Yoksul düşünme sanırları				
O0 Hayır	O1 En az bir hafta	O2 En az iki hafta	O3 En az bir ay	
OPCRIT 71, Nihilistik sanırlar				
O0 Hayır	O1 En az bir hafta	O2 En az iki hafta	O3 En az bir ay	
OPCRIT 72, Düşünce yankılanması				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir aylık bir sürenin kayda değer bölümünde		
Büyüklik Sanırları (OPCRIT 57)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 57, Büyüklik sanırları				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir aylık bir sürenin kayda değer bölümünde		
Dini Sanırlar				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Bedensel Sanırlar				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Üstüne Alınma Düşünceleri ve Sanırları (OPCRIT 64)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli

OPCRIT 58, Etkilenme sanırları				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir aylık bir sürenin kayda değer bölümünde		
Kontrol Edilme Sanırları (OPCRIT 61)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 61, Edilgenlik Sanırları				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az veya belirsiz	O2 Bir ayın kayda değer bir bölümünde		
Zihin Okunması Sanırları				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Düşünce Yayılması (OPCRIT 69)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 69, Düşünce Yayınlanması				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir aylık bir sürenin kayda değer bölümünde		
Düşünce Sokulması (OPCRIT 66)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 66, Düşünce sokulması				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir ayın kayda değer bölümünde		
Düşünce Çekilmesi (OPCRIT 67)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 67, Düşünce çekilmesi				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir ayın kayda değer bölümünde		
Sanırların güdülünün genel değerlendirilmesi				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 55, İyileşimde organize olmuş sanırlar				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir ayın kayda değer bölümünde		
OPCRIT 56, Yaygın Sanırlar				
O0 Hayır	O1 Bir aydan az ya da belirsiz	O2 Bir ayın kayda değer bölümünde		

OPCRIT 62. Birincil Santral Ağrıları

O0 Hayır O1 Bir aydan az ya da belirsiz O2 Bir ayın kayda değer bölümünde

OPCRIT 63. Diğer birincil santraller

O0 Hayır O1 Bir aydan az ya da belirsiz O2 Bir ayın kayda değer bölümünde

Santral Sıraındaki Bilinç Durumu

O0 Yok O1 Şüpheli O2 Belirgin (fiziksel) O3 Belirgin (fiziksel değil)

Santrallerin Drenajlığı

O0 Hafif O1 Son bir ayın büyük bölümünde; şüphe duyuluyor O2 Sürrekli

Kopuk (OPCRIT 64)

O0 Yok O1 Biraz kopuk O2 Kesinlikle kopuk

Tuhal ya da Fantastik Nitelik (OPCRIT 65)

O0 Yok O1 Biraz tuhaf O2 Kesinlikle tuhaf

OPCRIT 66. Tuhal (Bizar) Santraller

O0 Hayır O1 Bir aydan az ya da belirsiz O2 Bir ayın kayda değer bölümünde

Santrallerin Duyudurumla Tutarlılığı

Manik Sendrom Sıraında Ortaya Çıkan Santraller

O0 Hayır O1 Evet

Duyudurumla Tutarlı Santrallerin Varlığı*

O0 Yok O1 Şüpheli O2 Belirgin

Duyudurumla Tutarsız Santrallerin Varlığı*

O0 Yok O1 Şüpheli O2 Belirgin

Depresif Sendromda Ortaya Çıkan Santraller

O0 Hayır O1 Evet

Duyudurumla Tutarlı Santrallerin Varlığı*

O0 Yok O1 Şüpheli O2 Belirgin

Duyudurumla Tutarsız Santrallerin Varlığı*

O0 Yok O1 Şüpheli O2 Belirgin

Varsanılar (Halüsinasyonlar)

İşitme Varsanıları (OPCRIT 76)

O0 Yok O1 Şüpheli O2 Hafif O3 Orta O4 Belirgin O5 Şiddetli

OPCRIT 76. Diğer (Duyulanın bilgeant olmayan) İşitme Varsanılar

O0 Hayır O1 Bir aydan az ya da belirsiz O2 Bir ayın kayda değer bölümünde

Yorum Yapan Sesler (OPCRIT 74)

O0 Yok O1 Şüpheli O2 Hafif O3 Orta O4 Belirgin O5 Şiddetli

OPCRIT 74. Yorum yapan sesler

O0 Hayır O1 Bir aydan az ya da belirsiz O2 Bir ayın kayda değer bölümünde

OPCRIT 75. Hakaret eden/suçlayan/tehdit eden sesler

O0 Hayır O1 Bir aydan az ya da belirsiz O2 Bir ayın kayda değer bölümünde

Aralarda Konuşan Sesler (OPCRIT 73)

O0 Yok O1 Şüpheli O2 Hafif O3 Orta O4 Belirgin O5 Şiddetli

OPCRIT 73. Kendi aralarında hasta hakkında konuşan sesler

O0 Hayır O1 Bir aydan az ya da belirsiz O2 Bir ayın kayda değer bölümünde

Herhangi bir ses duyulmuş mudur?

O0 Hayır (bedensel veya dokunsa varsanılara geçin) O1 Evet

Duyulan seslerin çeşitleri	HAYIR	EYET
Sesler....nıydı?	0	1
Tanrı	0	1
Şeytan	0	1
Erkek	0	1
Kadın	0	1
Tandık	0	1
Tanmadık	0	1
Eşyitel	0	1
Taldir edici	0	1
Emredici	0	1
Birde izide	0	1
Her zaman aynı	0	1
Kalının içinde	0	1
Kalının dışında	0	1
Sol tarafta	0	1
Sağ tarafta	0	1

Bedensel ya da Dokunsal Varsanımlar (Ek Bölüm)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Koku Varsanımları (Ek Bölüm)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Görme Varsanımları (OPCRIT+ 901)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Varsanımların Şiddetinin Genel Değerlendirmesi				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 77. Başka modalitelerdeki ya duyguların bileşeni olmayan varsanımlar				
O0 Hayır	O1 Bir aydın az ya da belirsiz	O2 Bir aydın kayda değer bölümünde		
Varsanımların Sırasındaki Bilinç Durumu				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Belirgin (fiziksel)	O3 Belirgin (fiziksel değil)	
Varsanımların Dirençliliği				
O0 Hafif	O1 Orta	O2 Şiddetli		
Kopuk				
O0 Kopuk değil	O1 Orta düzeyde kopuk	O2 Belirgin biçimde kopuk		
Varsanımların Duygudurumla Tutarlılığı				
Manik Sendrom				
Manik Sendrom Sırasında Ortaya Çıkan Varsanımlar				
O0 Hayır (Varsanımların Depresif Duygudurum Sendromuyla Tutarlılığına geçiniz)				O1 Evet
Duygudurumla Tutarlı Varsanımların Varlığı*				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Belirgin		
Duygudurumla Tutarlı Varsanımların Varlığı*				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Belirgin		
Depresif Sendrom				
Depresif Sendromda Ortaya Çıkan Varsanımlar				
O0 Hayır (Tuhaf davranışlara geçiniz)				O1 Evet

Duygudurumla Tutarlı Varsanımların Varlığı*				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Belirgin		
Duygudurumla Tutarlı Varsanımların Varlığı*				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Belirgin		
Tuhaf Davranışlar				
Giyim Kuşam ve Görünüş				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Toplumsal ve Cinsel Davranışlar				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Saldırgan ve Aile Davranışlar				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Törensiz ve Stereotipik Davranışlar				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Davranışlardaki Tuhaflikların Genel Değerlendirmesi (OPCRIT 17)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 17. Tuhaf davranışların varlığı				
O0 Hayır	O1 Evet			
Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu				
Raydan Çıkma (Çabımlarda Gevşeme)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Teğetsellik				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
Enkoherane (Sözcük Salataları) (OPCRIT 27)				
O0 Yok	O1 Şüpheli	O2 Hafif	O3 Orta	O4 Belirgin O5 Şiddetli
OPCRIT 28. Anlaşılması Zor Konuşma				
O0 Hayır	O1 Evet			

EK-9
HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve iritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Ilımlı
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahat ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama katılınan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi

4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır

2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır

3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor

4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor

4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık

atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK-11

BAÖ

Boyutsal Apatı Ölçeği (Öz Değerlendirme)

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni Durum:

Eğitim Yılı:

Son 1 ay içinde ortaya çıkma sıklığına dayanarak, nasıl hissetmiş, davranmış ya da düşünmüş olduğunuz ile ilgili cevabı işaretleyiniz.

1. Bir şeyleri başlatmak için biraz cesaretlendirilmeye ihtiyacım var.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

2. Arkadaşlarımı arayıp sorarım.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

3. Duygularımı gösteririm.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

4. Gün içinde yapacak yeni şeyler düşünürüm.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

5. Ailemin nasıl hissettiğiyle ilgilenirim.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

6. Kendimi boşluğa bakarken bulurum.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

7. Bir şey yapmadan önce başkalarının onun hakkında nasıl hissedeceğini düşünürüm.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

8. Günlük aktivitelerimi (ev işleri, hobiler vs.) önceden planlarım.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

9. Kötü haber aldığımda mutsuz hissederim.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

10. Bitene kadar bir işe odaklanabilirim.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

11. Motivasyon (bir şeyi yapmak için harekete geçme isteği) eksikliğim var.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

12. Diğer insanlarla empati kurmakta (duygu ve düşüncelerini anlamak) güçlük çekerim.
Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

13. Kendim için hedefler koyarım.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

14. Yeni şeyler denerim.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

15. Başkalarının davranışlarıyla ilgili nasıl hissettiğiyle ilgilenmem.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

16. Gün boyunca düşündüğüm şeylerle ilgili harekete geçerim.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

17. Zorlu bir iş karşısında neyi nasıl yapmam gerektiği konusunda kafam karışır.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

18. Hep bir şeylerle meşgulümdür.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

19. Birkaç şeyi aynı anda yaparken

kolayca kafam karışır.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

20. Televizyonda mutluluk verici ya da üzücü bir şey izlerken kolayca duygulanırım.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

21. Aklımı bir şeye vermekte zorlanırım.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

22. Doğal ve planlamadan davranırım.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

23. Dikkatim kolayca dağılır.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

24. Etrafımda olup bitenlere karşı kayıtsızım.

Neredeyse her zaman

Sıklıkla

Bazen

Hemen hemen hiç

Öğrildim

Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği

Yüzyet PAS (Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği) (16'ya kadar)

Sadece ilk psikolojik epizoda kadar olan önemi puntajın (hastalar için):

İlk değerlendirme: eşeklikten 12 yaşı kadar

İkinci değerlendirme: erken eşeklik: 12-16 arası

Bilgi kaynakları: hastalar ve kardeşleri + tıbbi kayıtlar

1. Gıda eşeklik ve eşeklik

0 İcedinlik değil, sosyal ilişkilerde aktif

1 Orta düzeyde içedini, kanlıgını sosyal ilişkilerden hoşlanın, bazen sosyal ilişki fırsatları yaratır

2 Orta düzeyde içedini, kanlıgını sosyal ilişkilerden hoşlanın, bazen sosyal ilişki fırsatları yaratır

3 Orta düzeyde içedini, kanlıgını sosyal ilişkilerden hoşlanın, bazen sosyal ilişki fırsatları yaratır

4 Orta düzeyde içedini, kanlıgını sosyal ilişkilerden hoşlanın, bazen sosyal ilişki fırsatları yaratır

5 Diğerlerine ilişkin, izole, ilişkilerden kaçınan

2. Akademi ilişkileri

0 Çok sayıda arkadaşıyla yakın ilişkiler,

1 Çok sayıda arkadaşıyla yakın ilişkiler,

2 Pek çok arkadaşla arkadaş, çok yakın arkadaş,

3 Yalnızca birkaç arkadaşla arkadaş, çok yakın arkadaş,

4 Yalnızca birkaç arkadaşla arkadaş, çok yakın arkadaş,

5 Yalnızca birkaç arkadaşla arkadaş, çok yakın arkadaş,

6 Sosyal olarak izole, yüzyet ilişkileri bile olmayan

<12	12 - 16
-----	---------

<12	12 - 16
-----	---------

<12	12 - 16
-----	---------

3. Okul Başarı

0 Çok başarılı öğrenci

1 İyi öğrenci

2 İyi öğrenci

3 İyi öğrenci

4 İyi öğrenci

5 İyi öğrenci

6 Tüm sınıflarda başarılı.

4. Okula Uyum

0 Uyumu iyi, okuldan hoşlanır, disiplin sorunu yok.

1 Uyumu orta düzeyde, bazen disiplin sorunları oluyor, okulda çok ilgili değil. Okulda arkadaşları var ama ders dışı etkinliklerde çok rol almaz.

2 Uyumu orta düzeyde, bazen disiplin sorunları oluyor, okulda çok ilgili değil. Okulda arkadaşları var ama ders dışı etkinliklerde çok rol almaz.

3 Uyumu orta düzeyde, bazen disiplin sorunları oluyor, okulda çok ilgili değil. Okulda arkadaşları var ama ders dışı etkinliklerde çok rol almaz.

4 Uyumu orta düzeyde, bazen disiplin sorunları oluyor, okulda çok ilgili değil. Okulda arkadaşları var ama ders dışı etkinliklerde çok rol almaz.

5 Uyumu orta düzeyde, bazen disiplin sorunları oluyor, okulda çok ilgili değil. Okulda arkadaşları var ama ders dışı etkinliklerde çok rol almaz.

6 Okula ilgili her şeyi reddediyor. Okula yönelik zarar verici veya aşırı müddetle davranışları var.

5. Sosyal-Okul Yönelimleri

0 Çok sayıda arkadaşıyla yakın ilişkiler,

1 Çok sayıda arkadaşıyla yakın ilişkiler,

2 Pek çok arkadaşla arkadaş, çok yakın arkadaş,

3 Yalnızca birkaç arkadaşla arkadaş, çok yakın arkadaş,

4 Yalnızca birkaç arkadaşla arkadaş, çok yakın arkadaş,

5 Yalnızca birkaç arkadaşla arkadaş, çok yakın arkadaş,

6 Sosyal olarak izole, yüzyet ilişkileri bile olmayan

<12	12 - 16
-----	---------

<12	12 - 16
-----	---------

Ek-1. Genel maddeler, semptom maddeleri ve semptom tarama çizelgesi

Bu ölçeğin uygulanması için hastanın aşağıdaki semptomlardan birine sahip olması gerekir. Öncelikle hastanın araştırılan dönemde hangi semptomları olduğu saptanmalıdır. Semptomların şiddetinden çok açıkça bulunması önemlidir. Ölçek doldurulmadan önce semptom tarama çizelgesi doldurulmalıdır. Güncel sütununa hastanın semptomlarına görüşme sırasındaki farkındalık düzeyi işaretlenir. Geçmiş sütununa daha önceki bir dönemdeki semptomların farkındalık düzeyi işaretlenir. Geçmişte seçilen bir zamanda (Örneğin son psikotik alevlenmesini yaşadığı dönem) hastanın semptomlarını ne kadar farkında olduğu sorgulanır. Araştırmacının omacına göre incelenen dönem değişebilir. Semptomların farkındalık düzeyinden sonra 1-3 arası puan alan (en azından kısmi içgörüsü korunmuş) maddelerin ne ölçüde hastalığa atfedildiği sorgulanır.

Semptom tarama çizelgesi

Semptomların hangi dönemde görüldüğü şimdi (S) ya da geçmiş (G) harfleri yuvarlak içine alınarak işaretlenir.

Madde

4	S	G	Yarasanı
5	S	G	Sanı
6	S	G	Düşünce bozukluğu
7	S	G	Aloji
8	S	G	Künt duygulanım
9	S	G	Apati
10	S	G	Anhedoni/Asosyalite

1- Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabul ediyor mu?

S G

0 0

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

Değerlendirilemedi.

Farkında: Hasta açık bir şekilde ruhsal bir hastalığı olduğuna inanıyor.

Kısmi: Bir ruhsal bozukluğu olabileceği konusunda şüphe içinde ama hasta olabileceği düşüncesini dikkate alabiliyor.

Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu olmadığını düşünüyor.

2- İlaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyi

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor? Hasta ilaçların semptomlarının yoğunluğu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?

S G

0 0

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığını düşünüyor.

Kısmi: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltıp azaltmadığı konusunda şüpheli ama ilaçların etkili olmuş olabileceği fikrini dikkate alabiliyor.

Farkında değil: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltmadığını düşünüyor.

3- Ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi

Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması, yorulanması ve yaşadığı diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?

S G

0 0

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

Değerlendirilemedi ya da uygun değil.

Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor.

Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığıyla ilgili olduğu konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor.

Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanmıyor.

EK-14

Sydney Melankolik Prototip Envanteri – Klinisyen Formu

Aşağıda depresyonun iki tanımı (A ve B) bulunmaktadır. Dikkatlice okuyunuz ve hastanın depresyon deneyimini (en kötü hissettiği dönemde) karakterize eden ifadeyi seçiniz. Aşağıdaki tanımlardan tüm uygun ve belirleyici nitelikte olan ifadeler seçilmelidir.

Tanım A	Tanım B
☐ Çok düşük enerji ve yataktan kalkıp güne başlamayı çok zor bulma. ☐ Çökkün ruh hali hastanın yaşamdan keyif almasını engeller ve normalde sevindirici ya da güldürücü şeyler ruh halini yükseltmez- (çok az neşelense de çok geçicidir). ☐ Ruh hali ve enerji düzeyi sabahları en kötüdür. ☐ Hobiler ve aktiviteler dahil, depresyonda değilken genellikle hoşlanacağı şeylere, ilgisini tamamen kaybetmiştir. ☐ Depresyon döneminde olmasını istekle bekleyebildiği birşey yoktur. ☐ Yürüyüşü ve konuşması belirgin biçimde fiziksel olarak yavaşlamıştır. Zaman zaman neredeyse 'paralize olmuş' veya kumda yürüyormuş gibi hissetmektedir. ☐ Konsantrasyon belirgin biçimde etkilenmiş ve bilgi işleme süreci yavaşlamıştır. ☐ Depresyona girdiğinde (ve herhangi bir antidepresan ya da başka bir ilaç başlanmadan önce) kilo verme eğilimindedir. ☐ Depresif epizodların şiddeti, öncesinde var olan ya da sebep olduğu izlenimi uyandıran koşullar göz önüne alındığında, beklenildiğinden çok daha ağır olmaktadır. ☐ Erken dönemleri- çoğu insanla karşılaştırıldığında- ebeveynlerle büyük sorunlar yaşama ya da zorbalık açısından daha zor geçmiştir. ☐ Depresyonda değilken, ilişkileri ve iş performansı genellikle iyidir. ☐ Depresyonlar bazen, hiç bir özellikte belirgin neden yokken, aniden olmaktadır.	☐ Depresyon şiddetli olduğunda bile, hasta, gelecek olan güzel bir şeyi genellikle istekle bekleyebilir. ☐ Depresyona girdiğinde çok belirgin biçimde daha iritabl ve/veya öfkeli hale gelir. ☐ Depresyon şiddetliken bile, insanlar destekleyici olduğunda hasta genellikle neşelendirilebilir. ☐ Duygudurum yükseltilir (geçici olsa bile) ve güzel bir şey olduğunda geçici rahatlama. ☐ Depresif epizod sırasında eğer konsantrasyon etkilenmişse, bu genellikle çok fazla kaygılanma ve dikkat dağınık düşüncelerden dolayıdır. ☐ Depresyonda iken, sıklıkla yiyeceğe aşırma (medikasyonla ilişkili olmayan) ve/veya iştah artışı olur. ☐ Duygusallaşmaya (deprese olup olmadığından bağımsız) genellikle kendini diğer insanlardan daha meyilli görür. ☐ Depresyona girdiği her zaman, ortada depresyonu açıklayan bir takım sebepler vardır. ☐ Depresyonun şiddeti, öncesinde var olan stresli olayların tipi ve bunların kişilik tarzıyla etkileşmesi ile açıklanabilir. ☐ Depresyonda değilken bile, eşi, ailesi ve diğer yakınları ile ilişkilerinde ortaya çıkan güçlüklerle başetmede sorun yaşamaya meyillidir. ☐ Hasta, depresyonda değilken bile, özellikle stres altındayken, çoğu insana kıyasla daha fazla kaygılanma eğilimindedir. ☐ Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, hasta, çoğu insanın yaşadığından daha fazla stresli olay ve ebeveynleri ve diğerleriyle daha fazla sorun deneyimlemiştir.

DERECELENDİRME (lütfen birini işaretleyiniz):

Yukarıdaki kategorilerden hangisinin hastanın genel profiline daha çok uyduğunu derecelendirin.

1	2	3	4	5
Tanım A genel profile en uygun	Tanım A, Tanım B ye göre, genel profile görece daha yakındır	Genel profil Tanım A ve B nin özelliklerine eşit derecede yakındır	Tanım B, Tanım A ya göre, genel profile görece daha yakındır	Tanım B genel profile en uygun

EK-15

SCIP FORM 1

PSİKİYATRİDE BİLİŞSEL BOZUKLUK TARAMA TESTİ (PBBT)
SCIP (Purdon 2005) Türkçe DEÜ SCAN Lab Versiyonu

1. Liste öğrenme testi (Kelime listesini, kelime başına yaklaşık 3 saniye düşecek şekilde okuyun. Hatırlamayı (geri çağırma) test edin. 2 kez daha tekrarlayın). Üçüncü denemenin sonunda katılımcıların listeyi daha sonra tekrar hatırlamaları isteneceğini bilmelerini sağlayın:

	avul	erde	il	ahve	kul	nne	y	ahçe	apka	iftçi	Σ/10
e. 1											
e. 2											
e. 3											Σ/ 30 =

2. Sessiz harf tekrarlama testi: Üçlü harf kümelerinin her birini okuyun. Katılımcının, her bir ögenin gecikme süresinin altında belirtilen saniyeler boyunca başlangıçtan # geriye doğru saymasını ve ardından harfleri hatırlamasını sağlayın. (Sıralama önemli değil):

Yarıcı	Ba şlangıç #	G ecikme Süresi	Yanıt	Yarıcı	Ba şlangıç #	G ecikme Süresi	Yanıt
1				1			
-L-P				-P-B	53	3	
-J-T				-C-N	46	9	
-C-P	94	1		-G-K	11	1	
		8			7	8	
-D-J	10	9		-M-C	48	3	
	9						Σ/2 4 =

Uyarıcı	Uyarıcı	Yanıt
K		
C		Σ

[illegible]

A	V	C	U	G	Y
• -	• •	- •	• •	- -	- •
	• -	- •	-	•	- -

159

V	Y	U	G	U	A	Y	C	V	
A	C	Y	G	U	V	C	Y	V	
U	G	A	V	C	G	A	V	Y	$\Sigma/$
									30

Z-Skoru dönüşümleri: PUANLAMA ÖZETİ:



EK-16

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. İbrahim Emre Bora

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goack.deu@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6303-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromunun Bilişsel Fonksiyonlar ve İşlevsellikle İlişkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. İbrahim Emre Bora Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Karar No:2021/14-17	Tarih:06.05.2021				
BİLGİLERİ	Doç.Dr. İbrahim Emre Bora'nın sorumlusu olduğu "Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromunun Bilişsel Fonksiyonlar ve İşlevsellikle İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/22-11	Tarih:29.06.2022				
	Doç.Dr. İbrahim Emre Bora'nın sorumlusu olduğu "Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromunun Bilişsel Fonksiyonlar ve İşlevsellikle İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Gönüllülerin yaş aralığı 15-29'dan 15-35 aralığında genişletilmesi. -Dahil etme kriterlerinde bulunan "son 5 yıl içerisinde bipolar bozukluğun ilk atağını yaşamış olmak" kriterinin "son 10 yıl içerisinde bipolar bozukluğun ilk atağını yaşamış olmak" olarak değiştirilmesi. İle ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Çalışma Adı: BİPOLAR BOZUKLUKTA EŞLİK EDEN PSİKOZ YÜKSEK RİSK SENDROMUNUN BİLİŞSEL FONKSİYONLAR VE İŞLEVSELLİKLE İLİŞKİSİ

Psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluk, belirgin sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma ile karakterize, toplumsal ve kişisel maliyeti belirgin ciddi psikiyatrik hastalıklardır. Klinik olarak, birçok hastanın bulgularının ve seyrinin, tipik şizofreni ve bipolar bozukluğa denk düşmediği, her iki hastalığın özelliklerinin değişik oranlarda bazı hastalarda görüldüğü (şizobipolar fenotip) uzun yıllardır bilinmektedir. Bu nedenle, modern psikiyatrik sınıflandırma sistemleri, şizoafektif bozukluk tanı kategorisini içermektedir.

Şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoafektif bozukluk genellikle genç erişkinlik ya da ergenlik dönemlerinde başlamaları nedeniyle mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açmaktadırlar. Üstelik bu rahatsızlıklar zaman içerisinde birbirine dönüşme özelliği göstermektedir. İşlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen şizo-bipolar spektrumdaki bozukluklarda prodromal evrede ve ilk atakta yapılacak müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da hastalığın şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedeftir.

Bu araştırmaya, bipolar bozukluk tanısını son 5 yıl içerisinde almış olan 15-29 yaş arası bireyler dahil edilecektir. Bireyler önce hastalık belirtilerini tarayan ölçeklerle değerlendirileceklerdir. Bu kişiler arasından çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayanlar bu çalışmaya katılmak için davet edilecektir. Katılmayı kabul eden bireylerin tanısı ve klinik görüşmeleri yapılacak, görüşme sırasındaki ve geçmişteki psikiyatrik bulguları ve olası şizofreni prodromu belirtileri ayrıntılı klinik görüşme ölçeklerine dayanarak değerlendirilecektir. Yürütücü işlevler, dikkat, soyut düşünce, sosyal biliş gibi yetileri ölçen bir nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır.

Yapılan bu araştırma, şu anda size veya ailenize bir tanı hizmeti vermeyecektir, ancak uzun vadede elde edilebilecek sonuçlar etkilenmiş kişi ve ailelere yeni tedavi yöntemleri ve koruyucu önlemlerin geliştirilmesi amaçlı yarar sağlayabilecektir.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler ve sağlık kayıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Yerel Etik Kurullar'ın ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız bu kurumlara açık olacaktır. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer

işlemlerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Gönüllünün beyanı:

Asist. Dr. Simge UZMAN ÖZBEK tarafından "Bipolar Bozuklukta Eşlik Eden Psikoz Yüksek Risk Sendromunun Bilişsel Fonksiyonlar Ve İşlevsellikle İlişkisi" isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma şekli ile verdiğim bilgilerin gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım 0232 412 4180 telefon numarası verildi. İstedğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstedğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve klinik takibime yönelik bir değişiklik olmayacağı belirtildi.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama Dr. Simge UZMAN ÖZBEK tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme tarihi ve saati:

Gönüllü	Tanıklık Eden	Uygulayıcı
Adı Soyadı / Tel / İmza:	Adı Soyadı / Tel / İmza:	Adı Soyadı / İmza:
		Dr. Simge UZMAN ÖZBEK