

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ, ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK VE PSİKOTİK
ÖZELLİKLİ BİPOLAR BOZUKLUK TİP-1 HASTALARINDA
ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR VE SÜREÇLER**

Dr. Sare AYDIN

UZMANLIK TEZİ

TOKAT
2022

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ, ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK VE PSİKOTİK
ÖZELLİKLİ BİPOLAR BOZUKLUK TİP-1 HASTALARINDA
ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR VE SÜREÇLER**

Dr. Sare AYDIN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Esma AKPINAR ASLAN

TOKAT
2022

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında büyük katkısı olan, asistanlığa başladığım ilk günden itibaren örnek aldığım, lisans eğitimi ve uzmanlık eğitiminde de bilgi ve tecrübesinden yararlandığım, uzaklarda olsa bile sabrı ve hoşgörüsüyle desteğinin esirgemeyen kıymetli hocam Doç.Dr.Sedat BATMAZ'a,

Uzmanlık alanı seçmemde payı olan, güler yüzüyle ve samimiyetiyle bizlere her türlü desteği veren, asistanlık eğitimi ve tez sürecimde her türlü yardımını hissettiğim, hocam, tez danışmanım Doç.Dr. Esmâ AKPINAR ASLAN'a

Kısa sürede olsa birlikte çalıştığım, bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum hocalarım Dr.Zekiye ÇELİKBAŞ'a, Doç.Dr.Filiz ÖZSOY'a, Dr.Öğrt.Üyesi Figen ÜNAL DEMİR'e,

Asistanlık serüvenine birlikte başladığımız, yaşadığım tüm sıkıntıları benimle birlikte omuzlayan, ağabeyim Dr. Ahmet Ekrem SAVAŞ'a,

Birlikte aile ortamında uyumlu çalıştığım tecrübelerinden faydalanma şansı bulduğum, sevgilerin her zaman hissettiğim Uzm.Dr.Burcu ESER ve Dr. Öğrt.Üyesi İlker GÜNEYSU'ya,

Uzmanlık eğitimi boyunca birlikte çalışma imkanı bulduğum asistan arkadaşlarıma ve hemşire arkadaşlarıma

Hayallerimim gerçekleştirmek için çıktığım her yolda yanımda olan fedakarlıklarını kelimelere dökemeyeceğim annem Fadime AYDIN ve babam Selahaddin AYDIN'a

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez sürecinde de yanımda hissettiğim ablalarım ve kardeşlerime,

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerim ile...

Dr.Sare AYDIN

TOKAT/2022

ÖZET

Üstbilişsel inanışlar ve süreçler transdiagnostik nitelikte olup farklı tanı gruplarında benzer nitelikte artış ya da eksiklik gösterebilmektedir. Psikoza olan bireylerdeki zayıf üstbilişsel yetenekler psikozdaki işlevsel, sosyal ve mesleki sonuçlar üzerine etkilidir. Bu çalışmada; psikotik ataklarla seyreden kronik ruhsal bozukluklardan olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tip 1’de üst bilişsel eksikliklerin var olup olmadığını, hasta gruplarının kendi aralarında üstbilişsel inanışlar ve süreçler açısından farklılık gösterip göstermediğini araştırmak ve üstbilişsel inanışları etkileyen faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır. Tüm bu süreçleri anlamak; tedavi stratejilerinin, üstbilişsel kapasiteyi artırmaya yönelik müdahalelerin ve sosyal becerilerin geliştirilmesi için önemlidir.

Çalışmaya 50 şizofreni, 50 psikotik özellikli bipolar bozukluk tip-I, 50 şizoaffektif bozukluk tanılarıyla takipli olup aktif hastalık döneminde olmayan toplam 150 hasta ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 80 kontrol grubu dahil edildi. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu (SDVF), Üstbiliş Ölçeği-30(ÜBÖ-3), Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (BDS-1Ö), Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği (KHİÖ), Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği (ODSVYÖ), Varsanılarla İlgili İnanışlar Ölçeği (VİİÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) uygulandı.

Gruplar üstbilişsel inanışlar ve süreçler açısından karşılaştırıldığında; üstbiliş ölçek ve alt ölçek puanlarının, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tip-1’den oluşan hasta grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hasta grupları arasında üstbiliş ölçek ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Üstbiliş ölçek toplam puanlarıyla klinik değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında üstbiliş ölçek toplam puanlarının hastalık süreci boyunca geçirilen toplam atak sayısı ve hastalık süresi boyunca geçirilen toplam psikotik atak sayısı ile pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Psikopatoloji ölçek puanları ile üst biliş ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Çalışmamızda yapılan hiyerarşik

regresyon analiz sonuçlarına göre; çalışma durumunun ÜBÖ-30 toplam puanı dışında üstbiliş ölçekleri üzerinde yordayıcı etkisi saptandı. PANSS toplam puanının ODSVYÖ toplam puanı dışında tüm üstbiliş ölçek toplam puanları üzerinde yordayıcı etkisi saptandı.

Bu çalışmanın; psikotik ataklarla seyreden kronik ruhsal bozukluklar arasındaki üstbilişsel süreçleri kıyaslayarak, psikososyal müdahaleleri ve üstbilişsel kapasiteyi artıracak girişimleri belirlemek adına literatüre katkı sağlayabilecek veriler sunduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: üstbiliş, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk



İNGİLİZCE ÖZET

Metacognitive beliefs and processes are such as to be transdiagnostic and may show similar increases or deficiencies in different diagnostic groups. Individuals with psychotic disorders have poor metacognitive abilities, and this has an impact on functional, social and occupational outcomes in psychosis. In this study, it was aimed to investigate whether there are metacognitive deficits in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder type 1, which are chronic mental disorders with psychotic episodes, whether the patient groups differ among themselves in terms of metacognitive beliefs and processes, and to evaluate the factors affecting metacognitive beliefs. Understanding all these processes is important for designing the treatment strategies, interventions to increase metacognitive capacity and development of social skills.

A total of 150 patients who were not in an attack period, 50 with schizophrenia, 50 with bipolar disorder type-I with psychotic features, 50 with schizoaffective disorder diagnoses and 80 control groups without any psychiatric disease were included in our study. Sociodemographic and clinical data form, Metacognition Questionnaire-30(MCQ), Cognitive Attention Syndrome 1 Scale(CAS-1), Belief about Paranoia Scale(BaPS-SF), Measure of Common Responses to Unusual Experiences(MCR), Belief about Voices Questionnaire(BaVQ), The positive and negative syndrome scale (PANSS), Bipolar Depression Rating Scale (BDRS), Young Mania Rating Scale(YMDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale(HARS) were administered to all participants.

When the groups were compared in terms of metacognitive beliefs and processes, a statistically significant difference was found between the patients group consisting of schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder type-1 and the control group in terms of metacognitive scale and subscale scores. When the metacognitive scale and subscale scores were compared between the patient groups, no statistically significant difference was found between the groups. When the relationship between metacognition scale total scores and clinical variables was examined, a positive significant correlation was found between the total number of attacks on the metacognition scale and the total number of psychotic attacks during the

illness. There was a statistically significant positive correlation between psychopathology scale scores and metacognition scale scores. According to the results of the hierarchical regression analysis performed in our study, it was determined that working status had a predictive effect on metacognitive scales, except for the MCQ-30 total score. The PANSS total score had a predictive effect on except for MCR total score all metacognitive scale total scores.

It is thought that this study provides data that can contribute to the literature in order to determine psychosocial interventions and interventions to increase metacognitive capacity by comparing the metacognitive processes between psychotic episodes and chronic mental disorders.

Key words: metacognition, schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER VE TABLOLAR.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.ŞİZOFRENİ	2
2.1.1.Şizofreni Tanım.....	2
2.1.2.Şizofreni Epidemiyoloji.....	2
2.1.3.Şizofreni Etiyolojisi.....	3
2.1.4 Şizofreni Tanısı ve Klinik Özellikleri	4
2.1.5 Şizofreni Tedavisi	5
2.2.BİPOLAR BOZUKLUK	6
2.2.1.Bipolar Bozukluk Tanım.....	6
2.2.2.Bipolar Bozukluk Epidemiyoloji	6
2.2.3.Bipolar Bozukluk Etiyolojisi	7
2.2.4 Bipolar Bozukluk Tanısı ve Klinik Özellikleri	7
2.2.5 Bipolar Bozukluk Tedavisi.....	11
2.3.ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK.....	12
2.3.1.Şizoaffectif Bozukluk Tanım	12
2.3.2.Şizoaffectif Bozukluk Epidemiyoloji.....	13
2.3.3.Şizoaffectif Bozukluk Etiyolojisi	13
2.3.4.Şizoaffectif Bozukluk Tanısı ve Klinik Özellikleri	13
2.3.5 Şizoaffectif Bozukluk Tedavi	14
2.4.WELLS'İN ÜSTBİLİŞSEL MODELİ	14
2.4.1.Bilişsel Dikkat Sendromu.....	15
2.4.2.Üstbilişsel İnanışlar	16
2.4.3.Dikkat ve Yürütücü İşlevlerin Kontrolü	17
2.4.4.Zihinsel Modlar.....	17

2.5.PSİKOZ VE ÜSTBİLİŞSEL MODEL.....	17
2.6.ŞİZOFRENİ VE ÜSTBİLİŞ	19
2.7.BİPOLAR BOZUKLUK VE ÜSTBİLİŞ	20
2.8.ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK VE ÜSTBİLİŞ	21
3.YÖNTEM	21
3.1.Etik Onay	21
3.2.Katılımcılar	21
3.3.Çalışmaya Dâhil Edilme Şartları.....	22
3.4.Çalışmaya Dâhil Edilmeme Şartları	22
3.5.Değerlendirme Araçları.....	23
3.5.1.Sosyodemografik Veri Formu (SDV).....	23
3.5.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	23
3.5.3.Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDDÖ)	24
3.5.4.Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	24
3.5.5.Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)	25
3.5.6.Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30).....	25
3.5.7.Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (BDS-1 Ö)	26
3.5.8.Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği (KHiÖ)	26
3.5.9.Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği (ODSVYÖ)	27
3.5.10.Varsanılarla İlgili İnanışlar Ölçeği (ViİÖ)	27
3.5.11.MINI Uluslararası Nöropsikiyatrik Değerlendirme Görüşmesi	28
3.6.İstatistiksel Analiz	28
4.BULGULAR	29
4.1.Tanımlayıcı İstatistikler	29
4.1.1.Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri ve verilerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	29
4.1.2.Klinik Verilerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	31
4.1.3.Psikopatoloji Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması....	33
4.1.4.Bilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	35
4.1.5. Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	36
4.1.6. Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Hasta Gruplar Arasında Karşılaştırılması.38	
4.7.Korelasyon Analizleri	40
4.7.1.Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile Klinik Veriler Arasındaki İlişkisi	40
4.7.2. Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile Psikopatoloji Şiddetini Değerlendiren Ölçek ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkisi	41

4.7.3.Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile Bilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkisi	47
4.8.Regresyon Analizleri	50
4.8.1.Üstbilişsel İnanışlar Üzerine Demografik ve Klinik Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli	50
5.TARTIŞMA	54
Çalışmamızın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	60
6.SONUÇ VE SONUÇLARIN KLİNİK YANSIMASI	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER.....	74
EK 1:Etik Kurul Onayı	74
EK 2:Sosyodemografik Veri Formu(SDVF)	75
EK 3:Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği(PANSS)	80
EK 4: Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDDÖ)	81
EK 5: Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	88
EK 6: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)	90
EK 7: Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30).....	93
EK 8: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (BDS-1 Ö)	94
EK 9: Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği (KHİÖ)	95
EK 10: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği(ODDSVYÖ)	97
EK 11:Varsanılar ile İlişkili İnanışlar Ölçeği(VİİÖ).....	98

SİMGELER VE KISALTMALAR

BB-1: Bipolar Bozukluk Tip-1

BD: Bilişsel Davranışçı

BDDÖ: Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği

BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

GDÖ: Global Değerlendirme Ölçeği

HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

KHIÖ: Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

SDV: Sosyodemografik Veri Formu

ŞB: Şizoaftif Bozukluk

MCT: Metakognitif terapi

ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30

VİİÖ: Varsanılarla İlgili İnanışlar Ölçeği

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

Tablo 1:Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Grup Karşılaştırmaları	30
Tablo 2:Hastalık Süresince Geçirilen Toplam Atak Sayısı, Toplam Psikotik Atak Sayısı ve Değerlendirme Sırasındaki Remisyon Sürelerinin Hasta Grupları Arasında Karşılaştırılması; Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsünün Varlığının Tüm Gruplar Arasında Karşılaştırılması	32
Tablo 3:Psikopatoloji Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Grup Karşılaştırması	34
Tablo 4:Bilişsel Ölçek Puanlarının Grup Karşılaştırması	35
Tablo 5: Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Grup Karşılaştırması	37
Tablo 6:Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Hasta Grupları	38
Tablo 7:Hasta Grubunda Üst Biliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Hastalık Sürecine İlişkin Klinik Veriler ile İlişkisi	40
Tablo 8:Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının PANSS ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisi	42
Tablo 9:Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının YMDÖ Puanı ile İlişkisi	43
Tablo 10:Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının BDDÖ ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisi	44
Tablo 11:Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının HADÖ ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisi	46
Tablo 12:Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçekleri ile Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçek ve Alt Ölçek Puanı Arasındaki İlişki	47
Tablo 13:Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçekleri ile VIIÖ ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	49
Tablo 14:ÜBÖ-30 Üzerine Demografik ve Klinik Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli	51
Tablo 15:BDS-1Ö Üzerine Demografik ve Klinik Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli	52
Tablo 16:ODSVYÖ Üzerine Demografik ve Klinik Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli	54

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Üstbiliş, bireyin kendi bilişsel sistemine ilişkin bilgi sahibi olması ve bilişsel sistemini kontrol edebilmesi şeklinde tanımlanmıştır (1). Yani üst bilişi ‘düşünmek üzerine düşünmek’ olarak tanımlayabiliriz.

Üstbilişsel teori; psikopatolojinin bilişsel dikkat sendromundan (BDS) kaynaklandığını ve BDS’nin işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlar, perseveratif düşünme, dikkat yanlılığı, işlevsel olmayan başa çıkma yollarından etkilendiğini ve sürdürüldüğünü öne sürmektedir(1).

Şizofreni; kişinin düşünme, kavrama, bellek, dikkat ve yürüyücü işlevler gibi doğal bilişsel yeteneklerini zayıflatan uzun süreli psikiyatrik bir bozukluktur(2). Anhedoni, affektif küntlük, toplumsal izolasyon gibi şizofrenini negatif belirtileri, üstbilişsel yetilerle yakından ilişkilidir (3). Üstbilişteki eksiklikler; şizofreni hastalarının yaşadıkları sıkıntıların en önemli nedenlerinden biridir ve pozitif ve negatif belirtiler ile birlikte, iç görü, dezoryantasyon ve işlevsellikle de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar ile üstbilişteki bu eksikliklerin şizofreni spektrum bozukluğu tanısı almış kişilerde, semptomların alevlenmesi ve psikososyal işlevsellikte bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir(4).

Bipolar bozukluk şiddetli duygudurum epizodları ile seyreden işlevselliği bozan çok komponentli bir ruhsal bozukluktur (5). Bipolar bozuklukta işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlara odaklanan araştırmalar; bipolar bozukluk hastalarının olumsuz üstbilişsel inanışlar, bilişsel farkındalık, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ve bilişsel güven eksikliği puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ayrıca işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlar depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular, BDS bileşenlerinin ve işlevsel olmayan üstbilişsel inanışların bipolar bozuklukta belirgin olduğunu düşündürmektedir(6).

Bu araştırma, şizofreni, psikotik özellikli bipolar bozukluk tip-1 ve şizoaffektif bozukluk gibi kronik ve psikotik süreçlerle ilerleyen ruhsal hastalık tanıları ile takipli, remisyonda olan hastaların üstbilişsel inanışlarını ve süreçlerini birbirleriyle ve kontrol grubuyla karşılaştırarak; üstbilişsel inanışlar ve süreçlerinde fark olup olmadığını, psikotik atak sayısındaki artışın üst bilişsel inanışları etkileyip etkilemediğini, psikotik

atak sayısının üstbilişsel becerilere etkisinin olup olmadığını araştırarak literatüre kazandırmayı hedeflemektedir.

Hipotezlerimiz şu şekilde özetlenebilir:

- 1) Şizofreni, psikotik özellikli bipolar bozukluk tip-1 ve şizoaffektif bozukluk gibi kronik ve psikotik süreçlerle ilerleyen ruhsal hastalıklarda olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlar benzer düzeyde saptanacaktır.
- 2) Psikotik özellik içeren ruhsal bozukluklarda psikotik dönem sayısındaki artış olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışları etkileyecektir.
- 3) Psikotik özellikli dönemlerin sayısı arttıkça üstbilişsel işlevlerdeki eksiklikler artacaktır.
- 4) İşlevsel olmayan üstbilişsel inanışlar tanı grupları arasında benzer düzeyde saptanacaktır, ancak sağlıklı kontrollerden belirgin düzeyde yüksek olacaktır.
- 5) İşlevsel olmayan üstbilişsel inanışların fazlalığı psikopatolojik belirti şiddeti ile ilişkili olacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.ŞİZOFRENİ

2.1.1.Şizofreni Tanım

Şizofreni varsanı ve sanrı gibi pozitif belirtilerin yanı sıra, affekt kısıtlılığı, konuşma miktarında azalma, düşünce içeriğinde fakirleşme ve sosyal izolasyon gibi negatif belirtiler ile seyreden, duygu, düşünce, algılama ve devinimi etkileyen; dikkatte, bellekte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden farklı klinik görünümelerde ortaya çıkabilen psikiyatrik bir bozukluktur(7).

2.1.2.Şizofreni Epidemiyoloji

Şizofreninin yıllık prevalansına bakıldığında %0,35 yaşam boyu prevalansı ise %0,55 olarak saptanmıştır. Yıllık insidansı 100.000’de 11.1 olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir(8). Son yıllarda yapılan çalışmalar şizofrenini yaşam boyu prevalansının tüm toplumlarda aynı olmadığını, çok küçük farklılıklarla da olsa toplumdan topluma değişmekte olduğunu öne sürmektedir. Bir meta-analiz

çalışmasında şizofreninin medyan sıklığının 15.2/100.000 olduğu ve farklı toplumlarda 7.7-43/100.000 oranları arasında değişkenlik gösterdiği gösterilmiştir(9).

Şizofreni hastalığında cinsiyetler arasında hastalığın insidans ve prevelans yönünde önemli farklılık görülmediği düşünülmekteydi. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar erkeklerde görülme oranının kadınlardan daha fazla olduğu göstermiştir (10). Başlangıç yaşı kadınlarda, erkeklere göre genellikle daha ileri yaşta olmaktadır ve kadınlarda hastalığın seyri erkeklere göre daha iyi olduğu bilinmektedir(10).

2.1.3.Şizofreni Etiyolojisi

Yüzyıllar boyunca çeşitli araştırmalar yapılmasına rağmen şizofreninin oluş nedenleri hala net olarak bilinmemektedir. Şizofreni bir beyin hastalığı, nörogelişimsel bir bozukluk olduğu bilinmektedir. Ancak hastalığa yatkınlığın hastalıkla sonuçlanmasında diğer etkenlerin de rolü bulunmaktadır. Bu etkenlerin çoğu çevreseldir ancak mutasyona neden olmaları, gen açılımı ile ilgili etkileri nedeniyle biyolojik nitelik de taşımaktadır. Şizofrenin asıl nedeninin henüz kesin olarak kanıtlanmamış bir beyin bozukluğu görüşü hakim olsa bile hastalığın ortaya çıkışı ve alevlenmeler görüldüğünde ruhsal- çevresel etkenlerin varlığı da unutulmamalıdır(10).

Şizofreninin etiyojisine ilişkin nörogörüntüleme, nöropatoloji genetik, nörokimya çalışmalarından edilen bulgular şizofrenin etiyojisine ilişkin önemli bilgiler sağlamıştır (11).

Şizofreni etiyojisi ile ilgili düşünülen etkenler şunlardır (12):

Genetik etkenler

1. Nörokimyasal değişiklikler
2. Nörofizyolojik değişiklikler
3. Beynin yapısal değişiklikleri
4. Endokrin etkenler

Araştırma sonuçlarına göre, şizofreni etiyojisinde genetik %81'lik kalıtılabilirlik oranı ile büyük bir etkiye sahipken, çevrenin etkisi yaklaşık olarak %11 olduğu saptanmıştır (13).

Yapılan araştırmalarda şizofreni tanılı bireyin birinci derece yakınlarında şizofreni görülme riskinin ortalama olarak % 8-10 olduğu saptanmıştır. İkiz çalışmaları

şizofrenin kalıtılabilirliğinin % 41-90 arasında değiştiğini göstermiştir. Genetik çalışmalarda en güçlü veriler neuregulin-1 ve dysbindin aday genlerinde toplanmıştır. Kromozom anomalilerini inceleyen veriler ise; velokardiofasial sendroma yol açan 22q11 delesyon ve 1. ve 11. kromozom translokasyonunun şizofrenideki yatkınlık bölgesi olarak göstermiştir (10).

Şizofreni etiyolojisinde birçok nörotransmitterin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Ancak bu nörotransmitterlerden en fazla dopamin üzerinde çalışılmış diğer nörotransmitterler ile ilgili yapılan araştırmalar ise az sayıdadır ve yeterince kanıt sağlayamamıştır.

Dopamin varsayımına göre; şizofreni de sanrı ve varsanı gibi pozitif belirtilere mezolimbik dopamin yolağının etkinliğindeki artışın neden olduğu düşünülür. Mezokortikal dopamin yolağındaki dopamin etkinliğinin azalması ise negatif ve bilişsel kayıplara neden olduğu öne sürülmektedir(14).

Şizofreni belirti ve bulguları ile ilgili olduğu düşünülen diğer nörotransmitterler ise; serotonin, glutamat, gama amino butirik asit (GABA), asetilkolin, histamindir.

Beyin işlevsel görüntüleme çalışmaları frontal etkinlikte azalma saptanırken bazı orta hat yapılarında etkinlik artışı saptamıştır. İşlevsel bağlantıları araştıran çalışmaların çoğu şizofreni hastalarında nöral devrelerin bağlantılarında zayıflama bulmuştur(10).

Beyin manyetik rezonans (MR) incelemeleri ile şizofrenide görülen bazı belirtilerin bazı beyin bölgeleri ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Negatif belirtilerin prefrontal korteks ile, işitme varsanılarının temporal lob ile, düşünce bozukluğunun ise planım temporale ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (10).

2.1.4 Şizofreni Tanısı ve Klinik Özellikleri

DSM-4'te şizofreni sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma, dağınık veya katatonik davranış ve negatif belirtilerden iki veya daha fazlasının en az bir aylık sürede görüldüğü; toplam hastalık sürecinin ise en az 6 aylık süre boyunca sürdüğü bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Paranoid, hebefrenik, katatonik, rezidüel ve farklılaşmamış tip olmak üzere beş farklı kategoriye ayrılmıştır(15). DSM-5 ile bu alt sınıflandırmanın fazla kullanılmaması ve tedavide bir fayda sağlamaması nedeniyle

kaldırılmıştır. DSM-5'te yapılan bir diğer değişiklik de Schneiderian belirtilere yapılan vurgu kaldırılmasıdır (16).

DSM-5'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (veya daha fazlası), bir aylık zaman diliminin önemli bir kısmı boyunca (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa) vardır.

1.Sanrılar.

2.Varsanılar.

3.Dezorganize konuşma.

4.Dezorganize davranış ya da katatonik davranış.

5.Negatif belirtiler

B. Bu bozukluğun başlangıcından itibaren geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok alanda işlevsellik düzeyi bozulmuştur.

C. Bu bozukluğun belirtileri en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık belirtileri kapsamalıdır

D. Şizoaffektif bozukluk, psikotik özellikli depresyon ve bipolar bozukluk tanıları dışlanır.

E. Bu bozukluk, kötüye kullanılabilen maddelerin, ilaçların ya da başka tıbbi durumların fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm kapsamında bir bozukluk ya da çocukluk döneminde başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra, belirgin sanrılar ya da varsanılar en az bir aylık bir süreyle olması gerekir.

2.1.5 Şizofreni Tedavisi

Şizofreninin temel tedavisini antipsikotik ajanlar oluşturmaktadır. Antipsikotiklerin temel etki mekanizması dopamin reseptörlerini –özellikle D2 alt tipini- bloke etmesidir. Antipsikotik ajanlar tipik antipsikotikler ve atipik antipsikotikler olarak iki farklı gruba ayrılır. Tipik antipsikotik ilaç olan klorpromazin ilk bulunan antipsikotiktir. Klorpromazinin keşfinden sonra birçok tipik antipsikotik ilaç bulunmuştur. Ancak tüm tipik antipsikotiklerin, güçlü D2 blokajına bağlı olarak bazı bazı ekstrapiramidal yan etkilere neden olduğu görülmüş bu yan etkilerin görülmesi araştırmacıları atipik antipsikotiklerin keşfine yönlendirmiştir (17).

İkinci kuşak antipsikotiklerin yan etki profili ve tolere edilebilirlikleri açısından birinci kuşak antipsikotiklerden üstün olduğu yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. Özellikle genç yaştaki hastaların yan etkilere daha duyarlı olması ve birinci kuşak antipsikotiklere göre ikinci kuşak antipsikotiklerin bilişsel işlevler

üzerinde avantajlı olduğu düşünüldüğünde bu gruptaki hastalarda ilk tedavi seçeneğini genellikle ikinci kuşak antipsikotikler oluşturmaktadır (14).

İki farklı antipsikotik ajanın etkin doz ve sürede kullanıldığı halde hastaların yaklaşık %30-50'si tedaviye yanıt vermemektedir. Tedaviye dirençli şizofreni olarak adlandırılan bu grup hastalarda etkinliği en tutarlı olarak gösterilen antipsikotik ajan klozapindir(14).

İlk psikotik atak sonrasında tedavinin sonlandırılması hastalığın depresme riskini artmaktadır. Bu nedenle klinikte yaygın uygulama ilk psikotik atak sonrası 1-2 yıl tedavinin sürdürülmesi yönündedir(10).

Ayrıca ilaç tedavisine ek olarak hasta ve hastanın ailesine yönelik eğitim ve destekli psikoterapi uygulaması ile hastalığın depresme oranını ve depresme nedeniyle hastaneye yatış oranlarını belirgin ölçüde azaltmaktadır (10).

2.2.BİPOLAR BOZUKLUK

2.2.1.Bipolar Bozukluk Tanım

Bipolar bozukluk alevlenmeler ve iyileşmelerle giden, sürekli tedavi gerektiren, bireyin hayatında psikososyal kayıplara neden olan, hasta olan bireyin ve ailelerinin hayatını olumsuz etkileyen süregelen ruhsal bir bozukluktur. Bipolar bozukluk hastanın; duygudurumunda, bilişsel fonksiyonlarında, davranışlarında, uykusunda bozulmalara neden olarak kişiler arası ilişkilerini ve işlevselliğini de olumsuz etkilemektedir (18).

2.2.2.Bipolar Bozukluk Epidemiyoloji

Yapılan epidemiyolojik araştırmalar bipolar bozukluk tip- I'in genel popülasyonda yaşam boyu prevalansının %1 olduğu göstermiştir.11 ülkeyi kapsayan geniş ölçekli kesitsel bir çalışmada ise bipolar spektrum bozukluklarının yaşam boyu prevalansının %2,4 olduğunu, bipolar tip- I prevalansının %0,6 ve bipolar tip-II için %0.4 olduğunu öne sürmüştür(19).

Cinsiyete göre yaygınlığı bipolar bozukluk tip I için erkeklerde %0,8, kadınlarda ise 1,1 iken bipolar bozukluk tip II için erkeklerde %0,9 ve kadınlarda ise %1,3 olarak bulunmuştur(20). Ayrıca bipolar bozukluk atakları kadınlarda daha çok

hızlı döngülülük göstermekte ve daha fazla karma özellik taşımaktadır. Antidepresanların başlattığı manik kayma, tiroid hastalıkları, migren komorbiditesi, madde kötüye kullanım ve bağımlılık kadın hastalarda daha fazla görülmektedir(10).

2.2.3.Bipolar Bozukluk Etiyolojisi

Bipolar bozukluk etiyolojisinde genetik, biyolojik, çevresel etkenler, nöroanatomik değişiklikler gibi birçok etkenin rolü gösterilmiştir (21). Yapılan genetik araştırmalara bakıldığında yapılan ikiz çalışmaları tek yumurta ikizlerinde eş hastalanmanın %43 ile %75 oranları arasında olduğu gösterilmiştir. Bu eş hastalanma oranının çift yumurta ikizlerine göre 8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastalığın başlamasının tetikleyen faktörlerin ise; süregelen stres, baba yaşı, maruz kaldığı hava kirliliği veya metaller gibi toksinler, alkol ve madde kötüye kullanımı, kötü yaşam tarzı, erken yaş deneyimleri, travmalar, psikososyal zorlanmalar olarak sayılabilir (22, 23).

2.2.4 Bipolar Bozukluk Tanısı ve Klinik Özellikleri

Bipolar bozuklukları diğer affektif bozukluklardan ayıran temel özellik, depresif dönemlerle birlikte tekrarlayan manik veya hipomanik atakların varlığıdır. Bipolar bozukluk tip- I özgüvende artış, grandiyosite, konuşma miktarında artış, artmış disinhibisyon, irritabilite, uyku ihtiyacının azalması ve taşkın duygudurum dahil olmak üzere bir sıra açık manik epizotların varlığı ile tanımlanır. Psikotik belirtiler olan varsanı ve sanrılar gibi ise manik atakların %75'ine eşlik eder (14).

DSM-5'e Göre Mani Dönemi Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağan dışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bölümünde olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (irritabl duygudurum varlığında ise dördü) belirgin olarak bulunur:

- 1- Benlik saygısında abartılı artış ya da büyüklük düşünceleri.
- 2- Uyku gereksiniminde azalma.
- 3- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- 4- Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- 5- Dikkat dağınıklığı (yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- 6- Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
- 7- Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma

C. Duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (antidepresan veya EKT sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi hariç).

DSM-5'e göre Hipomani Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağan dışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (irritabl duygudurum varlığında ise dördü) belirgin olarak bulunur:

1- Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.

2- Uyku gereksiniminde azalma.

3- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

4- Düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşıntısı. 5- Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6- Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.

7- Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

C. Bu atak sırasında, kişinin belirti olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevselliğinde belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu atak, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler varsa mani dönemi olarak tanımlanır.

F. Bu belirtiler bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (antidepresan veya elektrokonvülsif tedavi (EKT) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi hariç).

DSM-5'e göre Depresif Dönem Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık bir dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az birinin ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1- Hastanın kendisinin bildirdiği ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum.

2- Neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma.

3- Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden fazlası olmak üzere) ya da neredeyse her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

4- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku olması.

5- Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması.

6- Neredeyse her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7- Neredeyse her gün, değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8- Neredeyse her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.

9- Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımın olması.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bipolar Bozukluk tip I için DSM-5 Tanı Dizgesine Göre Tanı Kriterleri

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır (yukarıda "Mani Dönemi " başlığının altında yer alan A-D tanı ölçütleri).

B. Mani ve major depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoaftif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Bipolar Bozukluk Tip II için DSM-5 Tanı Dizgesine Göre Tanı Kriterleri

A. En az bir hipomani dönemi için (yukarıda "Hipomani Dönemi " başlığının altında yer alan A-F tanı ölçütleri) ve en az bir yeğin (major) depresyon dönemi için (yukarıda "Yeğin Depresyon Dönemi " başlığının altında yer alan A-C tanı ölçütleri) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

C. Hipomani ve yeğin depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında sık gidip gelmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur

2.2.5 Bipolar Bozukluk Tedavisi

Bipolar bozukluk çökkünlük döneminin tedavisi unipolar depresyondan farklıdır. Antidepresan tedavinin unipolar depresyon tedavisinde etkili olduğu kadar etkili olduğu konusunda kanıtlar yetersizdir. Ayrıca bipolar depresyonda kullanılan antidepresanlar manik kayma riski de taşımaktadır(10).

Lityum bipolar depresif dönemde etkili olduğu düşünülse de mani dönemi kadar etkili olmadığı bilinmektedir. Lityumun duygudurum dengeleyici ve antimanik etkisinin yanı sıra özkıyım üzerine de koruyucu etkisi bulunmaktadır(10).

Bipolar bozukluk depresif dönem koruyucu tedavi olarak kullanılan lamotrijinin akut dönemdeki etkisinin orta derecede olduğu bulunmuştur (24).

Ketiapin, lurasidon, kariprazin ve olanzapin-fluoksetin kombinasyonu Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından bipolar bozukluk depresif dönemlerin akut epizod tedavisinde onaylanan ajanlardır(25, 26).

Şiddetli mani durumu acil ve yoğun bakım gerektiren bir durumdur. Hastaya en erken dönemde müdahale edilmesi gerekmektedir. Ancak mani durumundaki her hastanın hastaneye yatması gerekmemektedir. Gerekli aile desteği sağlanan hastalar sık aralıklarla izlenerek ayaktan mani sağaltımı yapılabilir (10).

Duygudurum dengeleyiciler tek başına veya kombine tedavi olarak mani tedavisinde yer almaktadır. Lityum ve valproatın akut mani tedavisinde kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır. Duygudurum dengeleyici olarak lityum ile

antiepileptiklerden valproat ile karbamazepin mani tedavisinde kullanılmaktadır. Topiramet, lamotrijin, okskarbazepin ve gabapentinin ise ne mani önlemede ve ne de manik dönemlerin tedavisinde etkindir(27). Bu ajanlardan sadece lamotrijinin depresif atakların önlenmesinde etkisi olabilmektedir. Duygudurum dengeleyiciler hem olası ilaç etkileşimlerinden hem de yan etkilerinden kaçınmak amacıyla mümkün olduğu kadarıyla monoterapi olarak kullanımı önerilmektedir. Ancak duygudurum dengeleyici ajanların akut etkileri geç başlaması nedeniyle monoterapi olarak kullanılmaları halinde akut mani dönemlerinin süresi uzayabilmekte ve bu durum riskli durumların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle mani döneminin akut tedavisinde, özellikle acil ve riskli durumlarda, duygudurum dengeleyicilerin monoterapi olarak kullanılması önerilmemektedir. Riskli davranışlar sergileyen, tedaviye uyumsuz, psikotik belirtiler saptanan hastalarda duygudurum dengeleyicilerin antipsikotikler ile kombine edilmesi gerekmektedir. Diğer taraftan hafif ve orta şiddetli mani dönemlerinde yakından izlenmesi durumunda duygudurum dengeleyiciler mani tedavisinde monoterapi olarak kullanılabilir (27).

Farmakolojik tedavilerle birlikte uygulanan psikoterapilerin bipolar bozuklukta hastane yatış ve yinleme oranlarını azalttığı tespit edilmiştir. Etkinlikleri arasında fark saptanmasa da aile odaklı psikoterapi, kişiler arası sosyal ritim tedavisi, bilişsel davranışçı psikoterapi ve psikoeğitimin bipolar bozukluk tedavisinde etkin olduğu bulunmuştur(10).

2.3.ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK

2.3.1.Şizoaffektif Bozukluk Tanım

Şizoaffektif bozukluk tanımı hala psikiyatrinin tartışmalı konularındandır. Şizoaffektif bozukluk Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırma sisteminin beşinci baskısında ‘şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar’ başlığı altında yer verilmiştir. DSM-5’e göre şizoaffektif bozukluğun temel özelliği şizofreninin temel belirtilerine eşlik eden, iyileşmeler ve yinelemelerle seyreden majör duygudurum belirtilerinin de bulunmasıdır (14).

2.3.2.Şizoaftaktif Bozukluk Epidemiyoloji

Şizoaftaktif bozukluk epidemiyolojisine ilişkin çalışmalar kısıtlıdır. Yapılan çalışmalar şizoaftaktif bozukluk yaşam boyu sıklığının %0,2 ile %1,1 arasında olduğunu tahmin etmektedir. Şizoaftaktif bozukluk şizofreni kadar sık, bipolar bozukluktan ise daha seyrek görüldüğü saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda başlama yaşı ortalaması şizofreni ve bipolar bozukluktakine benzer bulmuştur. Şizoaftaktif bozukluğun başlangıç yaşının ortancası şizofreni ve bipolar bozukluk başlangıç yaşının arasında olduğu görülmüştür(28).

Cinsiyete göre yaygınlığına bakıldığında genel olarak kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla görülmektedir. Depresif alt tip kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın olduğu görülürken bipolar alt tipin erkek ve kadınlarda eşit görülmektedir (14).

2.3.3.Şizoaftaktif Bozukluk Etiyolojisi

Şizoaftaktif bozukluk şizofreni gibi nörogelişimsel bir bozukluk olduğu sanılmaktadır. Hastalığın etiyolojisine ilişkin bilgiler oldukça sınırlıdır ve yapılan çalışmalar şizofreni ve şizoaftaktif bozukluğu genel olarak birlikte ele almaktadır (14). Şizoaftaktif bozukluk kesitsel olarak, duygudurum dönemlerine göre; şizo-manik, şizo-depresif ve şizomanik-şizodepresif karma tip olmak üzere üç farklı alt tipe ayrılabilirken uzunlamasına göre ise unipolar ve bipolar olarak iki alt tipe ayrılabilir. Unipolar tip kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bipolar tipte hastalığın ortaya çıkış yaşı daha erken, atak sıklığı daha çok, döngü süresi daha kısa ve duygudurum dengeleyici tedaviye yanıtı ise daha fazladır. Şizoaftaktif bozukluğun uzun süreli gidişatına bakıldığında şizofreniden daha iyi prognozlu olduğu, bipolar bozukluktan ise daha kötü prognozlu olduğu söylenebilir (13).

2.3.4.Şizoaftaktif Bozukluk Tanısı ve Klinik Özellikleri

Şizoaftaktif bozukluk kronik seyreden hem şizofreni hem de duygudurum bozukluğu özelliklerini aynı zamanda taşıyan psikiyatrik bir bozukluktur. Bu ruhsal bozukluğun temel özelliği hastalığın seyri süresince şizofreninin temel belirtilerine ilave olarak majör bir duygudurum bozukluğunun da (örneğin majör depresif bir dönem, manik dönem ve karma dönem) yinleme ve iyileşmelerle görülmesidir. Şizoaftaktif bozukluk tanısı koyabilmek için duygudurum bozukluğu belirtileri hastalık sürecinin en az %30'unu kapsamalı ve en az 2 haftalık süre zarfında ise

duygudurum belirtisi olmadan sadece psikotik belirtiler görülmelidir. Duygudurum dönemleri manik ya da karma atak ile seyrediyorsa bipolar tip, majör depresif ataklar ile seyrediyorsa depresif tip olarak sınıflandırılır(16).

DSM-5 Tanı Sistemine Göre Şizoaftik Bozukluk Tanı Kriterleri

A.Majör bir duygudurum dönemiyle (majör depresyon ya da mani dönemi) eş zamanlı olarak şizofreni için A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması.

Not: Majör depresyon dönemi A1 tanı ölçütünü kapsamalıdır: çökkün duygudurum.

B. Hastalığın yaşam boyu süresince, majör bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani) olmadığı 2 ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.

C. Majör bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam süresinin büyük bir çoğunluğunda bulunur.

D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. ilaç kötüye kullanımı veya tedavi amaçlı kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Belirtiniz: İki uçlu tip: Mani dönemi hastalık görünümünün bir kesimiye bu alt tür kullanılır. Major depresyon dönemleri de ortaya çıkabilir.

Depresif tip: Yalnızca majör depresyon dönemleri hastalık görünümünün kesimleriye bu alt tür kullanılır.

2.3.5 Şizoaftik Bozukluk Tedavi

Paliperidon şizoaftik bozukluk tedavisi için onaylanan tek farmakolojik ajandır (14).Şizoaftik bozukluk tedavisi için henüz geliştirilmiş bir tedavi kılavuzu bulunmamaktadır. Bu nedenle şizoaftik bozukluk için farmakolojik tedavi birkaç kontrollü çalışmaya dayanmaktadır. Şizoaftik bozuklukta psikotik belirtilerin yanı sıra duygudurum belirtilerinin görülmesi sebebiyle, tedaviyi antipsikotik ajanlar ve duygudurum dengeleyici özellikteki psikotropolar oluşturmaktadır(29). Klinik pratikte idame tedavi tipik bir antipsikotik ajan ve bir ya da daha fazla duygudurum dengeleyici olan ajanın birlikte kullanımını içerir (örneğin, bipolar alt tip şizoaftik bozukluk hastaları için bir antipsikotik ve lityum, valproat ve/veya karbamazepin, depresif alt tip için ise bir antidepresan ile birlikte bir antipsikotik kullanımı)(30).

2.4.WELLS'İN ÜSTBİLİŞSEL MODELİ

Üstbilis kavramı Flavell tarafından ilk kez 1979'da tanımlanmıştır (31). En basit şekliyle üstbilis kavramı, kişinin düşünme üzerindeki farkındalığı ve kontrolü

olarak tanımlanmaktadır (32).Son dönemlerde, özellikle Wells'in katkılarıyla, üstbilişsel görüş emosyonel bozuklukların temelini düşünce süreçleri ve inançlar ile ilgili yapılan gerçekçi olmayan yorum ve tepkilerin oluşturduğunu savunmaktadır (33, 34). Kişinin düşünce ve davranışlarının odak noktaları üstbilişsel seçicilikten geçer. Böylece üstbiliş bireyin düşünce ve davranışların yönlendirmesini, gözlemini, irdelenmesini ve kontrolünü sağlar(35).

Beck'in bilişsel davranışçı (BD) modeline göre bilişler üç katmandan oluşmaktadır. Bu katmanlar üst katmandan alt katmana doğru; otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemalardan oluşmaktadır (36). Ruhsal bozuklukların tanımlanmasında Beck'in BD modelinin bilişin dikkat işleme ve üstbiliş gibi kısımlarını modelin dışında bıraktığını düşünen Wells ve Matthews ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde üstbilişlerin önemli bir neden olduğunu savunmuş ve kendini düzenleyici yürütücü işlevler (KDYİ) olarak adlandırılan bilgi işleme modelini geliştirmişlerdir (34). KDYİ modeli diğer bilişsel modellerden farklı olarak ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde üstbilişlerin; düşünce hakkındaki inanışların ve stratejilerinin rolüne dikkat çekmektedir. Modelde birbirleriyle etkileşim halinde olan bilişin üç katmanı yer almaktadır. Bu katmanlar otomatik(refleksif) bilgi işleme süreci (alt düzey işleme), bilinçli bilgi işleme süreci (bilişsel tarz) ve üstbilişlerin saklandığı depo (üst düzey işleme) olarak sınıflandırılmaktadır. Bu model psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde bireyin uygun olmayan ve yetersiz üstbilişsel kontrol stratejileri kullanmalarının etkisini savunur(34). KDYİ; bilişsel dikkat sendromu (BDS), üstbilişsel inanışlar, dikkat ve yürütücü işlevlerin kontrolü ve zihinsel modlar olmak üzere dört ana başlıktan oluşmaktadır(34, 35).

2.4.1.Bilişsel Dikkat Sendromu

KDYİ modeli psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde BDS'nin rolüne odaklanmaktadır. Bu model bireyin sıkıntı yaratan bir durum yaşadığında dikkatini tehdit oluşturan uyarana odaklaması, endişe ve ruminasyon gibi zorlayıcı düşünce biçimlerini benimsemesi, uyuma yönelik olamayan baş etme stratejilerini seçmesi ve uygulaması biçimindeki üstbilişsel inanç ve stratejilerin ruhsal yakınmaların oluşmasında ve sürmesine neden olduğunu kabul etmektedir (34). BDS oluşumunda üstbilişler etkilidir. BDS etkin hale geldiğinde tehlike tarayan bir detektör rolü görür ve kişinin olumsuz bilişlere karşı işlevsel olmayan baş etme yöntemleri

geliştirmesine neden olur (35). BDS bireyin sıkıntı ve kaygıya neden olan tetikleyici durum ve olaya tepki olarak etkin hale gelmektedir. Örnek olarak travma sonrası stres bozukluğu tanısıyla takipli bir kişi yaşadığı travmatik olay ile ilişkili tekrarlayıcı düşünceler, bu düşüncelerin neden olabileceği kötü sonuçlar ve düşüncelerini kontrol etme gerekliliğine ilişkin üstbilişsel inançları olabilir ve bu inançlarla birlikte uyuma yönelik olmayan başa etme stratejilerini (örneğin, olay ile ilişkili ruminatif düşünme, olaya ilişkin intruziv düşünceleri baskılama çabaları) getirebilir (37).

BDS, bireyin dikkatinin kendisine dair kontrol edilemeyen ve tekrarlayıcı, tehdit olarak kabul ettiği durumlara yönelmesine neden olmaktadır. Kişi bu durumun üstesinden gelebilmek için kişi tehdit üzerine yoğunlaşma, düşünceyi durdurma ve yüzleştirme gibi uyuma yönelik olmayan yöntemler geliştirir. Sonuçta kişide düşüncenin sadece düşünce olmadığına dair bir sonuca inanmasına ve bu yönde artmış tehdit izlemine neden olur (35, 38).

Kısaca BDS dikkatin abartılmış şekilde benliğe odaklanması; endişe ve ruminasyon gibi tekrarlayan düşünce biçimlerine ve tehdit izlemeye, düşünce baskılama ve kaçınmaya neden olmaktadır. Aynı zamanda işlevsel olmayan, olumsuz benlik inançlarının onarılmasını kısıtlamakta, olumsuz duygu ve düşüncelerin devam etmesine sebep olmaktadır. Bu etkilerle yaşanan sıkıntıyı artırmakta olduğu ve psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olan bir faktör olduğu düşünülmektedir (39).

2.4.2.Üstbilişsel İnanışlar

Bilişlere ilişkin yapılan atıflar üstbilişsel inanışlar ile ilişkilidir. Üstbilişsel inanış kapsamında; düşünceye atfedilen önem, düşüncenin denetlenebilirliği ve düşüncenin etkileri yer almaktadır (40). Üstbilişsel inanışlar olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlar olmak üzere iki kategoriye ayrılır. Bu ayrım, kişinin düşünme stillerine atfettiği anlama göre yapılmaktadır (41). Bu durumda iki farklı kişi için ailelerinin güvenliğine dair duydukları "endişe" aynı olabilse de bu durum ile ilişkili üstbilişsel inanışları farklı olabilir. Örneğin endişeyle ilişkili olumlu üstbilişsel inanışlar (ör: "Endişelenirsem başıma kötü şeylerin gelmesini engellerim." ve "Endişelenmek beni her zaman hazırlıklı tutar.") endişenin bir strateji olarak kullanılacağı düşüncesiyle ilişkilidir ve bu nedenle endişe bazı kişilerde daha fazla kullanılmaktadır. Endişeyle ilişkili olumsuz üstbilişsel inanışlar (ör: "

Endişelenirsem bu durum beni çıldırtabilir." veya "Endişelenmek benim hasta olmama neden olabilir.") ise sıkıntıyı arttırmakta ve ağır baskı altında kişiye zarar verecek kararlar almasına neden olabilmektedir. Olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışların her ikisinin de yüksek düzeyde olması anksiyete bozukluklarında görülmektedir (42).

2.4.3.Dikkat ve Yürütücü İşlevlerin Kontrolü

Üstbilişlere ilişkin dikkat süreçlerini içeren dikkat ve yürütücü işlevlerin kontrolü modeldeki bir diğer yapıyı oluşturmaktadır. Bu yapı Wells (2013) tarafından uyumsuz dikkat kontrolü (maladaptive attentional control) olarak adlandırılmaktadır. Uyumsuz dikkat kontrolü kişinin işlevsel olmayan bilişlerinin ve başa çıkma stratejilerinin devam etmesine ve böylece psikopatolojinin ortaya çıkmasına ve sürmesine neden olmaktadır. Örneğin; depresyon tanılı ve aktif hastalık dönemindeki hastaların ruminatif süreç üzerine denetimini yitireceğine ilişkin düşünceleri kişinin ruminasyonu koşulsuz kabulüne neden olabilir. Kaygı bozukluklarında, bireyin olası tehdit odaklarına dikkatin yönlendirilmesi, yüksüz olan uyaranların muhtemel tehdit nedeni olarak düşünülmesine neden olur. Kaygı seviyesi yüksek bir kişi yaşadığı kaygıyı kontrol edemeyeceğini düşünebilir veya kaygıyı yaşamamanın bir çözüm yolu olduğunu düşünebilir. Bu durum, kişilerin kaygıya müdahale etmelerine mani olur ve bireyler kaygıya teslim olurlar(40, 43).

2.4.4.Zihinsel Modlar

Kişinin kendi bilişleriyle ilişkisi zihinsel modlar üzerinden açıklanır. Zihinsel modlar, nesne modu ve üstbilişsel mod olarak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. Nesne modunda, bilişler ve olaylar eşdeğer olduğu, düşüncelerin ve inanışların tamamen gerçek durumu yansıttığı kabul edilmektedir. Bu açıdan kişi kendisi ile bilişleri arasındaki farkı kavrayamaz ve bilişlerini değerlendiremez. Üst bilişsel modda nesne modundan farklı olarak, kişi iç ve dış gerçekliğin düşüncelerden ayrı olduğunu kavrayarak bilişlerinden ayrışır. Böylece düşünceler kişi tarafından değişik doğruluk derecelerinde olan sadece birer biliş olduğunu kavramalarını sağlar (35).

2.5.PSİKOZ VE ÜSTBİLİŞSEL MODEL

KDYİ modelini temel alan Morrison (2001) psikotik deneyimlerle ilgili olumlu üstbilişsel inanışların halüsinasyonlar ve sanrılarının ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğunu

ve olumsuz üstbilişsel inanışların ise psikotik deneyimlere karşı oluşan sıkıntı ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Başka bir deyimle, Morrison'a göre psikozlu bireyler “sesler iyilik severdir” veya “sesler bana arkadaşlık ediyor” gibi halüsinasyonlar hakkında olumlu inanışlara ve “sesler tehlikelidir” veya “sesler kontrol edilemez” gibi halüsinasyonlar hakkında olumsuz inanışlara sahip olabilir. Bu olumsuz üstbilişsel inanışlar, uyarılma ve güvenlik arama davranışında bir artışa sebep olabilir, bu da daha çok halüsinasyon oluşumunu neden olabilmektedir. Böylece bir kısır döngü meydana gelmektedir (44). Bu model, işitsel halüsinasyonlar yaşayan psikotik hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla işlevsel olmayan üstbilişsel inanışların sergilediklerini gösteren çalışmalarla desteklenmiştir(45-47). Yine farklı çalışmalarda psikoz geliştirmek için klinik olarak yüksek riskli olan kişilerin örnekleminde üstbilişsel işlev bozukluğun daha fazla olduğu saptanmıştır(48-50). Morrison ve arkadaşları psikoz görülmesi açısından yüksek risk taşıyan kişilerin, düşünceler hakkında olumsuz inanışlarının sağlıklı kişilerden daha fazla olduğunu öne sürmüştür. Endişe hakkında olumlu inanışlarda ise psikotik hastalardan daha düşük puan aldıklarını bildirerek, düşüncelerle ilgili olumsuz inanışların yatkınlığın belirlenmesinde rol oynayabileceğini, endişe hakkında olumlu inanışların ise psikoz gelişimi için yüksek riskli bireylerde ise potansiyel dönüşümün belirteci olabileceğini öne sürmüştür(50). Başka bir çalışmada ise psikozlu bireyler, psikoz gelişimi için yüksek risk taşıyan bireyler, psikotik benzeri deneyimler yaşayan kişiler ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırmıştır. Psikozu olan ve psikoz gelişimi için yüksek risk taşıyan bireylerin, sağlıklı kontrol grubu ve psikoz benzeri deneyimler yaşayan katılımcılara kıyasla, özellikle olumsuz inanışlar alt ölçeği olmak üzere, ÜBÖ' de daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür(48).

Psikoz riski kriteri taşıyan kişilerde metakognitif inanışları inceleyen bir meta-analizde psikoz riski kriterlerini karşılayan kişilerde ÜBÖ-30 kullanılarak üstbilişsel inanışları inceleyen çalışmalar dahil edilmiştir. Psikoz riski taşıyan kişilerin ÜBÖ alt ölçeği puanlarının yerleşik psikotik bozuklukları olanlar ile benzer olduğu, ancak sağlıklı kontrollerden büyük ölçüde daha fazla işlevsel olmayan üstbilişsel inanışa sahip oldukları saptanmıştır (51).

Üstbiliş; üstbilişsel yetenek, üstbilişsel deneyim ve üstbilişsel etkinlik komponentlerine ayrılmaktadır(52).Psikozu olan bireylerde zayıf üstbilişsel

yeteneklere sahiptir ve bu durum, psikozun semptomlarından ve nörobilişten bağımsız olarak, psikozdaki işlevsel, sosyal ve mesleki sonuçlar üzerine direkt etkilidir(53-57). Üstbilişsel yeteneğin, ilk atak psikozda nörobilişsel ve işlevsel sonuçlar arasındaki ilişkilere aracılık ettiği gösterilmiştir(58). Üstbilişsel yetenek öznel iyileşme sonuçları ve yaşam kalitesindeki artış ile ilişkilidir(59). Depresyon ve anksiyete gibi rahatsız edici duyguların öznel iyilik hali üzerine direkt etkisi olduğu saptanırken nörobilişin veya negatif semptomların öznel iyileşme üzerinde hiçbir etkisi görülmemiştir(52).

2.6.ŞİZOFRENİ VE ÜSTBİLİŞ

Son zamanlarda, üstbilişsel eksikliklerin şizofreninin sonlanımında önemli bir etken olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofreninin tüm evrelerinde üstbilişsel eksiklikler gözlenmiş ve daha kötü hastalık seyri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin, kendisinin ve başkalarının karmaşık temsillerini oluşturma ve kullanma becerisindeki eksikliklerin, işlevselliğin daha zayıf seviyelerini öngördüğü, çökkünlük olmadan anhedoniye neden olduğu, daha düşük öznel iyileşme seviyeleri ile ilişkili olduğu, negatif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Şizofrenide işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlarda bildirilmiştir. Bunlar, bilişsel faaliyetlere dahil olmanın yararı ile ilgili olumsuz değerlendirmeleri, kontrol edilemezlik ile ilgili yüksek beklentiyi ve düşüncelerin tehlikeliliğini içermektedir. Bu işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlar, özellikle halüsinasyonlar olmak üzere, pozitif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (60).

Şizofrenide gözlenen pozitif belirtilerin çoğunluğunun nedeni olarak üstbilişsel anlamda başkalarının niyetlerini ve davranışlarını izlemedeki sorunun ilk sırada yer aldığı da düşünülmektedir. Bu varsayımını destekleyici çalışmalar şizofreni tanılı hastaların kendini izleme boyutunda hatalar olduğunu göstermektedir(61-63). Başka bir çalışmada ise bireylerin bazen izleme boyutunda girdilere ait bazı bölümleri kaçırdıkları ve gerçekte olmayan farklı bölümleri ekleyebildikleri kanaatine varılmıştır(64).

Şizofrenide üstbilişsel inanışları inceleyen araştırmalar şizofreni tanısı konan bireylerin tüm üstbilişsel inanışlar kategorilerinde kontrol grubuna göre büyük ölçüde

daha yüksek puan aldığını saptamıştır. Psikotik deneyimlere yatkın olan kişilerin endişeye ilişkin olumlu inanışlar, düşüncelerin kontrol edilemezliğine ilişkin olumsuz inanışlar, düşünceleri kontrol etme ihtiyacına ilişkin inanışlar ve düşük bilişsel güvenin yüksek olduğu saptanmıştır(65).

Şizofreni spektrum bozukluğu olan kişiler, kendilerini kendi eylemlerinin faili olarak deneyimlemede, hataları izlemede, sahip oldukları bilgilerin farkında olmada, duygularını adlandırmada, kendi içsel durumlarını yargılamada ve tüm bu bilgileri kendilerinin karmaşık temsillerine entegre etmede zorluklar yaşarlar. Aynı zamanda psikolojik ve sosyal sıkıntılara karşı üstbilişsel bilgiyi kullanmakta da güçlük çekerler(66).

2.7.BİPOLAR BOZUKLUK VE ÜSTBİLİŞ

Bipolar bozuklukta da üstbilişsel eksiklikler olabilirken bunlar şizofreniye göre daha az şiddetlidir(2). Aynı zamanda bipolar bozukluktaki üstbilişsel inanışlar pozitif belirtilerle de ilişkili olduğu gösterilmiştir(60). Kişinin kendi düşüncelerinin kontrol edilmesi gerekliliği görme eğilimi, pozitif belirtilerin gelişimi için bir risk etkeni olabilir. Hem şizofreni hem de bipolar bozukluğu olan hastalar için olumlu inanışlar nedeniyle kişilerin düşüncelerine güvenmemeleri ve odaklarını bu düşünceleri kontrol etmeye kaydırmaları da mümkündür. Negatif belirtilerin ise üstbiliş becerilerindeki eksikliklerden kaynaklanabileceğini iddia eden çalışmalar vardır. Örneğin, zihinsel durumları anlamlandırma yeteneklerindeki bozukluklar, bipolar bozukluğu ve şizofreni hastalarının dünyayla ilişki kurmasını zorlaştırıyor ve bu da sosyal geri çekilmenin en uygun seçenek olduğunu bulmasıyla sonuçlanıyor olabilir. Şizofreni hastalarında, sosyal geri çekilme, diğerinin zihninin net bir temsilini oluşturmanın zorluğuyla doğrudan ilişkili gibi görünürken, bipolar hastalarda sosyal geri çekilme, psikososyal zorluklara yanıt vermek için üstbilişsel bilgiyi kullanmanın zorluklarıyla daha fazla ilişkili olabilir (60).

Bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının tüm üstbilişsel inançlarda daha yüksek puanlara sahip olması daha fazla kaygı ile ilişkilendirilirken endişe hakkında daha yüksek düzeyde olumlu inanışlar, kontrol edilemezlik/tehlikeye ilişkin inanışlar ve kişinin düşüncelerini kontrol etmesi gerektiğine dair inanışları daha fazla depresyon

ile ilişkilendirilmiştir. Hem depresyon hem de maninin daha yüksek seviyeleri, daha düşük bilişsel güven ile ilişkili bulunmuştur(67).

Bipolar bozukluğu olan hastaların, başkalarının zihinsel durumları hakkında düşünme yeteneğinde eksiklikler olduğu yapılan çalışmalar göstermiştir. Yapılan iki meta-analiz, psikiyatrik hastalığı olmayan kontrollerle kıyaslandığında, bipolar bozukluğu olan hastaların, diğer kişilerin hem dürtü hem de duygulanımlarını tanıma yeteneklerinde eksikliklere sahip olduğunu ve bu eksikliklerin yalnızca duygudurumun bir işlevi olmadığını bulmuştur(68, 69).

2.8.ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK VE ÜSTBİLİŞ

Literatür gözden geçirildiğinde şizofreni spektrumundaki bozukluklar genel başlığı adı altında üstbilişsel süreçlerin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Ancak bilgilerinize göre şizoaffektif bozukluk hastalarında özgül olarak üstbilişsel işlevlerin araştırıldığı ve şizoaffektif bozukluk hastaların üstbilişsel süreçlerinin, psikotik ataklarla seyreden diğer ruhsal bozukluklar olan şizofreni ve psikotik özellikli bipolar bozukluk tip-1 ile karşılaştırılan çalışma henüz mevcut değildir. Biz bu araştırma ile bu alanda literatüre katkıda bulunacak kimi verilere ulaşmayı hedefledik.

3.YÖNTEM

3.1.Etik Onay

Çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 83116987-719 numaralı çalışmamıza 18.02.2021 tarihli ve 21-KAEK-53 sayılı kararı ile onay alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiştir ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı olarak aydınlatılmış onam alınmıştır. (Ek 1).

3.2.Katılımcılar

Araştırmaya Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 1 Mart 2021-1 Haziran 2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri 50 şizofreni, 50 psikotik özellikli bipolar

bozukluk tip-I, 50 şizoaftif bozukluk tanılarıyla takipli olup aktif psikotik dönemde veya duygudurumu atak döneminde olmayan toplam 150 hasta dahil edilmiştir. Hastaların tanıları DSM-5 tanı sistemi baz alınarak ve MINI Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme aracılığıyla yarı yapılandırılmış bir psikiyatrik tanı koyma görüşmesi ile konulmuştur. Kontrol grubu ise 80 sağlıklı erişkin katılımcı ile oluşturulmuştur.

3.3.Çalışmaya Dâhil Edilme Şartları

Hasta grubu için;

-18-65 yaş arası olmak

-Şizofreni, psikotik özellikli bipolar bozukluk tip-I, şizoaftif bozukluk tanılarıyla takipli olup, aktif psikotik dönemde veya duygudurumu atak döneminde olmamak

-Bilişsel fonksiyonları etkileyecek düzeyde nörolojik bir hastalığa sahip olmamak

- Mental retardasyonu olmamak

-Aydınlatılmış onam formunu okumuş ve imzalamış olmak.

Kontrol grubu için;

-Psikiyatrik ve nörolojik hastalık öyküsüne sahip olmamak

-Aydınlatılmış onam formunu okumuş ve imzalamış olmak.

3.4.Çalışmaya Dâhil Edilmeme Şartları

Hasta grup için;

-18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak

-Ek psikiyatrik hastalığa sahip olmak

- Bilişsel fonksiyonları etkileyecek düzeyde nörolojik bir hastalığa sahip olmak

-Değerlendirme sırasında alkol / madde kullanmış olmak

-Mental retardasyonu olmak

-Aktif psikotik dönemde veya duygudurum atak döneminde olmak

Kontrol grup için;

-Psikiyatrik ve/veya nörolojik hastalık öyküsüne sahip olmak.

-18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak

Çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalayan tüm hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik veri formlarındaki sorular görüşmeci tarafından muayene odasında doldurulmuştur. Daha sonra Üstbiliş Ölçeği-30, Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği, Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği, Varsanılarla İlgili İnanışlar Ölçeği hasta tarafından bu amaç için hazırlanmış ayrı bir odada doldurulmuştur. Görüşmeci tarafından ise Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Bütün bu değerlendirme araçlarının doldurulması ve görüşmelerin tamamlanması yaklaşık olarak 30-45 dakika kadar sürmüştür. Bu değerlendirme araçlarından elde edilen veriler diğer sosyodemografik ve klinik veriler ile birlikte değerlendirilerek sağlıklı kontrol grubu ve hasta grupları karşılaştırılmıştır.

3.5.Değerlendirme Araçları

3.5.1.Sosyodemografik Veri Formu (SDV)

Hastaların sosyodemografik verilerini ve hastalık süreci ile ilgili bilgi edinilmesi amacıyla hazırlanmış bir formdur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, ruhsal bozukluk tanısı, geçirilmiş dönemlerin türü ve sayısı, hastalığın başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, değerlendirme sırasında kullandığı ilaç tedavisi ve dozları, ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunup bulunmadığı gibi başlıca tanımlayıcı bilgileri barındırmaktadır ve araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

3.5.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış, 30 maddeden oluşan ve yedi puanlı şiddet derecelendirmesi içeren bir ölçektir. Ölçeğin içerdiği otuz parametreden ilk yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğini, diğer yedisi negatif belirtiler alt ölçeğini ve kalan on altısı ise genel psikopatoloji alt ölçeğini

oluşturmaktadır(70). Hafif derecede hasta PANSS toplam puanı 58'e, orta derecede hasta 75, belirgin derecede hasta 95 ve ağır hasta ise 116'ya karşılık gelmektedir(71). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış, özgün ölçekteki gibi yüksek iç tutarlılık, yapı geçerliliği ve puanlayıcılar arasında güvenilirlik gösterdiği bulunmuştur. Böylece Türk şizofrenik hasta nüfusunda pozitif ve negatif sendromların ve genel psikopatolojinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır (72).

3.5.3.Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDDÖ)

Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği, bipolar bozukluğun depresif döneminin ciddiyetini derecelendirmek, bozukluğun atipik ve karma özelliklerini de derecelendirmek ve bipolar depresyonu unipolar depresyondan ayırmak için Berk ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Klinisyen, her bir maddeyi, hastanın yanıtlarıyla, 0 ile 3 arasında değişen Likert tipi bir ölçekte puanlandırır. Bu ölçekten elde edilen toplam puan 0 ile 60 arasında değişebilir. Elde edilen daha yüksek bir puan daha şiddetli bir depresif dönemi gösterir. Somatik depresyon, psikolojik depresyon karma belirtiler olmak üzere üç faktörlü yapıya sahiptir (73). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Batmaz ve arkadaşları tarafından yapılmış, ölçeğin tümü için Cronbach alfa değeri 0,78 olarak bulunmuştur. BDDÖ diğer depresyon ölçekleriyle anlamlı korelasyon göstermiş, açıklayıcı faktör analizi özgün ölçekte olduğu gibi üç faktörlü bir yapı göstermiştir. Bu durum bipolar depresyonda Türkçe BDDÖ' nün iyi bir iç tutarlılık gösterdiğini, geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceğini göstermektedir(74).

3.5.4.Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Manik dönemin şiddetini derecelendirmek için Young ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir(75).YMDÖ on bir maddeden oluşmaktadır ve her bir madde 5 şiddet derecesi içermektedir. İletişim kurmakta güçlük yaşanan hastaların daha iyi değerlendirilmesi için 5.,6.,8. ve 9. sekizinci ve dokuzuncu maddelere iki katı ağırlık verilmiştir. Ölçek klinisyenin hasta ile 15-30 dakikalık bir görüşmesi ile uygulanır. Şiddet derecelendirmesi ise hastanın son iki gün içinde bildirdiklerine ve değerlendiren kişinin gözlemine dayanır. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi son 48 saat süresince hastanın öznel bildirimleri ve görüşme sırasında klinisyenin hasta gözlemine dayanmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması

Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır .İç tutarlık katsayısı %79 olarak saptanmıştır (76).

3.5.5.Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)

HADÖ, Hamilton tarafından anksiyetenin düzeyini saptamak, şiddet değişimini belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek kişinin son yetmiş iki saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılan 14 soru içermektedir. Görüşmeci her soruya 0 ile 4 arasında derecelendiren puanlar vererek belirti şiddetini değerlendirmekte ve her madde için elde edilen puan toplanması sonucu toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenirliği ölçülmüş ve tek tek maddeler için 0.51–0.97 arasında tespit edilmiştir. Ortalama değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı 0.72 olarak bulunmuş, toplam puan ise 0.94 olarak hesaplanmıştır (77).

3.5.6.Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

ÜBÖ 1997 yılında Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilmiştir(78). 2004 yılında ise Wells ve Cartwright Hatton ölçeğin otuz maddeden oluşan kısa formunu geliştirmişlerdir (41). Ölçeğin her maddesi 1 ile 4 arasında Likert tipi derecelendirmesi ile cevaplandırılmaktadır. Toplam puanın artması patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığını göstermektedir. Wells ve Cartwright-Hatton'nın yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30'daki maddeler beş faktöre dağılım göstermektedir ve bu dağılım uzun formdaki gibi (1) olumlu inançlar, (2) kontrol edilemezlik, (3) bilişsel güven ve tehlike, (4) düşüncelerin kontrol ihtiyacı , (5) bilişsel farkındalık ve şeklindedir (41). Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Tosun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Test-tekrar test güvenirliği analizi ÜBÖ-30'un Türkiye örnekleme için güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermiştir. Ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .93 olarak bulunmuş ve faktörler için Alpha değerleri .72 ile .93 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Alt ölçekler arası korelasyonların tümü anlamlı bulunmuştur ve bu korelasyonlar ÜBÖ-30'un uzun versiyonundakilerle tutarlı olduğu gösterilmiştir (79).

3.5.7.Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (BDS-1 Ö)

BDS-1Ö Wells tarafından bilişsel-dikkat sendromunun aktivasyonunu değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. BDS-1Ö, 16 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek bilişsel dikkat sendromunun tüm elementlerini değerlendirmektedir. Endişe / ruminasyon, tehdit izleme ve başa çıkma davranışlarıyla meşgul olan zamanın oranını ve olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanç düzeylerini değerlendirir. Ölçekteki ilk 2 madde, son bir hafta içinde endişelenmeye, ruminasyona ve tehditleri gözlemlemeye ayrılan süreyi değerlendirirken sonraki altı madde, altı farklı işlevsel olmayan baş etme stratejisine ayrılan süreyi ölçmektedir. Sonraki sekiz madde ise kişilerin bilişsel dikkat sendromuna ilişkin üstbilişsel inançlarının seviyesini ölçmektedir. Bu maddeler, 0 ile 100 arasında derecelendirme ile değerlendirilir. Ölçek toplam puanı, ilk sekiz maddenin puanları 0'dan 8'e Likert tarzı derecelendirmeye, son sekiz madde de benzer şekilde 0 ve 100 Likert tipi ölçeği ile derecelendirilerek hesaplanır. Toplam puanın yüksek tespit edilmesi BDS aktivasyonunun artışı yansıtmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Gündüz ve arkadaşları tarafından yapılmış ve iç tutarlılık kat sayısı 0,77 olarak bulunmuştur (80).

3.5.8.Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği (KHİÖ)

Kuşkuculuğa üstbilişsel bir yaklaşımı daha detaylı incelemek için 2005 yılında Morrison ve arkadaşları 31 maddeden oluşan Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeğini (KHİÖ) geliştirmiş ve bireylerin kuşkuculuk hakkındaki inanışlarını, kuşkuculuk deneyimlerini ve bununla ilişkili sıkıntılarını yordayıp yordamadığını incelemiştir. Hem olumsuz hem de olumlu inanışların daha sık kuşkucu düşüncelerle ilişkili olduğu bulgusu, kuşkuculuğun üstbilişsel kavramsallaştırmasıyla tutarlı olduğu görülmüştür Böylece endişenin daha genel tehditlerle başa çıkmak için kullanıma benzer şekilde kuşkuculuğun kişilerarası tehdidi yönetmek için kasıtlı bir strateji olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır(81). Daha sonrasında Gumley, Gillan, Morrison ve Schwannauer tarafından üç faktörlü bir yapı (kuşkuculuk hakkında olumsuz inanışlar, bir hayatta kalma stratejisi olarak kuşkuculuk ve inanışları normalleştirme) ortaya koyan KHİÖ'nün 18 maddelik kısa bir versiyonunu geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri, perseküsyon hezeyanları yaşayan hastaların klinik bilgilerine dayanılarak oluşturulmuş ve olumlu ve olumsuz yorumları içermektedir. Ölçekteki her madde 1 -4 arasında bir puan ile puanlanmaktadır(81).

KHIÖ' nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri ise .89 olarak bulunmuştur. Özgün ölçek olduğu gibi üç faktörlü yapı saptanmıştır. Bu faktörlerin iç tutarlılığı ise 0.867 ile 0.876 arasında değişmektedir(82).

3.5.9.Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği (ODSVYÖ)

Psikoza bilişsel ve davranışsal tepkileri kapsamlı bir şekilde değerlendirmek için Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği 2017 yılında Tully ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.(83) Ölçek hem güvenlik arama davranışlarını hem de kişiye özgü başa çıkma tepkilerini içeren 31 maddeden oluşan öz bildirim dayalı bir ölçektir. Son iki hafta içerisinde yaşanan olağandışı deneyimlere verdikleri yanıtlar 1 ile 4 puan arasında derecelendirilir (84). ODSVYÖ' nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ODSVYÖ' nün özgün ölçekte olduğu gibi; sosyal kontrol ve güvence arama, tehdit izleme ve kaçınma ve bilinçli öz düzenleme girişimleri olmak üzere üç faktörlü bir yapı içerdiği tespit edilmiştir. İç tutarlılığı .82 olarak saptanmıştır. Alt ölçekler için bu değerler 0,681 ile 0,811 arasında değiştiği görülmüştür(82).

3.5.10.Varsanılarla İlgili İnanışlar Ölçeği (VİİÖ)

Chadwick ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (85). 30 maddelik bir kendini bildirim ölçeğidir. VİİÖ varsanılara ilişkin duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri değerlendirmektedir. Ölçekteki her bir madde 'evet' ya da 'hayır' şeklinde cevaplar vermeyi gerektirmektedir. Eğer hasta çok sayıda ses duyuyorsa, ölçeği yalnız en baskın olan sese göre yanıtlar. Ölçekteki ilk yirmi bir madde hastanın seslerin olumlu veya olumsuz olarak algılanmasına göre hazırlanmıştır. Son 9 madde ise varsanılara ilişkin tepkileri (sesi benimseme ve sese direnme) değerlendirmektedir. Eğer varsanılar hasta tarafından olumlu algılanmışsa sesler daha fazla benimsenmektedir(86). Türkiye'de ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Aker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar VİÖ' nün seslerin bilişsel özelliklerini değerlendirmek için değerli bir ölçek olduğunu göstermiştir(87).

3.5.11.MINI Uluslararası Nöropsikiyatrik Değerlendirme Görüşmesi

Ruhsal bozukluklara tanı koymak için kullanılan, uygulaması yaklaşık 20 dakika süren yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir. Sheehan ve Lecrubier tarafından geliştirilmiştir. (88). Türkçe versiyonu Engeler tarafından yapılmıştır(89).

3.6.İstatistisel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 21.0 programı ile yapılmış ve %95 güven aralığında çalışılmıştır. Normal dağılım için maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması yeterliydi (90-93).

Veriler incelendiğinde her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görüldü. Bu sonuç puanların normal dağıldığı göstermekteydi. Veriler normal dağılım gösterdiği için çalışmada parametrik test teknikleri kullanıldı.

Demografik verilerin gruplar arasındaki karşılaştırması Ki- kare testi kullanılarak analiz edildi. Çalışmaya dahil edilen hasta grupların hastalık süresi boyunca geçirdiği toplam atak sayısı, toplam psikotik atak sayısı ve değerlendirme sırasındaki remisyon süresi ANOVA testi ile analiz edildi, grup karşılaştırması post hoc ile analizi ile yapıldı. Psikopatoloji ölçek ve alt ölçek puanlarının gruplar arasında farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile analiz edildi, grup karşılaştırması post hoc ile analizi ile yapıldı. Bilişsel ölçek ve alt ölçek puanlarının gruplar arasında farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile analiz edildi, grup karşılaştırması post hoc ile analizi ile yapıldı. Üst bilişsel ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının hasta grup ve sağlıklı kontrol grup ile karşılaştırılması T- testi ile analiz edildi. Üst bilişsel ölçek ve alt ölçek puanlarıyla; klinik veriler, bilişsel ölçek ve alt ölçek puanları, psikopatoloji ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edildi.

Üst bilişsel ölçekler üzerine demografik ve klinik yordayıcıların etkisi hiyerarşik regresyon modeli ile analiz edildi.

İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1.Tanımlayıcı İstatistikler

4.1.1.Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri ve verilerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu ve çalışma durumu şizofreni, şizoaftif bozukluk, bipolar bozukluk tip-1 ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen 230 katılımcının 130'u (%56,5) kadındı. Şizofreni grubundaki katılımcıların 16'sı(%32); şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların 19'u(%38); bipolar bozukluk tip-1 grubundaki katılımcıların 24'ü (%48); kontrol grubundaki katılımcıların ise 41'i (%53,1) kadındı. Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p=0,129$).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalaması 37,56(± 12.09)'dı. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında şizofreni grubundaki katılımcıların 13'ü(%26) 25 yaş ve altı, 17'si(%34) 26-35 yaş arası, 20'si (%40) ise 35 yaş ve üstü yaş grubundaydı. Şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların 6'si(%12) 25 yaş ve altı, 16'sı(%32) 26-35 yaş arası, 28'i(%56) ise 35 yaş ve üzeri yaş grubundaydı. Bipolar bozukluk tip-1 grubundaki katılımcıların 6'si(%12) 25 yaş ve altı, 16'sı(%32) 26-35 yaş arası, 28'i(%56) ise 35 yaş ve üzeri yaş grubundaydı. Kontrol grubundaki katılımcıların ise 16'sı 25 yaş ve altı (%20), 23'ü 26-35 yaş arası (%28,8), 41'i ise (53,3) 35 yaş ve üzeri yaş grubundaydı. Yaş dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p=0,427$).

Çalışmaya dahil edilen 230 katılımcının eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında; tüm katılımcıların 52'si(%22,6) ilkokul ve altı eğitim derecesinden, 26'sı(%11,7) ortaokul, 70'i(%34,8) lise, 82'si ise yüksekokul ve üst eğitim derecesinden mezundu. Grupların eğitim durumuna bakıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların 12'si(%24) ilkokul ve alt eğitim derecesinden; 7'si(%14) ortaokul, 20'si (%40)lise, 11'i(%22) ise yüksekokul ve üst eğitim derecesinden mezundu. Şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcılara bakıldığında 13'ü(%26) ilkokul ve altı eğitim derecesinden, 5'i (%10) ortaokul ,18'i(%36) lise ,14'ü (%28) yüksek okul ve üst eğitim derecesinden mezundu. Bipolar bozukluk tip-1 grubundaki

katılımcılara bakıldığında 10'u(%20) ilkokul ve altı eğitim derecesinden, 2'si(%4) ortaokul, 16'sı(%32) lise, 22'si(%44) ise yüksekokul ve üst eğitim derecesinden mezundu. Kontrol grubundaki katılımcıların ise; 17'si (%21,3) ilkokul ve altı eğitim derecesinden, 13'ü(%16,3) ortaokul, 26'sı(%32,5) lise, 24'ü(%30) ise yüksekokul ve üst eğitim derecesinden mezundu. Eğitim dağılımları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı(p=0,379).

Tüm katılımcıların medeni durum dağılımına bakıldığında; katılımcıların 123'ü (%53,5) evliydi. Medeni durum açısından gruplar karşılaştırıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların 18'i(%36), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların 23'ü(%46), bipolar bozukluk tip-1 grubundaki katılımcıların 28'i(%56), kontrol grubundaki katılımcıların ise 54'ü(%67,5) evliydi. Medeni durumlar açısından gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,003).

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcıların 136'sı (%59,1) çalışmıyordu. Gruplar karşılaştırıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların 33'ü(%66), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların 39'u (%78), bipolar bozukluk tip-1 grubundaki katılımcıların 31'i (%64), kontrol grubundaki katılımcıların 33'ü (%41,3) çalışmıyordu. Çalışma durumu açısından gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001).

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Grup Karşılaştırmaları

		Gruplar					Ki kare	p	Grup Karşılaştırması
		Toplam	Şizofreni(1)	ŞB(2)	BB-1(3)	Kontrol(4)			
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)			
Cinsiyet	Erkek	130(56,5)	34(68)	31(62)	26(52)	39(48,8)	5,673	,129	
	Kadın	100(45,5)	16(32)	19(38)	24(48)	41(53,3)			
Yaş	25 yaş ve altı	41(17,8)	13(26)	6(12)	6(12)	16(20)	5,969	,427	
	26-35	72(31,3)	17(34)	16(32)	16(32)	23(28,8)			
	35 ve üstü	117(50,9)	20(40)	28(56)	28(56)	41(53,5)			
Eğitim	İlkokul ve altı	52(22,6)	12(24)	13(26)	10(20)	17(21,3)			
	Ortaokul	26(11,7)	7(14)	5(10)	2(4)	13(16,3)	9,661	,379	
	Lise	70(34,8)	20(40)	18(36)	16(32)	26(32,5)			

	Yüksekokul	82(30,9)	11(22)	14(28)	22(44)	24(30)			
Medeni	Evli	123(53,5)	18(36)	23(46)	28(56)	54(67,5)	13,713	,003	1_3;1_4;2_4
Durum	Bekar/Dul	107(46,5)	32(64)	27(54)	22(44)	26(32,5)			
Çalışma	Çalışıyor	94(40,8)	17(34)	11(22)	19(38)	47(58,8)		,000	1_4;2_4;3_4
durumu	Çalışmıyor	136(59,1)	33(66)	39(78)	31(62)	33(41,3)	19,097		

ŞB: Şizoaftif Bozukluk, BB-1: Bipolar Bozukluk Tip-1

4.1.2.Klinik Verilerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen hasta gruplarının hastalık süresi boyunca geçirdiği toplam atak sayısı, toplam psikotik atak sayısı, değerlendirme sırasındaki remisyon süreleri ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı açısından yapılan grup karşılaştırması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hasta gruplarının klinik verileri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında; hastalık süresi boyunca toplam geçirilen atak sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Ortalama atak sayısı en fazla şizoaftif bozukluk grubunda görülürken, toplam atak sayısı en az şizofreni grubunda görüldü.

Hastalık süresi boyunca geçirilen toplam psikotik atak sayısı analiz edildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,001$). Geçirilen psikotik atak sayısı ortalaması en yüksek şizoaftif bozukluk grubunda görülürken en az ise bipolar bozukluk tip-1 grubunda saptandı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların remisyon süreleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,32$).

Katılımcıların ailede psikiyatrik öykü varlığı açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Ailede psikiyatrik hastalık varlığı en çok şizoaftif bozukluk grubunda görülürken en az ise kontrol grubunda saptandı.

Tablo 2:Hastalık Süresince Geçirilen Toplam Atak Sayısı, Toplam Psikotik Atak Sayısı ve Değerlendirme Sırasındaki Remisyon Sürelerinin Hasta Grupları Arasında Karşılaştırılması; Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsünün Varlığının Tüm Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Gruplar										
	Şizofreni (1)		ŞB (2)		BB-1(3)		Kontrol (4)		F/ Ki Ka re	P	Grup karşılaştırması
	Ort./n	Ss/%	Ort./n	Ss/%	Ort./n	Ss/%					
Geçirdiği toplam atak sayısı	6,04	5,10	10,98	5,65	10,32	8,03	-	-	8,80	0,00	1_2;1_3;
Geçirdiği toplam psikotik atak sayısı	4,58	4,05	7,38	4,10	3,14	3,88	-	-	14,41	0,00	1_2;2_3
Remisyon süresi (ay)	18,82	29,97	16,58	22,84	25,22	33,75	-	-	1,12	0,327	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (Var)	21	42	32	64	28	56	32	40	9,053	0,029	1_2;2_4

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, n: sayı, ŞB:Şizoaftif Bozukluk, BB-1:Bipolar Bozukluk Tip-1

4.1.3 Psikopatoloji Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Grupların psikopatoloji ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırıldığı istatistiksel analiz sonucu Tablo 3’ de gösterilmiştir.

Grupların psikopatoloji ölçek puanları karşılaştırıldığında; PANSS toplam puan ortalaması gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,001$). Kontrol grubunun puan ortalaması en düşük iken en yüksek puan ortalaması sırasıyla; şizoaftif ve şizofreni grubundaydı. PANSS beş faktörlü yapısında negatif belirtiler, pozitif bulgular, dağınıklık, taşkınlık ve duygusal sıkıntı alt ölçek ortalamalarında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,001$). PANSS pozitif belirti, dağınıklık, taşkınlık ve duygusal sıkıntı alt ölçek ortalama puanları en yüksek şizoaftif grubunda saptanırken, negatif bulgular alt ölçek puanı en yüksek olan grup şizofreni olarak saptandı. Kontrol grubu ise tüm ölçekler için en düşük ortalama puana sahipti.

YMDÖ toplam puan ortalaması gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). En yüksek ortalama puan şizoaftif grubunda saptanırken en düşük ortalama puan kontrol grubunda saptandı.

BDDÖ toplam puan ortalaması ve tüm alt ölçeklerinin puan ortalaması gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,001$). En yüksek toplam ortalama puan ve alt ölçek ortalama puanları şizoaftif grubunda saptanırken en düşük ortalama puan kontrol grubunda saptandı.

HADÖ toplam puan ortalaması ve tüm alt ölçeklerinin puan ortalaması gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,001$). En yüksek toplam ortalama puan ve ortalama alt ölçek puanları şizoaftif grubunda saptanırken en düşük ortalama puan kontrol grubunda saptandı.

GDÖ (Global Değerlendirme Ölçeği) toplam puan ortalaması gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). En yüksek ortalama puan kontrol grubunda, en düşük ortalama puan ise şizoaftif grubunda saptandı.

Tablo 3:Psikopatoloji Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Grup Karşılaştırması

	Gruplar				F	P	Grup karşılaştırması
	Şizofreni (1)	ŞB(2)	BB-1(3)	Kontrol (4)			
	Ort(ss)	Ort(ss)	Ort(ss)	Ort(ss)			
PANS S toplam	61,28(14,27)	65,10(16,27)	47,04(9,95)	34,93(5,38)	90,94	0,00	1_3;1_4;2_3;2_4;3_4
PANS S Pozitif	8,72(3,31)	9,46(3,63)	6,12(2,28)	4,26(0,74)	54,57	0,00	1_3;1_4;2_3;2_4;2_4
PANS S Negatif	14,84(4,32)	14,72(4,70)	9,40(2,88)	6,80(1,48)	86,37	0,00	1_3;1_4;2_3;2_4;3_4
PANS S Dağınıklık	6,56(1,88)	6,98(2,02)	5,10(1,55)	3,61(,81)	62,03	0,00	1_3;1_4;2_3;2_4;3_4
PANS S Taşkınlık	6,68(2,35)	7,02(2,19)	6,20(2,46)	4,15(,39)	31,11	0,00	1_4;2_4;3_4
PANS S Duygusal sıkıntı	5,66(1,92)	6,50(2,64)	5,32(1,33)	4,38(1,61)	13,35	0,00	1_4;2_3;2_4;3_4
YMD Ö Toplam	8,30(6,51)	10,58(7,53)	7,62(9,15)	0,68(1,14)	30,56	0,00	1_4;2_4;3_4
BDDÖ toplam	13,83(5,23)	16,14(7,68)	10,74(5,30)	3,12(3,50)	72,61	0,00	1_3;1_4;2_3;2_4;3_4
BDDÖ Psikolojik	2,78(1,69)	3,58(2,98)	1,90(1,83)	,36(,88)	34,59	0,00	1_4;2_3;2_4;3_4
BDDÖ Somatik	8,24(3,20)	9,32(4,70)	5,76(2,66)	2,05(2,58)	62,41	0,00	1_3;1_4;2_3;2_4;2_4
BDDÖ Karma	2,83(1,94)	3,26(2,17)	3,08(2,90)	,65(,70)	24,94	0,00	1_4;2_4;3_4
HADÖ Toplam	14,6(6,95)	15,82(6,90)	12,08(6,87)	5,05(5,05)	39,19	0,00	1_4;2_3;2_4;3_4

Psişik	6,86(2,76)	7,76(3,34)	5,44(2,61)	2,45(2,39)	47,19	0,00	1_4;2_3;2_4;3_4
Somati k	7,74(5,054)	8,06(4,55)	6,63(4,74)	2,60(2,88)	24,29	0,00	1_4;2_4;3_4
GDÖ	69,12(17,92)	66,70(15,81)	78,10(14,66)	91,88(6,33)	48,57	0,00	1_3;1_4;2_3;2_4;3_4

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, ŞB:Şizoaftif Bozukluk, BB-1: Bipolar Bozukluk Tip-1

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği,BDDÖ:

Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği,

GDÖ:Global Değerlendirme Ölçeği

4.1.4.Bilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında

Karşılaştırması

Şizofreni, şizoaftif bozukluk, bipolar bozukluk tip-1 ve kontrol grubunun bilişsel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4’de gösterilmiştir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre; grupların KHIÖ toplam puanı ve sağ kalım stratejileri, normalleştirici inanışlar alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p<0,05$). Olumsuz inanışlar alt ölçek puanında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Olumsuz inanışlar alt ölçeği toplam ortalama puanı en yüksek grup şizoaftif bozukluk grubu iken en düşük grup ise kontrol grubuydu.

VIIÖ toplam puanı ve alt ölçeklerinin ortalama puanlarının grup karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,001$). VIIÖ toplam puan ve alt ölçeklerin toplam puan ortalaması en yüksek kontrol grubundaydı. VIIÖ toplam puan, olumlu inanışlar, sese direnme sesi benimseme alt ölçek puanları en düşük şizofreni grubunda saptandı. Olumsuz inanışlar alt ölçeğinde ise en düşük puan şizoaftif bozukluk grubunda saptandı.

Tablo 4:Bilişsel Ölçek Puanlarının Grup Karşılaştırması

	Gruplar				F	P	Grup karşılaştırması
	Şizofreni(1) Ort(ss)	ŞB(2) Ort(ss)	BB-1(3) Ort(ss)	Kontrol(4) Ort(ss)			
KHIÖ toplam	40,18(10,848)	42,04(13,30)	39,73(11,30)	37,31(8,53)	2,06	0,106	

Olumsuz İnanışlar	12,98(5,18)	14,10(5,18)	12,44(4,98)	10,22(3,30)	8,38	0,000	1_4;2_4;3_4
Sağ kalım Stratejileri	12,97(5,05)	13,70(5,74)	12,53(4,53)	12,53(4,53)	2,06	0,106	
Normalleştirici İnanışlar	14,22(3,78)	14,24(4,93)	14,98(4,21)	15,49(4,23)	1,28	0,282	
VİİÖ toplam	50,55(7,75)	51,46(7,45)	55,26(7,06)	59,24(2,98)	22,24	0,000	1_3;1_4;2_4;3_4
Olumlu İnanışlar	17,24(3,26)	17,83(2,83)	18,73(2,71)	19,67(1,41)	9,63	0,000	1_4;2_4
Olumsuz İnanışlar	18,44(3,51)	18,14(3,98)	20,05(3,06)	21,81(,91)	18,33	0,000	1_4;2_4;3_4
Sese direnme	7,83(1,90)	8,30(1,90)	8,84(1,76)	9,84(,47)	17,93	0,000	1_4;2_4;3_4
Sesi benimseme	7,02(1,34)	7,18(1,26)	7,63(1,19)	7,90(,51)	7,77	0,000	1_4;2_4

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, ŞB:Şizoaftif Bozukluk, BB-1: Bipolar Bozukluk Tip-1, KHİÖ : Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği, VİİÖ: Varsanılarla İlgili İnanışlar Ölçeği

4.1.5. Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında

Karşılaştırılması

Şizofreni, şizoaftif bozukluk, bipolar bozukluk-1'den oluşan hasta grubunun, üstbilişsel inanışları karşılaştırmak için uygulanan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubuyla karşılaştırılma sonuçları Tablo 5'da gösterilmiştir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre; ÜBÖ-30 ölçeğinin kontrol edilemezlik ($p=0,015$) ve düşünceleri kontrol ihtiyacı ($p<0,001$) alt ölçekleri dışında ÜBÖ-30 toplam puan ortalaması ve diğer alt ölçeklerin toplam puan ortalamalarında hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı($p>0,05$).

Analiz sonucuna göre BDS-1Ö toplam puan ve alt ölçeklerin toplam puanı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösteriyordu ($p<0,05$).

Analiz sonucuna göre ODSVYÖ'nin bilinçli öz düzenleme girişimleri dışındaki diğer alt ölçeklerinin toplam puan ortalaması ve ölçeğin toplam puan ortalamasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,05$).

Tablo 5: Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Grup Karşılaştırması

	HASTA	KONTROL	T	P
	Ort.(ss)	Ort.(ss)		
ÜBÖ-30 toplam	72,50(15,59)	68,28(15,48)	1,928	,055
Olumlu inanışlar	13,14(4,57)	12,98(3,82)	,281	,779
Kontrol Edilemezlik	17,20(5,30)	15,47(4,59)	2,456	,015
Bilişsel Güven	11,65(5,62)	11,56(3,45)	,124	,902
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	12,08(3,19)	10,34(3,26)	3,880	,000
Bilişsel Farkındalık	16,58(4,08)	15,86(6,43)	,906	,367
BDS-1Ötoplam	61,46(25,41)	50,18(19,86)	3,678	,000
Ruminasyona Ayrılan süre	7,53(5,15)	5,31(3,83)	3,697	,000
İşlevsel Olmayan Baş etme Stratejileri	20,71(10,81)	15,73(9,10)	3,681	,000
Üst bilişsel İnanışlar	33,21(14,35)	29,11(11,99)	2,180	,030
ODSVYÖ toplam	35,77(7,93)	32,46(6,35)	3,437	,001
Sosyal Kontrol ve Güvence Arama	11,61(3,07)	10,78(2,75)	1,999	,047
Tehdit izleme ve Kaçınma	11,83(3,40)	10,00(2,67)	4,477	,000

Bilinçli Öz düzenleme Girişimleri	12,57(4,07)	11,96(2,97)	1,290	,198
---	-------------	-------------	-------	------

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği

4.1.6. Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Hasta Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Üstbilişsel inanışları karşılaştırmak için uygulanan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının şizofreni, şizoaftif bozukluk, bipolar bozukluk-1 grupları arasında karşılaştırılma sonucu Tablo 6'da gösterilmiştir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre; ÜBÖ-30 ölçeğinin düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçeği dışında ($p < 0.001$) üstbiliş değerlendiren diğer ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

ÜBÖ-30 toplam, bilişsel güven, olumlu inanışlar, bilişsel farkındalık alt ölçeği ile; BDS-1Ö ruminasyona ayrılan süre, baş etme stratejileri alt ölçeklerinde en yüksek puan ortalaması şizofreni grubunda saptandı. ÜBÖ- 30 düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçeği, BDS-1Ö toplam, üst bilişsel inanışlar alt ölçeği, ODSVYÖ toplam, tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği puanında en yüksek puan şizoaftif bozukluk grubunda saptandı. Tüm üstbiliş ölçek ve alt ölçeklerinin en düşük ortalama puanı kontrol grubunda saptandı.

Tablo 6:Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Hasta Grupları Arasında Karşılaştırması

Gruplar							
	Şizofreni Ort.(ss)	ŞB Ort.(ss)	BB-1 Ort(ss)	Kontrol Ort(ss)	F	P	Grup karşılaştırma
ÜBÖ-30 Toplam	73,74(17 ,56)	73,10(16 ,59)	70,63(12 ,22)	68,28(15 ,48)	1,58	0,195	
Bilişsel Güven	12,55(8, 036)	11,90(4, 02)	10,51(3, 68)	11,56(3, 45)	1,45	0,228	

Olumlu İnanışlar	13,62(4,65)	13,54(5,01)	12,28(3,93)	12,98(3,82)	1,03	0,378	
Bilişsel Farkındalık	17,46(3,73)	15,61(4,31)	16,65(4,04)	15,86(6,43)	1,48	0,221	
Kontrol Edilmezlik	16,43(5,58)	17,12(5,08)	18,02(5,23)	15,47(4,59)	2,81	0,040	3_4
Düşüncelerin Kontrol İhtiyacı	11,46(3,10)	12,68(3,46)	12,10(2,93)	10,34(3,26)	6,26	0,000	2_3;3_4
BDS-1Ö Toplam	62,02(21,64)	62,54(28,37)	59,86(25,99)	50,18(19,86)	3,98	0,009	1_4
Üstbilişsel İnanışlar	33,04(12,52)	34,62(16,47)	31,98(13,90)	29,11(11,99)	1,89	0,131	
Baş etme Stratejileri	21,00(10,30)	20,54(10,94)	20,62(11,36)	15,73(9,10)	4,04	0,008	1_4
Ruminasyon Ayrılan Süren	7,97(4,76)	7,38(5,45)	7,26(5,29)	5,31(3,83)	4,01	0,008	1_4
ODSY Toplam	34,81(7,10)	36,56(9,39)	35,93(7,12)	32,46(6,35)	3,90	0,010	1_4
Sosyal Kontrol ve Güvence Arama	11,26(2,94)	11,74(3,31)	11,83(2,99)	10,78(2,75)	1,68	0,172	
Tehdit İzleme ve Kaçınma	11,51(3,149)	12,54(4,10)	11,44(2,78)	10,00(2,67)	7,09	0,000	1_4;2_4;3_4
Bilinçli Öz Düzenleme girişi	12,32(3,72)	12,50(4,84)	12,89(3,58)	11,96(2,97)	0,66	0,575	

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, ŞB:Şizoaffektif Bozukluk, BB-1: Bipolar Bozukluk Tip-1, ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö:Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği

4.7.Korelasyon Analizleri

4.7.1.Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile Klinik Veriler

Arasındaki İlişkisi

Klinik değişkenlerin üst biliş ölçek ve alt ölçek puanlarıyla ilişkisi Tablo 7’da gösterilmiştir.

Hasta grubunun hastalık süreci boyunca geçirilen toplam atak sayısı ile ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDS-1Ö toplam ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri alt ölçeği; ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Hastalık süresince geçirilen toplam psikotik atak sayısı ile ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDS-1Ö toplam ve ruminasyona ayrılan süre, işlevsel olmayan baş etme stratejileri, üst bilişsel inanışlar alt ölçekleri; ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Hastanın değerlendirme anındaki remisyon süresi ile üstbiliş ölçek ve alt ölçekleri arasında statiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı.

Tablo 7:Hasta Grubunda Üst Biliş Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Hastalık Sürecine İlişkin Klinik Veriler ile İlişkisi

	Toplam Atak Sayısı	Toplam Psikotik Atak Sayısı	Remisyon Süresi
ÜBÖ-30 toplam	,162*	,171*	,024
Olumlu inanışlar	-,030	,007	-,135
Kontrol Edilemezlik	,218**	,182**	,005
Bilişsel Güven	,036	,116	,097
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,210**	,214**	,052
Bilişsel Farkındalık	,081	,077	,050
BDS-1Ö toplam	,170*	,210**	-,133

Ruminasyona Ayrılan süre	,123	,187**	-,132
İşlevsel Olmayan Baş etme Stratejileri	,183**	,187**	-,104
Üst bilişsel İnanışlar	,119	,169*	-,087
ODSVYÖ toplam	,207**	,192**	,038
Sosyal Kontrol ve Güvence Arama	,094	,043	,024
Tehdit izleme ve Kaçınma	,271**	,330**	-,006
Bilinçli Öz düzenleme Girişimleri	,103	,085	,052

*p<0,05 **p<0,01, ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği

4.7.2. Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile Psikopatoloji Şiddetini Değerlendiren Ölçek ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkisi

PANSS toplam ve alt ölçeklerinin üstbiliş ölçek ve alt ölçekleri ile ilişkisi Tablo 8’de gösterilmiştir.

PANSS toplam puanı ile ÜBÖ-30 toplam puanı ve kontrol edilemezlik, bilişsel güven, düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçeği; BDS-1Ö toplam ve tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı.

PANSS negatif belirtiler alt ölçeği ile ÜBÖ-30 ve bilişsel farkındalık dışındaki tüm alt ölçekleri; BDS-1Ö toplam ve tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ toplam, tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı.

PANSS pozitif bulgular alt ölçeği ile ÜBÖ-30 düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçeği; BDS-1Ö ve tüm alt ölçekleri ve ODSVYÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı.

PANSS dağınıklık alt ölçeği ile ÜBÖ-30 ve olumlu inanışlar, düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçeği; BDS-1Ö ve tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı.

PANSS taşkınlık alt ölçeği ile ÜBÖ-30 ölçeği ve olumlu inanışlar, düşüncelerin kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt ölçeği; BDS-1Ö ve ruminasyona ayrılan süre, işlevsel olmayan baş etme stratejileri alt ölçeği; ODSVYÖ ölçeği ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı.

PANSS duygusal sıkıntı alt ölçeği ile ÜBÖ-30 ve kontrol edilemezlik, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDS-1Ö ve tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ ölçeği ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 8:Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının PANSS ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisi

	PANS S toplamlar	Negatif Belirtile r	Pozitif Bulgula r	Dağınıklı k	Taşkınlı k	Duygusa l Sıkıntı
ÜBÖ-30 toplamlar	,224**	,244**	,111	,187**	,176**	,214**
Olumlu inanışlar	,122	,138*	,072	,169*	,134*	-,019
Kontrol Edilemezlik	,159*	,136*	,066	,103	,102	,295**
Bilişsel Güven	,166*	,208**	,070	,121	,068	,215**
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,238**	,208**	,157*	,181**	,229**	,230**
Bilişsel Farkındalık	,105	,112	,056	,103	,133*	,016
BDS-1Ö toplamlar	,286**	,271**	,225**	,244**	,208**	,202**

Ruminasyon a Ayrılan süre	,300**	,294**	,226**	,255**	,212**	,228**
İşlevsel Olmayan Baş etme Stratejileri	,271**	,246**	,207**	,239**	,225**	,199**
Üstbilişsel İnanışlar	,194**	,181**	,163*	,161*	,119	,132*
ODSVYÖ toplam	,192**	,168*	,145*	,183**	,155*	,144*
Sosyal Kontrol ve Güvence Arama	,049	-,017	,066	,085	,020	,037
Tehdit izleme ve Kaçınma	,371**	,362**	,282**	,338**	,274**	,273**
Bilinçli Öz düzenleme Girişimleri	,021	,044	-,018	,009	,071	-,008

*p<0,05 **p<0,01, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği

YMDÖ toplam puanının üstbiliş ölçek ve alt ölçekleri ile ilişkisi Tablo 9’da gösterilmiştir.

YMDÖ toplam puanı ile ÜBÖ ve olumlu inanışlar, düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDS-1Ö toplam ve ruminasyona ayrılan süre, işlevsel olmayan baş etme stratejileri alt ölçekleri; ODSVYÖ toplam ve sosyal tehdit izleme ve kaçınma alt ölçekleri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 9:Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının YMDÖ Puanı ile İlişkisi

YMDÖ toplam	
ÜBÖ-30 toplam	,175**
Olumlu inanışlar	,153*
Kontrol Edilemezlik	,113
Bilişsel Güven	,044

Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,198**
Bilişsel Farkındalık	,123
BDS-1Ö toplam	,158*
Ruminasyona Ayrılan süre	,138*
İşlevsel Olmayan Baş etme Stratejileri	,138*
Üstbilişsel İnanışlar	,122
ODSVYÖ toplam	,156*
Sosyal Kontrol ve Güvence Arama	,055
Tehdit izleme ve Kaçınma	,231**
Bilinçli Öz düzenleme Girişimleri	,065

*p<0,05 **p<0,01, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği, ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği

BDDÖ toplam ve alt ölçeklerinin üstbiliş ölçek ve alt ölçekleri ile ilişkisi Tablo 10'da gösterilmiştir.

BDDÖ toplam puanının ile ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDS-1Ö toplam ve tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

BDDÖ psikolojik depresyon alt ölçeği ÜBÖ-30 toplam puan ve kontrol edilemezlik, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDDÖ toplam ve üst bilişsel inanışlar dışındaki tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

BDDÖ somatik depresyon alt ölçeği ile ÜBÖ-30 toplam puan ve kontrol edilemezlik, bilişsel güven, düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri, ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

BDDÖ karma belirti alt ölçeği ile ÜBÖ-30 toplam puan ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDDÖ toplam ve üst bilişsel inanışlar alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 10:Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının BDDÖ ve Alt Ölçek Puanlarıyla ile İlişkisi

	BDDÖ toplam	Psikolojik Depresyon	Somatik Depresyon	Karma Belirti
ÜBÖ-30 toplam	,203**	,190**	,150*	,190**
Olumlu inanışlar	,085	,085	,045	,105
Kontrol Edilemezlik	,189**	,214**	,143*	,127
Bilişsel Güven	,167*	,195**	,133*	,093
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,260**	,245**	,194**	,243**
Bilişsel Farkındalık	,053	-,037	,049	,131
BDS-1Ö toplam	,243**	,215**	,214**	,173*
Ruminasyona Ayrılan süre	,275**	,275**	,258**	,145*
İşlevsel Olmayan Baş etme Stratejileri	,235**	,207**	,187**	,201**
Üstbilişsel İnanışlar	,154*	,120	,142*	,101
ODSVYÖ toplam	,188**	,155*	,173**	,098
Sosyal Kontrol ve Güvence Arama	,055	,032	,068	-,006
Tehdit izleme ve Kaçınma	,368**	,315**	,342**	,196**
Bilinçli Öz düzenleme Girişimleri	,001	-,012	-,016	,030

*p<0,05 **p<0,01, BDDÖ: Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği, ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği

HADÖ toplam ve alt ölçeklerinin üstbiliş ölçek ve alt ölçekleri ile ilişkisi Tablo 11'de gösterilmiştir.

HADÖ toplam puanı ile ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

HADÖ psikik anksiyete alt ölçeği ile ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri;

ODSVYÖ toplam ve tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

HADÖ somatik anksiyete alt ölçeği ile ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDDÖ toplam ve üst bilişsel inanışlar dışındaki tüm alt ölçekleri; ODSVYÖ tehdit izleme ve kaçınma alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 11:Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının HADÖ ve Alt Ölçek Puanlarıyla İlişkisi

	HADÖ Toplam	Psişik Anksiyete	Somatik Anksiyete
ÜBÖ-30 toplam	,207**	,231**	,164*
Olumlu inanışlar	,062	,094	,032
Kontrol Edilemezlik	,219**	,249**	,171**
Bilişsel Güven	,127	,124	,114
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,234**	,245**	,198**
Bilişsel Farkındalık	,091	,094	,079
BDS-1Ö toplam	,235**	,251**	,196**
Ruminasyona Ayrılan süre	,264**	,256**	,239**
İşlevsel Olmayan Baş etme Stratejileri	,230**	,248**	,190**
Üstbilişsel İnanışlar	,146*	,161*	,118
ODSVYÖ toplam	,136*	,170*	,095
Sosyal Kontrol ve Güvence Arama	,034	,069	,004
Tehdit izleme ve Kaçınma	,272**	,297**	,222**
Bilinçli Öz düzenleme Girişimleri	,007	,014	,000

*p<0,05 **p<0,01, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği

4.7.3.Üstbilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile Bilişsel Ölçek ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkisi

KHİ ölçeğinin toplam ve alt ölçek puanlarının üst biliş ölçek toplam ve alt ölçek toplam puanlarıyla ilişkisi Tablo 12’de gösterilmiştir.

KHİÖ toplam puanı ile üstbiliş ölçek ve alt ölçeklerinin tamamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

KHİÖ olumsuz inanışlar alt ölçeği ile ODSVYÖ sosyal kontrol ve güvence arama ve bilinçli öz düzenleme girişimleri alt ölçekleri dışında diğer tüm üstbiliş ölçek ve alt ölçekleri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

KHİÖ sağkalım stratejileri alt ölçeği ile üstbiliş ölçek ve alt ölçeklerinin tamamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

KHİÖ normalleştirici inanışlar alt ölçeği ile ÜBÖ-30 bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri dışında diğer tüm üstbiliş ölçek ve alt ölçekleri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 12:Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçekleri ile Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçek ve Alt Ölçek Puanı Arasındaki İlişki

	KHİÖ toplam	Olumsuz İnanışlar	Sağkalım Stratejileri	Normalleştirici İnanışlar
ÜBÖ-30 toplam	,518**	,522**	,474**	,207**
Olumlu inanışlar	,368**	,123	,487**	,237**
Kontrol Edilemezlik	,415**	,579**	,246**	,143*
Bilişsel Güven	,331**	,415**	,278**	,075
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,376**	,466**	,294**	,108
Bilişsel Farkındalık	,256**	,165*	,291**	,138*
BDS-1Ö toplam	,541**	,463**	,511**	,293**
Ruminasyona Ayrılan süre	,420**	,385**	,411**	,186**

İşlevsel Olmayan Baş etme Stratejileri	,329**	,309**	,320**	,147*
Üst bilişsel İnanışlar	,548**	,445**	,502**	,329**
ODSVYÖ toplam	,446**	,306**	,401**	,332**
Sosyal Kontrol ve Güvence Arama	,166*	,070	,144*	,179**
Tehdit izleme ve Kaçınma	,585**	,514**	,542**	,305**
Bilinçli Öz düzenleme Girişimleri	,299**	,126	,270**	,309**
*p<0,05 **p<0,01, KHİÖ: Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği, ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği				

VİİÖ ölçeğinin toplam ve alt ölçek puanlarının üst biliş ölçek toplam ve alt ölçek toplam puanlarıyla ilişkisi Tablo 13’de gösterilmiştir.

VİİÖ toplam puanı ile ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, bilişsel güven, düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDS-1Ö toplam ve işlevsel olmayan baş etme stratejisi alt ölçeği ve ODSVYÖ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

VİİÖ olumlu inanışlar ölçeği ile ÜBÖ-30 toplam puanı ve BDS-1Ö işlevsel olmayan baş etme stratejileri alt ölçeği arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

VİİÖ olumsuz inanışlar ölçeği ile ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, bilişsel güven ve düşüncelerin kontrol ihtiyacı alt ölçekleri; BDS-1Ö toplam ve ruminasyona ayrılan süre, işlevsel olmayan baş etme stratejileri alt ölçekleri ve ODSVYÖ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

VIIÖ sesi benimseme alt ölçeği ÜBÖ-30 toplam ve kontrol edilemezlik, düşüncelerin kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt ölçekleri; BDS-1Ö toplam ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri alt ölçeği ve ODSVYÖ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

VIIÖ sese direnme alt ölçeği ile üstbiliş ölçeklerinden sadece ÜBÖ-30 toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 13:Üstbiliş Ölçek ve Alt Ölçekleri ile VIIÖ ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	VIIÖ toplam	Olumlu İnanışlar	Olumsuz inanışlar	Sesi Benimseme	Sese Direnme
ÜBÖ-30 toplam	-,274**	-,146*	-,311**	-,213**	-,166*
Olumlu inanışlar	-,123	-,082	-,144*	-,077	-,045
Kontrol Edilemezlik	-,221**	-,092	-,282**	-,181*	-,073
Bilişsel Güven	-,164*	-,075	-,206**	-,099	-,126
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	-,199**	-,075	-,254**	-,171*	-,083
Bilişsel Farkındalık	-,135	-,096	-,108	-,143*	-,090
BDS-1Ö toplam	-,199**	-,127	-,218**	-,224**	,012
Ruminasyona Ayrılan süre	-,160*	-,099	-,202**	-,118	-,009
İşlevsel Olmayan Baş etme Stratejileri	-,236**	-,166*	-,219**	-,283**	-,035
Üst bilişsel İnanışlar	-,103	-,053	-,136	-,127	,056
ODSVYÖ toplam	-,198**	-,119	-,203**	-,226**	-,047
Sosyal Kontrol ve	-,064	-,085	-,044	-,062	,011

Güvence					
Arama					
Tehdit izleme	-,297**	-,126	-,350**	-,322**	-,087
ve Kaçınma					
Bilinçli Öz	-,063	-,031	-,062	-,093	-,012
düzenleme					
Girişimleri					
*p<0,05 **p<0,01, KHİÖ: Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği, ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30, BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği					

4.8.Regresyon Analizleri

4.8.1.Üstbilişsel İnanışlar Üzerine Demografik ve Klinik Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli

ÜBÖ-30'un bağımlı değişken olduğu hiyerarşik regresyon modeli Tablo 14'de gösterilmiştir. 1.adımda cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu; 2. Adımda ise toplam geçirdiği atak sayısı, toplam geçirilen psikotik atak sayısı ve PANSS puanı katıldı. Modelin adımları ile ilişkili r^2 , β ve t değerlerine bakıldığında;

1.Adımda r^2 değeri ,017 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,45$). Adım 1 Cinsiyet için; β değeri ,114 ve t değeri 1 ,612 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,108$). Adım 1 Medeni Durum için β değeri ,078 ve t değeri 1,117 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,265$). Adım 1 Eğitim Durumu için; β değeri ,056 ve t değeri ,791 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,43$). Adım 1 Çalışma durumu için; β değeri-,073 ve t değeri-,991 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,323$).

2.Adımda r^2 değeri ,073 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p=0,006$). Adım 2 Cinsiyet için β değeri ,051 ve t değeri ,708 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,480$). Adım 2 Medeni Durum için β değeri ,105 ve t değeri 1,512 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,132$). Adım 2 Eğitim Durumu için; β değeri ,067ve t değeri ,971 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,332$). Adım 2 Çalışma durumu için; β değeri ,021 ve t değeri ,271 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,787$). Adım 2 TGAS için; için; β

değeri ,061 ve t değeri ,558 olarak bulundu. İstatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,578). Adım 2 TGPAS için; için; β değeri ,025 ve t değeri ,216 olarak bulundu. İstatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,829). Adım 2 PANSS için; β değeri ,213 ve t değeri 2,632 olarak bulundu. İstatiksel olarak anlamlı ilişki saptandı(p=0,009).

Tablo 14:ÜBÖ-30 Üzerine Demografik ve Klinik Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli

ÜBÖ-30(221)	r ²	P	B	T	P
ADIM1	0,17	0,45			
Cinsiyet			,114	1,612	,108
Medeni Durum			,078	1,117	,265
Eğitim			,056	,791	,430
Çalışma durumu			-,073	-,991	,323
2.ADIM	0,73	0,006			
Cinsiyet			,051	,708	,480
Medeni Durum			,105	1,512	,132
Eğitim			,067	,971	,332
Çalışma durumu			,021	,271	,787
TGAS			,061	,558	,578
TGPAS			,025	,216	,829
PANSS			,213	2,632	,009

ÜBÖ-30: Üstbilis Ölçeği-30, TGAS: Toplam Geçirilmiş Atak Sayısı, Toplam Geçirilmiş Psikotik Atak Sayısı, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

BDS-1Ö'nün bağımlı değişken olduğu hiyerarşik regresyon modeli Tablo 15'de gösterilmiştir. 1.adımda cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu; 2. Adımda ise toplam geçirilen atak sayısı, toplam geçirilen psikotik atak sayısı ve PANSS puanı katıldı. Modelin adımları ile ilişkili **r²**, **β** ve t değerlerine bakıldığında;

1.Adımda r² değeri ,054 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı(p=0,015). Adım 1 Cinsiyet için; β değeri ,125 ve t değeri 1 ,810 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,072). Adım 1 Medeni Durum için β değeri ,088 ve t değeri 1,302 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,194). Adım 1 Eğitim Durumu için; β değeri ,108 ve t değeri 1,563 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,119). Adım 1 Çalışma durumu için; β değeri-,239 ve t değeri-3,336 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı(p=0,001).

2.Adımda r² değeri ,117 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı(p=0,002). Adım 2 Cinsiyet için β değeri ,056 ve t değeri ,807 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,421). Adım 2 Medeni Durum için β değeri ,118 ve t değeri 1,771 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,078). Adım 2 Eğitim Durumu için; β değeri ,121 ve t değeri 1,799 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,073). Adım 2 Çalışma durumu için; β değeri-,142 ve t değeri -1,904 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,058). Adım 2 TGAS için; β değeri ,007 ve t değeri ,066 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,948). Adım 2 TGPAS için; β değeri ,041 ve t değeri ,382 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,703). Adım 2 PANSS için β değeri ,249 ve t değeri 3,174 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı(p=0,002).

Tablo 15:BDS-1Ö Üzerine Demografik ve Klinik Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli

BDS-1Ö (n=226)	r ²	sig.	B	T	sig.
ADIM1	,054	,015			
Cinsiyet			,125	1,810	,072
Medeni Durum			,088	1,302	,194

Eğitim	,108	1,563	,119
Çalışma Durumu	-,239	-3,336	,001
2.ADİM	,117	,002	
Cinsiyet	,056	,807	,421
Medeni Durum	,118	1,771	,078
Eğitim	,121	1,799	,073
İş	-,142	-1,904	,058
TGAS	,007	,066	,948
TGPAS	,041	,382	,703
PANSS	,249	3,174	,002

BDS-1Ö: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, TGAS: Toplam Geçirilmiş Atak Sayısı, Toplam Geçirilmiş Psikotik Atak Sayısı, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

ODSVYÖ'nün bağımlı değişken olduğu hiyerarşik regresyon modeli Tablo 16'da gösterilmiştir. 1.adımda cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu; 2. Adımda ise toplam geçirdiği atak sayısı, toplam geçirilen psikotik atak sayısı ve PANSS puanı katıldı. Modelin adımları ile ilişkili **r²**, ***β*** ve **t** değerlerine bakıldığında;

1.Adımda r² değeri ,047 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı(p=0,028). Adım 1 Cinsiyet için; β değeri ,046 ve t değeri ,664 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,507). Adım 1 Medeni Durum için β değeri ,104 ve t değeri 1,549 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,123). Adım 1 Eğitim Durumu için; β değeri ,096 ve t değeri 1,403 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,162). Adım 1 Çalışma durumu için; β değeri -,221 ve t değeri -3,110 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı(p=0,002).

2.Adımda r² değeri ,088 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı(p=0,022). Adım 2 Cinsiyet için β değeri-,005 ve t değeri-,071 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,943). Adım 2 Medeni Durum için β değeri ,119 ve t değeri 1,764 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,079). Adım 2 Eğitim Durumu için; β değeri ,103 ve t değeri 1,525 olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı(p=0,129). Adım 2 Çalışma

durumu için; β değeri-,140 ve t değeri-1,867 olarak bulundu. İstatiksel olarak anlamlı ilişki saptandı($p=0,063$). Adım 2 TGDS için; β değeri ,131 ve t değeri 1,295 olarak bulundu. İstatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,197$). Adım 2 TGPAS için; β değeri-,010 ve t değeri-,094 olarak bulundu. İstatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,925$). Adım 2 PANSS için; β değeri ,141 ve t değeri 1,769 olarak bulundu. İstatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı($p=0,078$).

Tablo 16:ODSVYÖ Üzerine Demografik ve Klinik Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli

ODSVYÖ(n=226)	r ²	P	B	T	P
ADIM1	,047	,028			
Cinsiyet			,046	,664	,507
Medeni Durum			,104	1,549	,123
Eğitim			,096	1,403	,162
Çalışma durumu			-,221	-3,110	,002
2.ADİM	,088	,022			
Cinsiyet			-,005	-,071	,943
Medeni Durum			,119	1,764	,079
Eğitim			,103	1,525	,129
Çalışma durumu			-,140	-1,867	,063
TGAS			,131	1,295	,197
TGPAS			-,010	-,094	,925
PANSS			,141	1,769	,078

ODSVYÖ: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği, TGAS: Toplam Geçirilmiş Atak Sayısı, Toplam Geçirilmiş Psikotik Atak Sayısı, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

5.TARTIŞMA

Wells'in KDYİ modeline göre ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde bireyin uygun olmayan ve yetersiz üstbilişsel kontrol stratejileri kullanmasının etkisi vardır(34). Üstbilişin psikiyatrik hastalıklardaki önemi anlaşıldıkça bu alanda yapılan çalışmalar da artmaktadır. Ancak bu çalışmaların

anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon alanında yığıldığı görülmektedir(94-100). Wells'in KDYİ modelini temel alan Morrison ise psikotik deneyimlerle ilgili olumlu üstbilişsel inanışların pozitif psikotik belirtiler ile, olumsuz üstbilişsel inanışların ise psikotik deneyimlere karşı oluşan sıkıntı ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür.(44) Psikotik hastalarda üst bilişsel alanda yapılan çalışmalar kısıtlı olsa da son zamanlarda bu alanda yapılan çalışmalar ivme kazanmaktadır.

50 şizofreni, 50 şizoaffektif bozukluk, 50 bipolar bozukluk tip 1 tanılı hasta ve 80 sağlıklı kontrol grubunun dahil edildiği bu çalışmada; gruplar arasında üstbilişsel inanışlar ve süreçler açısından fark olup olmadığı araştırıldı ve üstbilişsel inanışları etkileyen faktörler değerlendirildi. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında; gruplar üstbilişsel inanışlar ve süreçler açısından karşılaştırıldığında, üstbiliş ölçek ve alt ölçek puanlarının, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tip-1'den oluşan hasta grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hasta grupları arasında üstbiliş ölçek ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Üstbiliş ölçek toplam puanlarıyla klinik değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında üstbiliş ölçek toplam puanlarının hastalık süreci boyunca geçirilen toplam atak sayısı ve hastalık süresi boyunca geçirilen toplam psikotik atak sayısı ile pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Psikopatoloji ölçek puanları ile üst biliş ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Çalışmamızda yapılan hiyerarşik regresyon analiz sonuçlarına göre; çalışma durumunun ÜBÖ-30 toplam puanı dışında üstbiliş ölçekleri üzerinde yordayıcı etkisi saptandı. PANSS toplam puanının tüm üstbiliş ölçek toplam puanları üzerinde yordayıcı etkisi saptandı.

Ergenlik ve ergen erişkinlik sonrası ortaya çıkan şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar aynı zamanda iş hayatının da başladığı döneme denk gelmektedir(14). Bu durum hasta bireylerin işsizlik oranının yüksek olmasının bir nedeni olabilir. Bizim çalışmamızda da çalışma durumu açısından gruplar karşılaştırıldığında kontrol grubundaki çalışan katılımcı oranı her üç hasta gruplardaki çalışan katılımcı oranından daha fazlaydı. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla uyumluydu(101-103). Süreğen ruhsal bozukluklar olan başta şizofreni olmak üzere psikotik belirtilerle seyreden ruhsal bozukluklarda kişilerin bekar veya boşanmış olma olasılığının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda kontrol grubunda evli katılımcı sayısının diğer

hasta gruplara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgu daha önceki çalışmalar ile uyumluydu(101, 104).

Şizoaffectif bozukluk gidiş ve sonlanışı ile ilgili farklı çalışmalarda farklı görüşler mevcuttur. Kimi çalışmalar gidiş ve sonlanış açısından duygudurum bozukluklarına benzediğinin öne sürse de şizofreniye daha yakın bulan çalışmalar da literatürde mevcuttur(14). Bizim çalışmamızda hastalık süreci boyunca geçirdiği toplam atak sayısı ve toplam psikotik atak sayısı gruplar arasında karşılaştırıldığında, her iki değişken açısından şizoaffectif bozukluk hasta grubu en yüksek atak sayısına sahip olduğu görüldü. Literatürde hastalık seyri boyunca atak sayısının kıyaslayan çalışmalar bulunmasa da şizoaffectif bozukluğun hem psikotik hem de duygudurum ataklarıyla seyreden bir bozukluk olduğu düşünüldüğünde bu bulgunun beklenen bir sonuç olduğu düşünülebilir. Şizoaffectif bozukluğun uzun dönem gidişine bakıldığında prognozunun şizofreniye göre daha iyi bipolar bozukluğa göre daha kötü olduğu bilinmektedir. Sosyal ve mesleki işlevsellik açısından da şizoaffectif bozukluk hastalarının şizofreni hastalarından daha iyi ancak bipolar bozukluk tanılı hastalardan daha kötü olduğu bilinmektedir(94). Bizim çalışmamızda işlevselliği değerlendirmek için uygulanan GDÖ puanına bakıldığında kontrol grubu en yüksek işlevsellik puanına sahipken, şizofreni grubunun işlevselliği en düşüktü. Şizoaffectif bozukluk grubu ise bipolar bozukluk tip-1 ve şizofreni grubu arasındaydı. Bu bulgu önceki çalışmalar uyumluydu.

Ailede psikiyatrik hastalık varlığı açısından hasta grupları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında; kontrol grubunda ailede psikiyatrik öykü bulunma oranı en düşükken, en yüksek oran şizoaffectif bozukluk grubundaydı. Etiyolojik çalışmalar şizofreni, şizoaffectif bozukluk, bipolar bozukluk gibi ruhsal bozukluklarda katılımın da rolü olduğunun öne sürmektedir (10). Bu bilgiler ışığında hasta gruplarındaki katılımcıların ailede psikiyatrik öykü varlığı oranının sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılardan yüksek çıkması beklenen bir bulguydu.

Psikopatoloji puanları arasında hasta grupları ve kontrol grubu karşılaştırıldığında tüm ölçek ve alt ölçek puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Kontrol grubunu tüm ölçek puanlarının diğer gruplarından düşük olması beklenen bir sonuçu(70, 73, 75, 77).Psikopatoloji şiddetinin ölçek için

kullanılan PANSS, BBDÖ, HADÖ alt ölçek puanları üç hasta grubu arasında karşılaştırıldığında, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk grubunun psikopatoloji şiddeti benzerdi. Bipolar bozukluk tip-1 grubu ise her iki gruptan daha düşük psikopatoloji şiddetine sahipti. Literatürde bipolar bozukluk ile şizoaffektif bozukluk grubu karşılaştırıldığı bir izlem çalışmasında şizoaffektif bozukluk grubu için rezidü belirtilerin oranı %57 olarak saptanırken bipolar bozukluk tanılı hasta grubunda bu oran %24 olarak saptanmıştır(105). Bu bilgi ışığında bipolar bozukluk tip-1 grubunun psikopatoloji şiddetinin şizoaffektif grubundan düşük olması beklenen bir bulguydu. Aynı zamanda şizofreni ve şizoaffektif bozukluk grubunun psikopatoloji şiddetinin benzer çıkması şizoaffektif bozukluğun şizofreninin bir formu olduğunu savunana çalışmaları destekler nitelikteydi(106).

Bilişsel ölçek puanları hasta grupları ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında; KHIÖ olumsuz inanışlar alt ölçeği puanı dışında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Zihinsel süreçlerle ilgili olumlu inançların bu tür deneyimlerin sıklığında artışla ilişkilendirileceğini, olumsuz inançların ise deneyimlere sekonder sıkıntıda artış ile ilişkili olduğu öngörülmektedir. Bu model, olumlu ve olumsuz inançların bir arada bulunmasının özellikle sorunlu olduğunu ve klinik bozuklukları sürdüren kısır döngülerin gelişmesine yol açabileceğini öne sürmektedir (107). Bu modele göre KHIÖ toplam ve tüm alt ölçek puanlarının hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulmayı beklenmesine rağmen benzer bulunması, katılan hasta örnekleminin atak döneminde olmayan hastalardan oluşmuş olması, katılımcı sayısının az olması ile ilişkili olabilir.

Şizofreni tanılı hastalarda görülen algılama bozuklukları illüzyonlar ve varsanılardır. Varsanı, olmayan bir uyarının sanki varmış gibi algılanmasıdır. Şizofreni tanılı kişilerde en sık görülen varsanılar ise işitsel varsanılardır (108). İşitsel varsanılar şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda işlevsellik, yaşam kalitesi, hastalığın gidiş ve sonlanması gibi birçok alanı olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bir çalışmada 70 şizofreni hastası çalışmaya dahil edilmiş katılımcıların %65.7'sinin işitsel varsanıları ile ilgili olumsuz inanışlara sahip olduğu, %34.3'ünün ise olumlu inanışlara sahip olduğu saptanmıştır (109). Başka bir çalışma da ise şizofreni tanısıyla takipli ve işitsel varsanıları olan 30 hasta çalışmaya dahil edilmiş %53'ünde seslerin içeriğinin olumsuz olduğu, %17'sinde olumlu ve olumsuz inanışların birlikte olduğu,

%27'sinde de seslere bir anlam atfedilmediği görülmüştür (110). Psikozun bilişsel modeline göre, psikotik bozukluk tanılı hastaların temel kendini izleme süreçlerinde bir bozukluk mevcuttur. Bu modele göre; hastalar kendi eylemlerin sonucu ortaya çıkan olaylarla, dışsal kaynaklı olayları ayırt edemediği, kendi eylemlerinden kaynaklanan olayları dışsal kaynaklı olaylara yüklediği öne sürülmüştür(111). Bizim çalışmamızda da VIIÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları hasta gruplarıyla kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında hasta grubunun ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sağlıklı kontrol grubundan yüksek bulundu. Hasta gruplarının ölçek puanları kendi aralarında kıyaslandığında şizofreni ve şizoaffektif bozukluk ölçek toplam ve alt ölçek puanları benzerdi. Literatürde buna benzer çalışma olmamakla birlikte şizofreni ve şizoaffektif bozukluğun psikotik süreçlerle seyreden ruhsal bozukluklar olduğu düşünüldüğünde psikoz gelişiminin bilişsel modeline göre bu bulgunun literatür ile uyumlu olduğu düşünülmektedir(111).

Üstbiliş ölçek ve alt ölçek puanlarının, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tip-1'den oluşan hasta grubu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ölçek ve alt ölçek puanlarının büyük çoğunluğunda hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kontrol grubundan yüksek olduğu saptandı. Bu bulgu hipotezimizle ve daha önceki çalışmalar ile uyumluydu(60, 61, 63, 69).

Yapılan bir çalışmada; şizofreni spektrum bozukluğu olan 26 hasta, bipolar bozukluğu olan 23 hasta ve 23 sağlıklı kontrol katılımcı çalışmaya dahil edilmiş, ÜBÖ-30 ölçeği kullanılarak üstbilişsel inanışlar değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda ise gruplar arasında üstbilişsel inanışlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır(60).Bizim çalışmamızda da üstbiliş ölçek ve alt ölçek puanları hasta gruplar arasında karşılaştırıldığında üst biliş ölçek ve alt ölçeklerin neredeyse tamamının puanları gruplar arasında benzer bulundu. Bu bulgu, şizofreni, bipolar bozukluk tip 1 ve şizoaffektif bozukluk gibi kronik ve psikotik süreçlerle ilerleyen ruhsal hastalıklarda, üstbilişsel inanışların benzer olduğuna dair hipotezimizi destekler nitelikteydi ve literatürdeki benzer çalışmalar ile uyumluydu.

Üstbiliş ölçek toplam puanlarıyla klinik değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında üstbiliş ölçek toplam puanlarının hastalık süreci boyunca geçirilen toplam atak sayısı ve hastalık süresi boyunca geçirilen toplam psikotik atak sayısı ile pozitif

yönde ilişkili olduğu görüldü. Bu bulgu, literatürdeki uzamış şizofreni hastalarının üstbilişsel eksiklerin ilk atak psikozdan daha fazla olduğunu öne süren çalışmaları destekler nitelikteydi(50).

Üstbiliş ölçek toplam puanlarıyla psikopatoloji ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında PANSS toplam puanı ile ÜBÖ-30 toplam puanı, BDS-1Ö toplam puanı ve ODSVYÖ toplam puanı ile pozitif yönde ilişkiliydi. Morrison (2001) psikotik deneyimlerle ilgili olumlu üstbilişsel inanışların pozitif psikotik belirtilerle, psikotik belirtilere sekonder sıkıntının ise olumsuz üstbilişsel inanışlar ile ilişkili olduğunu iddia etmiştir. İşitsel halüsinasyonlar deneyimleyen psikotik hastaların sağlıklı kontrollere oranla daha fazla işlevsel olmayan üst bilişsel inanışların sergilediklerini gösteren çalışmalar da bu modeli desteklemektedir(45-47). Çalışmamızda PANSS toplam ve pozitif belirtiler alt ölçek puan ile üstbiliş ölçek puanlarının pozitif yönde ilişki göstermesi bu model ile uyumluydu.

Bipolar bozukluk tanısı olan 80 hasta ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 166 sağlıklı katılımcının dahil edildiği bir çalışmada; bipolar bozukluk tanılı hastalarının tüm üstbilişsel inanışlarda daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Hem depresyon hem de maninin daha yüksek seviyeleri, daha düşük bilişsel güven ile ilişkili bulunmuştur(67). Bizim çalışmamızda mani şiddetinin değerlendiren YMDÖ toplam puanı ve bipolar depresyon şiddetinin değerlendiren BDDÖ ile üstbilişi değerlendiren ÜBÖ-30 toplam puanı, BDS-1Ö toplam puanı ve ODSVYÖ toplam puanı ile pozitif yönde ilişkili olduğu görüldü. Bu bulgu önceki çalışmalar ile uyumluydu.

Anksiyete bozukluklarında üstbiliş alanında yapılan çalışmalar anksiyete bozukluğu olan kişilerde daha fazla işlevsiz üst bilişsel inanışların görüldüğünü saptamıştır (98, 112). Bizim çalışmamızda anksiyete düzeyini belirlemek için uygulanan HADÖ puanı ile üstbiliş ölçek puanları arasında pozitif yönde ilişki saptandı. Çalışmamızdaki bu bulgu literatürdeki önceki çalışmalar ile uyumluydu.

Psikopatoloji puanları ile üst biliş ölçek puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanması, çalışma hipotezimizdeki ‘İşlevsel olmayan üstbilişsel inanışların yüksekliği psikopatolojik belirtilerdeki yükseklik ile ilişkili olacaktır.’ hipotezimizi destekler nitelikteydi.

Çalışmamızda yapılan hiyerarşik regresyon analiz sonuçlarına göre; çalışma durumunun ÜBÖ-30 toplam puanı dışında diğer üstbilis toplam puanları üzerinde yordayıcı etkisi vardı. Ancak cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik değişkenlerin üstbilis ölçek puanları üzerinde yordayıcı etkisi saptanmadı. PANSS toplam puanı ODSVYÖ toplam puanı dışında diğer üstbilis ölçekleri üzerinde yordayıcı etkisi vardı. Ancak hastalık süresince geçirilmiş toplam atak sayısı ve toplam psikotik atak sayısının üstbilis ölçek puanları üzerinde yordayıcı etkisi saptanmadı.

Üstbilis özelliklerin sosyodemografik değişkenler açısından incelendiği bir çalışmada 285 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya edilen çalışan katılımcıların üstbilis seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki çalışan katılımcıların üstbilis düzeyinin, çalışmayan katılımcılara oranla daha yüksek çıkması, çalışan katılımcıların kendisiyle ilgili olumlu inanışların etkisinin yükselmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür(113). Bizim çalışmamızda da çalışma durumunun üstbilisi yordayıcı etkisinin bulunması literatürdeki çalışmalar ile uyumluydu.

Üstbilisel modelinin temelini oluşturan BDS adı verilen düşünme stilinin aktivasyonun psikolojik bozuklukların gelişmesinde ve sürmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. BDS iki farklı inanç türünü içermektedir. Bunlar; endişe, ruminasyon, tehlikeyi izleme stratejisi gibi olumlu inanışlar ve düşüncenin kontrol edilmezliği, tehlikeli ve anlamlı olduğu ile ilgili olumsuz inanışlardır(114). Varsanılar ve sanrısız inançların da dahil edildiği psikotik deneyimlere karşı kişinin yatkın olmasında ve bu deneyimlerin sürmesinde üstbilisin rolüne yönelik artan destekleyici ampirik veriler vardır(115, 116). Bizim çalışmamızda hiyerarşik regresyon modelinde psikotik bozukluklarda psikopatoloji şiddetinin düzeyini ölçmek için kullanılan PANSS toplam puanının üstbilis düzeylerindeki yordayıcı etkisi literatürdeki bu çalışmalarla ve hipotezimiz ile uyumluydu.

Çalışmamızın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Hastaların kesitsel olarak değerlendirilmiş olması çalışmamızda kısıtlılık oluşturmıştır. Aynı zamanda bilişsel yıkımın eşlik hasta grubunun, ölçek sorularının da uzun olması nedeniyle, soruları yanıtlarken dikkatlerini sürdürmekte güçlük

yaşama ihtimalleri ve geriye dönük bazı sorular yanıtlanırken hatırlama güçlüğü yaşama ihtimalleri de çalışmamızdaki bir diğer kısıtlılıktır.

Çalışmamızın yukarıda sıralanan kısıtlılıklarının yanında bazı güçlü yanları da bulunmaktadır. Çalışmamız sırasında kullanılan ölçeklerden bazılarının çalışma sürecinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olması ve bu değerlendirme araçlarının kullanıldığı ulusal çalışmanın olmaması çalışmamızın güçlü ve özgü yanlarından. Bilgilerimize göre bizim çalışmamız; şizofreni, şizoaftif bozukluk, psikotik özellikli bipolar bozukluk tip-1 grubunun kendi aralarında ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı literatürdeki ilk çalışmadır. Aynı zamanda örneklem büyüklüğü açısından literatürdeki diğer çalışmalardan daha fazla örneklem büyüklüğüne sahip olması bir diğer güçlü yanıdır. Çalışmaya dahil edilen gruplar arasında yaş ve cinsiyet özellikleri açısından fark bulunmaması çalışmamızın güçlü ve özgü yönlerini oluştuyordu.

6.SONUÇ VE SONUÇLARIN KLİNİK YANSIMASI

Sonuç olarak bu çalışmada; şizofreni, şizoaftif bozukluk, psikotik özellikli bipolar tip-1 grubundan oluşan hasta grubunun olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışları sağlıklı kontrol grubundan fazla olduğu saptandı. Şizofreni, şizoaftif bozukluk ve psikotik özellikli bipolar tip-1 hasta gruplarının üstbilişsel inanışlarının ise benzer düzeyde olduğu görüldü. Psikopatoloji şiddetinin artması işlevsiz üstbilişsel inanışların artması ile ilişkiliydi.

Üstbilişin insan adaptasyonu ve iletişiminin temeli olduğu düşünüldüğünden, üstbilişsel işlevdeki eksikliklerin veya farklılıkların ruhsal sağlık durumunun gelişimini ve sürdürülmesini açıklamaya yardımcı olup olamayacağını araştıran araştırmalar son yıllarda ivme kazanmıştır. Üst bilişsel alanda yapılan müdahalelere farmakolojik ajanların sağladığı psikotik belirtileri azaltmanın ötesinde iyilik halini destekleyen psikososyal tedaviler geliştirmek için ihtiyaç duyulmaktadır(117).

Metakognitif terapinin(MCT) bilişsel davranışsal terapiden farklı olarak benlik ve dünya ile ilgili görüş ve inançların doğruluğunu değerlendirmek yerine, bir kişiye düşüncelerine ilişkin bağımsız bir farkındalık geliştirmeye ve endişe/ruminasyon ve

işlevsel olamayan dikkat stratejilerinin gönüllü kontrolünü artırmaya teşvik etmektedir(35). Erken vaka çalışmaları, perseveratif işlemenin ertelenmesi ve dikkat eğitimi dahil olmak üzere MCT bileşenlerinin psikozdaki işitsel ve görsel halüsinasyonların tedavisinde umut verici olduğunu göstermektedir(118, 119). Yakın tarihli diğer bir çalışma ise perseküsyon düşünceleri olan kişilerde endişenin azalmasının perseküsyon düşüncelerinde de azalmaya yol açtığını göstermiştir (120).

Psikotik ataklarla seyreden kronik ruhsal bozukluklar olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tip 1’de üst bilişsel eksikliklerin var olup olmadığını hastalık gruplarının kendi aralarında üst bilişsel inanışlar ve süreçler açısından farklılık gösterip göstermediğini anlamak birkaç önemli sonuca sahiptir. Birincisi, bu bozuklukların üstbilişsel profilleri farklıysa, o zaman farklı tedavi stratejileri gerekebilir. Ayrıca hastalık seyrinin ve psikopatoloji puanlarıyla üst bilişsel süreçler arasındaki ilişkiyi saptamak ve üstbilişsel eksikliklerin doğrulanması üst bilişsel kapasiteyi artırma; hastaların toplumsal etkileşim, iş hayatı, bağımsız hayatının idame ettirebilme becerisi gibi sosyal becerilerin geliştirilmesi vaadini gösteren klinik müdahalelerin erken başlanması açısından öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Arnon-Ribenfeld N, Hasson-Ohayon I, Lavidor M, Atzil-Slonim D, Lysaker P. The association between metacognitive abilities and outcome measures among people with schizophrenia: A meta-analysis. *European Psychiatry*. 2017;46:33-41.
2. Özaslan Z, Bilgin H. Şizofrenide üstbiliş. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;3(3):33-6.
3. McCutcheon RA, Marques TR, Howes OD. Schizophrenia—an overview. *JAMA psychiatry*. 2020;77(2):201-10.
4. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka M, Erol A, Ulusoy Kaymak S. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 2018.
5. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *The Lancet*. 2016;387(10027):1561-72.
6. Popolo R, Smith E, Lysaker PH, Lestingi K, Cavallo F, Melchiorre L, et al. Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry research*. 2017;257:45-50.
7. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25(3):389-96.
8. Rahimi C, Haghighi M. Responsibility attitudes in obsessive-compulsive patients: the contributions of meta-cognitive beliefs and worry. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2010;35(3):195-200.
9. Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D, Ricci L, Conca V, Ronchi P, et al. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(5):546-53.
10. Önen S, Uğurlu GK, Çayköylü A. The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2013;54(5):541-8.
11. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*. 2009;169(3):240-3.
12. Lee RS, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2012;140(2):113-24.
13. McDermott LM, Ebmeier KP. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of affective disorders*. 2009;119(1-3):1-8.
14. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(1):28-33.
15. Tsang HW, Leung AY, Chung RC, Bell M, Cheung W-M. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes

among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(6):495-504.

16. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: a population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophrenia bulletin*. 2016;42(2):476-83.

17. Yildiz M, Yazici A, Boke O. Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: a multi center cross-sectional case record study. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010;21(3):213-24.

18. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.

19. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 1987;13(2):261-76.

20. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry*. 1978;133(5):429-35.

21. Berk M, Malhi GS, Cahill C, Carman AC, Hadzi-Pavlovic D, Hawkins MT, et al. The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar disorders*. 2007;9(6):571-9.

22. YAZICI MK, DEMİR B, TANRIVERDİ N, KARAAĞAOĞLU E, YOLAÇ P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(2):114-7.

23. Angst J. The course of schizoaffective disorders. *Schizoaffective psychoses*: Springer; 1986. p. 63-93.

24. Anthony P. Morrison AIG, Katie Ashcroft. Metacognition and persecutory delusions: Tests of a metacognitive model in a clinical population and comparisons with non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*. 2011;223-33.

25. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, Dixon LB. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Schizophrenia: American Psychiatric Pub; 2020.

26. TATLI M, BULUT A, ÜSTÜN GÜVENEROĞLU N. Şizofreni hastalarında işitsel varsanı ile ilgili inanışların hastalığa etkilerinin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17(4).

27. Close H, Garety P. Cognitive assessment of voices: Further developments in understanding the emotional impact of voices. *British Journal of Clinical Psychology*. 1998;37(2):173-88.

28. Fowler D, Garety P, Kuipers L, Kuipers E. Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice: Wiley-Blackwell; 1995.

29. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 1995;17(1):5-13.

30. Mlakar J, Jensterle J, Frith CD. Central monitoring deficiency and schizophrenic symptoms. *Psychological Medicine*. 1994;24(3):557-64.
31. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological medicine*. 2016;46(2):253-64.
32. Tas C, Brown EC, Aydemir O, Brüne M, Lysaker PH. Metacognition in psychosis: comparison of schizophrenia with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2014;219(3):464-9.
33. Morrison AP, French P, Wells A. Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(9):2241-6.
34. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour research and therapy*. 2003;41(2):251-6.
35. Morrison AP, Nothard S, Bowe SE, Wells A. Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(11):1315-23.
36. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*. 2000;39(1):67-78.
37. Brett C, Johns L, Peters E, McGuire P. The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: a comparison of help-seeking and non-help-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Psychological medicine*. 2009;39(6):939-50.
38. Morrison A, Bentall R, French P, Walford L, Kilcommons A, Knight A, et al. Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals: Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181(S43):s78-s84.
39. Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, et al. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychological Medicine*. 1989;19(3):649-56.
40. Østefjells T, Melle I, Aminoff SR, Hellvin T, Hagen R, Lagerberg TV, et al. An exploration of metacognitive beliefs and thought control strategies in bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2017;73:84-92.
41. Özsoy F, KULOĞLU MM. Major depresif bozukluk ve Panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017;7(1):42-9.
42. Ayşe A, Engin E. Annelerin Üst Biliş Özelliklerinin Bazı Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*. 2019;5(1):85-92.

43. Wells A. Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2008;651-8.
44. Anthony P.Morrison SN, Samantha E.Bowe, Adrian Wells. Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour research and therapy* 2004;1315-23.
45. Daniel Freeman PAG, Elizabeth Kuipers,David Fowler,Paul E. Bebbington. A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002;331-47.
46. Morrison AP. The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2001;29(3):257-76.
47. Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*. 2018;17(1):12-23.
48. Brune M, Dimaggio G, H Lysaker P. Metacognition and social functioning in schizophrenia: Evidence, mechanisms of influence and treatment implications. *Current Psychiatry Reviews*. 2011;7(3):239-47.
49. Davies G, Greenwood K. A meta-analytic review of the relationship between neurocognition, metacognition and functional outcome in schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 2020;29(5):496-505.
50. Lysaker PH, Leonhardt BL, Brüne M, Buck KD, James A, Vohs J, et al. Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2014;219(1):79-85.
51. Lysaker PH, Gagen E, Moritz S, Schweitzer RD. Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychology Research and Behavior Management*. 2018.
52. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford press; 2011.
53. Hutton P, Morrison AP, Taylor H. Brief cognitive behavioural therapy for hallucinations: can it help people who decide not to take antipsychotic medication? A case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2012;40(1):111-6.
54. Valmaggia LR, Bouman TK, Schuurman L. Attention training with auditory hallucinations: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(2):127-33.
55. Foster C, Startup H, Potts L, Freeman D. A randomised controlled trial of a worry intervention for individuals with persistent persecutory delusions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2010;41(1):45-51.

1. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*. 1996;34(11-12):881-8.
2. Tas C, Brown EC, Aydemir O, Brüne M, Lysaker PH. Metacognition in psychosis: comparison of schizophrenia with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2014;219(3):464-9.
3. Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, Carcione A, Nicolò G. Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia research*. 2007;93(1-3):278-87.
4. Rouy M, Saliou P, Nalborczyk L, Pereira M, Roux P, Faivre N. Systematic review and meta-analysis of metacognitive abilities in individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021;126:329-37.
5. Carvalho AF, Firth J, Vieta E. Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(1):58-66.
6. Batmaz S, Altinoz AE, Sonkurt HO. Cognitive attentional syndrome and metacognitive beliefs as potential treatment targets for metacognitive therapy in bipolar disorder. *World Journal of Psychiatry*. 2021;11(9):589.
7. Ertuğrul A, Nörobiyolojisi Ş, Psikofarmakoloji T. 1: 354. Ankara; 2010.
8. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;47(9):833-43.
9. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Medical Journal of Australia*. 2009;190(S4):S7-S9.
10. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
11. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2007;500.
12. SUMMAKOĞLU D, ERTUĞRUL B. Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific*. 2018;2(1):43-61.
13. Acar C, Kartalci S. Şizofreninin Etiyopatogeneğinde Katekol-O-Metiltransferaz (COMT) Geninin Rolü/The Role of Catechol-O-Methyltransferase (COMT) Gene in the Etiopathogenesis of Schizophrenia. *Psikiyatriye Guncel Yaklasimler*. 2014;6(3):217.
14. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka M, Erol A, Ulusoy Kaymak S. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 2018.
15. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR®). 2010.
16. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*. 2013;21(21):591-643.
17. Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM. Schizophrenia: etiology and course. *Annual review of psychology*. 2004;55(1):401-30.
18. Wingo AP, Baldessarini RJ, Holtzheimer PE, Harvey PD. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar disorders*. 2010;12(3):319-26.
19. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2018;8(9):251-69.
20. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(5):543-52.
21. Murray CJ, Abraham J, Ali MK, Alvarado M, Atkinson C, Baddour LM, et al. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *Jama*. 2013;310(6):591-606.

22. Gilman SE, Ni MY, Dunn EC, Breslau J, McLaughlin KA, Smoller JW, et al. Contributions of the social environment to first-onset and recurrent mania. *Molecular psychiatry*. 2015;20(3):329-36.
23. Chudal R, Gissler M, Sucksdorff D, Lehti V, Suominen A, Hinkka-Yli-Salomäki S, et al. Parental age and the risk of bipolar disorders. *Bipolar Disorders*. 2014;16(6):624-32.
24. Geddes JR, Calabrese JR, Goodwin GM. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194(1):4-9.
25. Ragguett R-M, McIntyre RS. Cariprazine for the treatment of bipolar depression: a review. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2019;19(4):317-23.
26. Selle V, Schalkwijk S, Vázquez G, Baldessarini R. Treatments for acute bipolar depression: meta-analyses of placebo-controlled, monotherapy trials of anticonvulsants, lithium and antipsychotics. *Pharmacopsychiatry*. 2014;47(02):43-52.
27. Rosa A, Fountoulakis K, Siamouli M, Gonda X, Vieta E. Is anticonvulsant treatment of mania a class effect? Data from randomized clinical trials. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2011;17(3):167-77.
28. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008.
29. Assion H-J, Schweppe A, Reinbold H, Frommberger U. Pharmacological treatment for schizoaffective disorder. *Der Nervenarzt*. 2019;90(1):1-8.
30. Susan L. McElroy MD, Paul E. Keck J, M.D. An Overview of the Treatment of Schizoaffective Disorder. *J Clin Psychiatry*. 1991;52:16-21.
31. Flavell JH. Metacognitive aspects of problem solving. The nature of intelligence. 1976.
32. Gourguey AF. Metacognition in basic skills instruction. *Instructional science*. 1998;26(1):81-96.
33. Brown AL. Metacognitive development and reading. Theoretical issues in reading comprehension: Perspectives from cognitive psychology, linguistics, artificial intelligence, and education. 1980;12:453-81.
34. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2002.
35. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford press; 2011.
36. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders: Penguin; 1979.
37. Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. 2002.
38. Spada MM, Mohiyeddini C, Wells A. Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual differences*. 2008;45(3):238-42.
39. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(5):1172-81.
40. Wells A. Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2013;6(2):186-201.
41. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-96.
42. Harvey AG, Watkins E, Mansell W. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment: Oxford University Press, USA; 2004.
43. Wells A, Simons M. Metacognitive therapy: Thinking differently about thinking. *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. 2013:1-24.

44. Morrison AP. The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2001;29(3):257-76.
45. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour research and therapy*. 2003;41(2):251-6.
46. Morrison AP, Nothard S, Bowe SE, Wells A. Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(11):1315-23.
47. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*. 2000;39(1):67-78.
48. Brett C, Johns L, Peters E, McGuire P. The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: a comparison of help-seeking and non-help-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Psychological medicine*. 2009;39(6):939-50.
49. Morrison A, Bentall R, French P, Walford L, Kilcommons A, Knight A, et al. Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals: Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181(S43):s78-s84.
50. Morrison AP, French P, Wells A. Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(9):2241-6.
51. Barbato M, Penn DL, Perkins DO, Woods SW, Liu L, Addington J. Metacognitive functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2014;42(5):526-34.
52. Wright A, Fowler D, Greenwood K. Influences on functional outcome and subjective recovery in individuals with and without first episode psychosis: a metacognitive model. *Psychiatry Research*. 2020;284:112643.
53. Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*. 2018;17(1):12-23.
54. Arnon-Ribenfeld N, Hasson-Ohayon I, Lavidor M, Atzil-Slonim D, Lysaker P. The association between metacognitive abilities and outcome measures among people with schizophrenia: A meta-analysis. *European Psychiatry*. 2017;46:33-41.
55. Brune M, Dimaggio G, H Lysaker P. Metacognition and social functioning in schizophrenia: Evidence, mechanisms of influence and treatment implications. *Current Psychiatry Reviews*. 2011;7(3):239-47.
56. Davies G, Greenwood K. A meta-analytic review of the relationship between neurocognition, metacognition and functional outcome in schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 2020;29(5):496-505.
57. Lysaker PH, Leonhardt BL, Brüne M, Buck KD, James A, Vohs J, et al. Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2014;219(1):79-85.
58. Davies G, Fowler D, Greenwood K. Metacognition as a mediating variable between neurocognition and functional outcome in first episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2017;43(4):824-32.
59. Kukla M, Davis LW, Lysaker PH. Cognitive behavioral therapy and work outcomes: correlates of treatment engagement and full and partial success in schizophrenia. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2014;42(5):577-92.

60. Popolo R, Smith E, Lysaker PH, Lestingi K, Cavallo F, Melchiorre L, et al. Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry research*. 2017;257:45-50.
61. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 1995;17(1):5-13.
62. Hurlburt RT. Sampling normal and schizophrenic inner experience: Springer Science & Business Media; 2012.
63. Mlakar J, Jensterle J, Frith CD. Central monitoring deficiency and schizophrenic symptoms. *Psychological Medicine*. 1994;24(3):557-64.
64. Nelson TO. Metamemory: A theoretical framework and new findings. *Psychology of learning and motivation*. 26: Elsevier; 1990. p. 125-73.
65. Sellers R, Varese F, Wells A, Morrison AP. A meta-analysis of metacognitive beliefs as implicated in the self-regulatory executive function model in clinical psychosis. *Schizophrenia Research*. 2017;179:75-84.
66. Lysaker PH, Vohs JL, Ballard R, Fogley R, Salvatore G, Popolo R, et al. Metacognition, self-reflection and recovery in schizophrenia. *Future Neurology*. 2013;8(1):103-15.
67. Østefjells T, Melle I, Aminoff SR, Hellvin T, Hagen R, Lagerberg TV, et al. An exploration of metacognitive beliefs and thought control strategies in bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2017;73:84-92.
68. Samamé C, Martino DJ, Strejilevich SA. An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2015;173:146-53.
69. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological medicine*. 2016;46(2):253-64.
70. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 1987;13(2):261-76.
71. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. What does the PANSS mean? *Schizophrenia research*. 2005;79(2-3):231-8.
72. Kostakoglu A, Batur S, Tiryaki A, Gogus A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk psikoloji dergisi*. 1999;14:23-32.
73. Berk M, Malhi GS, Cahill C, Carman AC, Hadzi-Pavlovic D, Hawkins MT, et al. The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar disorders*. 2007;9(6):571-9.
74. Batmaz S, Ozdel, K., Kocbiyik, S., & Karadag,. The validity and reliability of the Turkish version of the Bipolar Depression Rating Scale. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(6):1448-54.
75. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry*. 1978;133(5):429-35.
76. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;13(2):107-14.
77. YAZICI MK, DEMİR B, TANRIVERDİ N, KARAAĞAOĞLU E, YOLAÇ P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(2):114-7.
78. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*. 1997;11(3):279-96.
79. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(1).

80. Gündüz A, Gündoğmus İ, Sertçelik S, Engin BH, İşler A, Çipil A, et al. Validity and reliability of cognitive attentional syndrome-1 questionnaire. *Psychiatry investigation*. 2019;16(5):355.
81. Gumley AI, Gillan K, Morrison AP, Schwannauer M. The development and validation of the Beliefs about Paranoia Scale (Short Form). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2011;39(1):35-53.
82. Aydın S. BS, Akpınar Aslan E. DETERMINING VALIDITY AND RELIABILITY OF TURKISH VERSION OF THE BELIEFS ABOUT PARANOIA SCALE SHORT FORM(BAPS-SF)E AND THE MEASURE OF COMMON RESPONSES TO UNUSUAL EXPERIENCES (MCR). *Türk Psikiyatri Derneği Yıllık Toplantısı ve 1 Uluslararası 25Klinik Eğitim Sempozyumu*. 2022.
83. Sarah Tully AW, Melissa Pyle, Jemma Hudson, Andrew Gumley, David Kingdon, Matthias Schwannauer, Douglas Turkington, Anthony P. Morrison. Measuring common responses to psychosis: Assessing the psychometric properties of a new measure. *Schizophrenia research*. 2017:131-6.
84. Tully S, Wells A, Pyle M, Hudson J, Gumley A, Kingdon D, et al. Measuring common responses to psychosis: assessing the psychometric properties of a new measure. *Schizophrenia research*. 2017;181:131-6.
85. Chadwick P, Lees S, Birchwood M. The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(3):229-32.
86. Chadwick PD, Birchwood MJ, Trower P. *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*: John Wiley & Sons; 1996.
87. Aker T. Varsanılarla ilgili inançlar ölçeği; güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2003;16:87-94.
88. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*. 1998;59(20):22-33.
89. Engeler A. *MINI Araçları Türkçe Uyarlama 5.0*. O. GSK, İstanbul. 2004.
90. Groeneveld RA, Meeden G. Measuring skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society: Series D (The Statistician)*. 1984;33(4):391-9.
91. Moors JJA. The meaning of kurtosis: Darlington reexamined. *The American Statistician*. 1986;40(4):283-4.
92. Hopkins KD, Weeks DL. Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and psychological measurement*. 1990;50(4):717-29.
93. DeCarlo LT. On the meaning and use of kurtosis. *Psychological methods*. 1997;2(3):292.
94. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25(3):389-96.
95. Rahimi C, Haghighi M. Responsibility attitudes in obsessive-compulsive patients: the contributions of meta-cognitive beliefs and worry. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2010;35(3):195-200.
96. Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D, Ricci L, Conca V, Ronchi P, et al. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(5):546-53.
97. Önen S, Uğurlu GK, Çayköylü A. The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2013;54(5):541-8.
98. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*. 2009;169(3):240-3.

99. Lee RS, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2012;140(2):113-24.
100. McDermott LM, Ebmeier KP. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of affective disorders*. 2009;119(1-3):1-8.
101. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(1):28-33.
102. Tsang HW, Leung AY, Chung RC, Bell M, Cheung W-M. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(6):495-504.
103. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: a population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophrenia bulletin*. 2016;42(2):476-83.
104. Yildiz M, Yazici A, Boke O. Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: a multi center cross-sectional case record study. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010;21(3):213-24.
105. Angst J. The course of schizoaffective disorders. *Schizoaffective psychoses*: Springer; 1986. p. 63-93.
106. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, McAdams LA, Jeste DV. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *The Journal of clinical psychiatry*. 1999;60(12):18895.
107. Anthony P. Morrison AIG, Katie Ashcroft. Metacognition and persecutory delusions: Tests of a metacognitive model in a clinical population and comparisons with non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*. 2011:223-33.
108. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, Dixon LB. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Schizophrenia*: American Psychiatric Pub; 2020.
109. TATLI M, BULUT A, ÜSTÜN GÜVENEROĞLU N. Şizofreni hastalarında işitsel varsanı ile ilgili inanışların hastalığa etkilerinin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17(4).
110. Close H, Garety P. Cognitive assessment of voices: Further developments in understanding the emotional impact of voices. *British Journal of Clinical Psychology*. 1998;37(2):173-88.
111. Fowler D, Garety P, Kuipers L, Kuipers E. *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*: Wiley-Blackwell; 1995.
112. Özsoy F, KULOĞLU MM. Major depresif bozukluk ve Panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017;7(1):42-9.
113. Ayşe A, Engin E. Annelerin Üst Biliş Özelliklerinin Bazı Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*. 2019;5(1):85-92.
114. Wells A. *Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition*. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2008:651-8.
115. Anthony P. Morrison SN, Samantha E. Bowe, Adrian Wells. Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour research and therapy* 2004:1315-23.
116. Daniel Freeman PAG, Elizabeth Kuipers, David Fowler, Paul E. Bebbington. A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002:331-47.
117. Lysaker PH, Gagen E, Moritz S, Schweitzer RD. Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychology Research and Behavior Management*. 2018.

118. Hutton P, Morrison AP, Taylor H. Brief cognitive behavioural therapy for hallucinations: can it help people who decide not to take antipsychotic medication? A case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2012;40(1):111-6.
119. Valmaggia LR, Bouman TK, Schuurman L. Attention training with auditory hallucinations: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(2):127-33.
120. Foster C, Startup H, Potts L, Freeman D. A randomised controlled trial of a worry intervention for individuals with persistent persecutory delusions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2010;41(1):45-51.



EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı



**T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 83116987 - 719
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 18.02.2021
Toplantı No : 2021/03
Proje No : 21-KAEK-53

04.10.2021

Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Esmâ AKPINAR ASLAN

Etik Kurulumuzun 18.02.2021 tarihli toplantısında görüşülen 21-KAEK-053 kayıt numaralı **“Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Üstbilişsel İnanışlar ve Süreçler”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Öğretim Üyesi Muzaffer KATAR
Başkan

EK 2:Sosyodemografik Veri Formu(SDVF)

Tarih:

Prot. No:

Adı – soyadı:

1. Cinsiyeti: (1) erkek (2) kadın

2. Yaşı (yıl olarak):

3. Eğitim durumu: (1) okur-yazar değil (2) okur-yazar (3) ilkokul mezunu (4) ortaokul mezunu (5) lise mezunu (6) yüksekokul mezun

4. Medeni durumu: (1) bekar (2) evli (3) dul/boşanmış/ayrı

5. İşi: (1) Tam zamanlı iş (memur, işçi, esnaf, vb.) (2) Yarı zamanlı iş (gönüllü işler ve gelir getirmeyenler dahil) (3) Ev hanımı (4) Emekli (5) Öğrenci (6) İşsiz (7) Engeli nedeniyle çalışmıyor/Malulen emekli

6. Grup: (1) Şizofreni (2) Şizoaffektif Bozukluk (3) Psikotik Özellikli BAB tip 1 (4) Kontrol

7. Toplam geçirilmiş dönem sayısı (yaklaşık olarak):

(a) Duygudurum belirtisi olmadan psikotik dönem sayısı:

(b) Psikotik belirti olmadan majör depresif dönem sayısı:

(c) Psikotik özellikli majör depresif dönem sayısı:

(d) Psikotik belirti olmadan manik dönem sayısı:

(e) Psikotik özellikli manik dönem sayısı:

(f) Hipomani dönemi sayısı:

(g) Karma özellikli duygudurum dönemi sayısı:

8. En son geçirdiği dönemin niteliği:

- (1) Duygudurum belirtisi olmadan psikotik dönem
- (2) Psikotik belirti olmadan majör depresif dönem
- (3) Psikotik özellikli majör depresif dönem
- (4) Psikotik belirti olmadan manik dönem
- (5) Psikotik özellikli manik dönem
- (6) Hipomani dönemi
- (7) Karma özellikli duygudurum dönemi

9. Alkol kullanım sorunu var mı? (1) Hayır (2) Evet (Süre ve miktar belirtiniz):

10. Sigara kullanıyor mu? (1) Hayır (2) Evet (Süre ve miktar belirtiniz):

11. Madde kullanım sorunu var mı? (1) Hayır (2) Evet (Süre, tür ve miktar belirtiniz):

12. Kişilik bozukluğu var mı? (1) Hayır (2) Evet (Tür belirtiniz):

13. Bilinen başka bir tıbbi hastalık var mı? (1) Hayır (2) Evet (Tanı ve süre belirtiniz):

14. Mevcut ruhsal bozukluğun süresi (yıl olarak):

15. Mevcut ruhsal bozukluğun başlama yaşı (yıl olarak):

16. Ruhsal bozukluğun başlamasından ilk tedavi alınmasına kadar geçen süre (yıl olarak):

17. Ruhsal bozukluk nedeniyle hastaneye toplam yatış sayısı:

18. Ruhsal bozukluk nedeniyle en son hastaneye yatışının üzerinden geçen süre (ay olarak):

19. Eşlik eden başka bir ruhsal bozukluk: (1) Yok (2) Var (Tanı ve süre belirtiniz):

20. Değerlendirme anında kullanmakta olduğu psikiyatrik ilaçlar (Etken madde, doz, süre belirtiniz):

21. Özkıym davranışı öyküsü var mı? (1)Hayır (2) Evet

Evetse, en son davranışın türünü belirtiniz:

- (a) Özkıym düşünceci (b) Özkıym niyeti
(c) Özkıym planı (d) Özkıym girişimi)

Evetse, en son özkıym davranışının üzerinden geçen süre (ay olarak):

22. Özkıym girişimi öyküsü var mı? (1) Hayır (2) Evet (En son girişimin üzerinden geçen süreyi belirtiniz (ay olarak)):

23. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? (1)Hayır (2)Evet (Kimlerde olduğunu ve tanılarını belirtiniz):

24. Değerlendirme anındaki işlevselliğin Genel Değerlendirilmesi puanı (0-100):

25. Değerlendirme anında Klinik Global İzlenim Ölçeği Puanları:

(a) Hastalık şiddeti (KGİ-Ş): Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|------------------|
| 1. Normal, hasta değil hasta | 2. Hastalık sınırında | 3. Hafif düzeyde |
| 4. Orta düzeyde hasta | 5. Belirgin düzeyde hasta | 6. Ağır hasta |
| 7. Çok ağır hasta | | |

(b) Düzelme (KGİ-D): Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

- | | | |
|-----------------------|--------------------|----------------------|
| 1. Çok düzeldi | 2. Oldukça düzeldi | 3. Biraz düzeldi |
| 4. Hiç değişiklik yok | 5. Biraz kötüleşti | 6. Oldukça kötüleşti |
| 7. Çok kötüleşti | | |

(c) Yan Etki şiddeti (KGİ-T): Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor

26. İlaç tedavisine uyumu: (1) ok iyi (ilaçlarını vaktin %75-100'ünde düzenli kullanıyor)

- (2) İyi (ilaçlarını vaktin %50-74'ünde düzenli kullanıyor)
- (3) Kötü (ilaçlarını vaktin %25-49'unda düzenli kullanıyor)
- (4) Çok kötü (ilaçlarını vaktin %0-24'ünde düzenli kullanıyor)

- 27. Psikoterapi tedavisi var mı?** (1) Hayır, hiç terapi almamış
(2) Evet, geçmişte terapi almış
(3) Evet, şu anda terapi alıyor

28. Psikoterapi almışsa türünü belirtiniz:

29. Remisyonda olduğu süre (ay olarak):

- 30. Durumuna içgörüsü var mı?** (1) Hayır, tamamen içgörüsü eksik
(2) Evet, kısmi içgörüsü var
(3) Evet, tam veya tama yakın içgörüsü var

- 31. Dönemler arasında gidişi:** (1) Tam remisyonla
(2) Kısmi remisyonla, pozitif psikotik belirtileri
baskın
(3) Kısmi remisyonla, negatif psikotik belirtileri
baskın
(4) Kısmi remisyonla, depresif belirtileri baskın
(5) Kısmi remisyonla, manik/hipomanik belirtileri
baskın
(6) Kısmi remisyonla, karma duygudurum belirtileri
baskın

- 32. Hastayı en çok rahatsız eden belirtiler:** (1) Pozitif psikotik belirtiler
(2) Negatif psikotik belirtiler
(3) Depresif belirtiler
(4) Manik/hipomanik belirtiler
(5) Kognitif belirtiler

- 33. Günlük işlevsellik düzeyi:** (1) Tam bağımsız
(2) Başkalarına kısmen bağımlı
(3) Başkalarına tam bağımlı

- 34. Hastaya göre değerlendirme anındaki yaşam kalitesi:**
(1) Mükemmele yakın (En memnun olduğu anların %75-100'ü)
(2) İyi (En memnun olduğu anların %50-74'ü)
(3) Orta (En memnun olduğu anların %25-49'u)
(4) Kötü (En memnun olduğu anların %0-24'ü)

- 35. Kognitif/Metakognitif terapiye uygunluk:** (1) Hasta neredeyse hiç uygun aday değil
(2) Hasta terapiye kısmen uygun aday
(3) Hasta terapi için çok uygun aday



EK 3:Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği(PANSS)

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklik Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İççekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

EK 4: Bipolar Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDDÖ)

1

YÖNERGE: “Size yaşıyor olabileceğiniz bazı belirtilerle ilgili sorular soracağım. Soruları yanıtlarken

lütfen sadece şu anda veya son birkaç gün içinde nasıl olduğunuza odaklandığınızı aklınızda tutun.”

Aşağıdaki sorulardan her biri için yanıtınızı işaretleyin veya yanına (✓) koyun.

1. ÇÖKKÜN DUYGUDURUM

Hüzün, üzüntü, karamsarlık, ümitsizlik ve çaresizlikle kendini gösteren ve kişinin kendisinin bildirdiği ve/veya gözlemci tarafından fark edilen çökkünlük

- ☐ 0- Hiç yok
- ☐ 1- Hafif [kısa veya geçici çökkünlük dönemleri veya hafif çökkün duygudurum]
- ☐ 2- Orta [çökkün duygudurum açıkça bulunur ancak sürekli değildir ve diğer duygular da ifade

edilir veya çökkünlük orta yoğunluktadır]

- ☐ 3- Ağır [Belirgin yoğunlukta kalıcı veya sürekli çökkün duygudurum]

2. UYKU BOZUKLUĞU: A veya B’den sadece birini işaretleyin.

Dış etmenlerin etkilerinden bağımsız olarak değerlendirilen yirmi dört saatlik döngüdeki toplam uyku miktarı değişikliği

A: Uykusuzluk (toplam uyku zamanında azalma)

- ☐ 0- Hiç yok
- ☐ 1-Hafif [2 saate kadar]
- ☐ 2-Orta [2-4 saat]
- ☐ 3-Ağır [4 saatten fazla]

VEYA

B: Aşırı uyuma (gündüz uykuları da dahil toplam uyku zamanında artış)

- ☐ 0- Hiç yok
- ☐ 1- Hafif [2 saatten az veya süre olarak normal, ancak dinlendirici değil]

- 2- Orta [2 saatten fazla]
- 3- Ağır [4 saatten fazla]

3. İŞTAH BOZUKLUĞU: A veya B'den sadece birini işaretleyin. Dış etmenlerin etkilerinden bağımsız olarak değerlendirilen iştah ve gıda tüketimi değişikliği

1. İştah kaybı ○ 0- Hiç yok

- 1- Hafif [gıda alımında değişiklik yok ancak kendisini yemek için zorluyor veya yiyeceklerin tatsız geldiğini bildiriyor]
- 2- Orta [gıda alımında bir miktar azalma]
- 3- Ağır [gıda alımında belirgin azalma, zorla yemek yiyor]

VEYA 2. İştah artışı

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [gıda alımında değişiklik yok ancak açlık hissinde artış]
- 2- Orta [gıda alımında bir miktar artış, örn. rahatlamak için yeme]
- 3- Ağır [gıda alımında belirgin artış veya aşermeler]

4. TOPLUMSAL KATILIMDA AZALMA Toplumsal ve kişilerarası ilişkiye dahil olma veya etkileşimde azalma bildirir.

- 0- Hiç yok [normal]
- 1- Hafif [toplumsal veya kişilerarası işlevleri bozmadan toplumsal katılımı hafif azalma]
- 2- Orta [bazı işlevsel sekellerin eşlik ettiği toplumsal katılımı belirgin azalma, örn. bazı toplumsal katılım veya sohbetlerden kaçınma]
- 3- Ağır [toplumsal etkileşimde belirgin azalma veya hemen tüm toplumsal temaslardan kaçınma, örn. telefona cevap vermez veya arkadaşlarını ya da ailesini görmez]

5. AZALMIŞ ENERJİ VE ETKİNLİK Azalmış enerji, dürtü ve hedefe dönük davranış

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [olağan etkinliklere katılabilir, ancak artmış çaba gerektirir]
- 2- Orta [bazı role özgü etkinliklerde azalmaya yol açan önemli düzeyde enerji azalması]
- 3- Ağır [kurşun paralizi veya neredeyse tüm role özgü etkinliklerin kesilmesi, örn. yatakta çok fazla zaman geçirir, telefona yanıt vermeden kaçınır, kötü kişisel hijyen]

6. GÜDÜLENMEDE AZALMA

Dürtü, güdülenme ve bunun sonucu olarak hedefe dönük etkinlikte öznel azalma bildirir.

- 0- Hiç yok [normal güdülenme]
- 1- Hafif [işlevde azalma olmaksızın güdülenmede hafif azalma]

- 2- Orta [azalmış güdülenme veya dürtüyle birlikte istemli etkinlikte önemli düzeyde azalma ya

da olağan işlevleri sürdürebilmek için belirgin çaba gerektirir]

- 3- Ağır [hedefe dönük davranış veya işlevin belirgin olarak azaldığı güdülenme veya dürtü azalması]

7. YOĞUNLAŞMA VE BELLEK BOZUKLUĞU

Dikkat, yoğunlaşma ya da bellekte bozulma ve bunun sonucunda işlevsel bozukluğu olduğunu

öznel olarak bildirir.

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [işlevsel bir bozulma olmaksızın dikkat, yoğunlaşma veya bellekle ilgili hafif bozukluk]
- 2- Orta [bir miktar işlevsel bozulma ile birlikte belirgin dikkat, yoğunlaşma bozukluğu veya unutkanlık]
- 3- Ağır [belirgin düzeyde işlevsel bozulmayla birlikte yoğunlaşma veya bellekle ilgili şiddetli bozukluk, örn. okuyamama veya TV izleyememe]

8. ANKSİYETE

Endişe, gerginlik ve/veya bedensel kaygı belirtilerini öznel olarak bildirir, örn. tremor, çarpıntı, baş dönmesi, sersemlik, iğnelenme, terleme, nefes darlığı, midede kelebek uçuşmaları veya ishal

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [ufak meselelerle ilgili geçici endişe veya gerginlik]
- 2- Orta [belirgin kaygı, gerginlik veya endişe ya da eşlik eden bazı bedensel belirtiler]
- 3- Ağır [normal etkinlikleri bozacak düzeyde belirgin sürekli anksiyete, gerginlik veya endişe ya da panik atakları]

9. ANHEDONİ (ZEVK ALAMAMA)

Olağan etkinliklerden zevk alabilmede öznel azalma

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [genellikle zevk alınan etkinliklerde alınan hazda hafif azalma]

- 2- Orta [genellikle zevk alınan etkinliklerden alınan hazda belirgin azalma; seçilmiş bazı etkinliklerden zevk alma kalabilir]
- 3- Ağır [zevk almanın tamamıyla kaybedilmesi]

10. DUYGULANIMDA DÜZLEŞME

His ya da duyguların yoğunluğu ya da aralığında öznel azalma hissi

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [duygulanım aralığında hafif daralma veya duyguların aralığı ya da yoğunluğunda geçici azalma]
- 2- Orta [bazı duyguların korunmasıyla birlikte duyguların aralık veya yoğunluğunda önemli daralma, örn. ağlayamaz]
- 3- Ağır [duygulanım aralığının belirgin ve yaygın daralması veya olağan duyguların yaşanamaması]

11. DEĞERSİZLİK

Kendilik değerinin azaldığına dair öznel düşünce veya hisler

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [kendilik değerinde hafif azalma hissi]
- 2- Orta [bazı değersizlik düşünceleri ve kendilik değerinde azalma]
- 3- Ağır [belirgin, yaygın veya kalıcı değersizlik düşünceleri, örn. diğerlerinin kendisi olmasa]

daha iyi olacağını düşünür, olumlu taraflarının değerini göremez]

12. ÇARESİZLİK VE ÜMİTSİZLİK

Geleceğe dair karamsarlık veya öznel bir hüznün hissi, baş edememe ya da kontrol kaybı hissi

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [zaman zaman ortaya çıkan ve hafif düzeyde her zamanki gibi başa çıkamayacağı hissi]

ya da karamsarlık]

- 2- Orta [çoğu zaman başa çıkamayacağını hisseder veya arada kalkan belirgin çaresizlik ya da]

ümitsizlik düşünceleri]

- 3- Ağır [belirgin ve yaygın karamsarlık, çaresizlik veya ümitsizlik düşünceleri]

13. ÖZKİYİM DÜŞÜNCELERİ

Hayatın yaşamaya değer olmadığına dair duygu veya düşünceler; ölüm veya özkıyım düşünceleri

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [hayatın değersiz ya da anlamsız olduğuna dair düşünceler]
- 2- Orta [ölüm veya ölmeye dair düşünceler ancak aktif özkıyım düşüncesi ya da planı yoktur]
- 3- Ağır [özkıyım düşünce veya planları]

14. SUÇLULUK

Kendini suçlama ve başarısızlık düşünceleri veya geçmişteki gerçek ya da hayali hatalar için pişmanlık

- 0- Hiç
- 1- Hafif [özsaygıda hafif azalma veya kendini eleştirmede artma]
- 2- Orta [başarısızlık, kendini eleştirme, baş edememe ile ilgili belirgin düşünceler veya geçmişteki başarısızlıklar ve başkaları üzerine etkileriyle ilgili ruminasyonlar; aşırı olduğunu kabul eder]
- 3- Ağır [belirgin, yaygın veya kalıcı suçluluk, örn. cezalandırılmayı hak ettiğini düşünme veya

bu düşüncelerin aşırı olduğunu kabul etmez]

15. PSİKOTİK BELİRTİLER

Aşırı değer verilmiş fikirler, sanrılar veya varsanıların varlığı

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [hafif düzeyde aşırı değer verilmiş fikirler, örn. davranış üzerinde açık etkisi olmayan kendini eleştirme veya karamsarlık]
- 2- Orta [davranış üzerine açık etkisi olan belirgin aşırı değer verilmiş düşünceler, örn. güçlü suçluluk düşünceleri, diğerlerinin kendisi olmadan daha iyi olacaklarını düşünme]
- 3- Ağır [açık psikotik belirtiler, örn. sanrı veya varsanılar]

16. İRRİTABİLİTE (SİNİRLİLİK)

Sözel veya fiziksel patlamalarla belirli, kişinin karakterine uymayan irritabilite, ani parlama,

kolay öfkelenme hissini öznel olarak bildirir.

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [hafif öznel iritabilite; dışarıdan açıkça fark edilmeyebilir]
- 2- Orta [görüşmede açıkça fark edilen sözel ataklık ve iritabilite]
- 3- Ağır [fiziksel patlamalar bildirir, örn. cisimleri atma/kırma veya belirgin şekilde hakaretler

içeren sözel patlamalar]

17. DUYGUDURUM OYNAKLIĞI

Gözlenen duygudurum oynaklığı veya bildirilen duygudurum dalgalanmaları

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [duygudurum oynaklığında hafif artışın öznel olarak bildirilmesi]
- 2- Orta [orta yoğunlukta açıkça gözlenebilir duygudurum oynaklığı]
- 3- Ağır [belirgin ve baskın duygudurum oynaklığı, sık veya dramatik duygudurum dalgalanmaları]

18. ARTMIŞ HAREKET ETME İSTEĞİ

Motor dürtü ve etkinliğinde öznel olarak bildirilen ve nesnel olarak gözlenen artış

- 0- Hiç yok [normal motor dürtü]
- 1- Hafif [dürtüde hafif artış, ancak görüşmede gözlenmiyor]
- 2- Orta [enerji ve dürtüde açık ve gözlenebilir artış]
- 3- Ağır [dürtüde belirgin veya sürekli artış]

19. KONUŞMADA ARTMA

Konuşmanın hızında veya miktarında gözlenen artış veya gözlenen fikir uçuşmaları

- 0- Hiç yok
- 1- Hafif [konuşma hızı veya miktarında hafif artış]
- 2- Orta [düşünce hızlanması, belirgin olarak daha konuşkan, açıkça çelinebilir veya bir miktar

çevresellik; görüşmeyi engelleyecek düzeyde değil]

- 3-Ağır [fikir uçuşmaları; görüşmeyi engelleyecek düzeyde]

20. AJİTASYON

Gözlenen huzursuzluk veya ajitasyon

- 0- Hiç yok [normal]
- 1- Hafif [hafif huzursuzluk]
- 2- Orta [ajitasyon düzeyinde açık artış]
- 3- Ağır [belirgin ajitasyon, örn. neredeyse sürekli gezinme veya ellerini ovuşturma]



EK 5: Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

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 söylemek.

2 *Hareket ve enerji artışı*

- ☐ 0. Yok.
- ☐ 1. Kendini enerjik hissediyor.
- ☐ 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 ihtiyacının olduğunu inkar ediyor.

5 *İrritabilite*

- ☐ 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 konuşan 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; ileti şim olanaksız.

8 *Düşünce içeriği*

- ☐ 0. Normal.
- ☐ 2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar.
- ☐ 4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar.
- ☐ 6. Biyiklik ve 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. Davranışlarında değişiklikler olduğunu kabul ediyor, ancak hasta olduğunu reddediyor.
- ☐ 3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığını reddediyor.
- ☐ 4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor.

Toplam skor:

EK 6: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)

Açıklama

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

	0	1	2	
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐	☐	☐	
<i>Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.</i>				
2. GERİLİM	☐	☐	☐	
<i>Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe</i>				
3. KORKULAR	☐	☐	☐	
<i>Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan</i>				
4. UYKUSUZLUK	☐	☐	☐	
<i>Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları</i>				
5. ENTELLEKTÜEL (KOGNİTİF)	☐	☐	☐	
<i>Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması</i>				
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐	☐	☐	
<i>İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar</i>				
7. BEDENSEL (MUSKÜLER)	☐	☐	☐	
<i>Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, myoklonik sıçramalar, dış gıcırdatmalar, titrek konuşma, artmış kas tonusu</i>				
8. SOMATİK (DUYUSAL)	☐	☐	☐	
<i>Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu</i>				
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐	☐	☐	
<i>Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller</i>				
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐	☐	☐	
<i>Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne</i>				
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐	☐	☐	
<i>Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon</i>				

12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR

Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans

☐☐☐**13. OTONOMİK SEMPTOMLAR**

Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması

☐☐☐**14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ**

Yerinde duramama, huzursuzluk ve ya gezinme, ellerde titermeler, alında kışıma, gergin yüz, iç çekme ve hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus

☐☐☐



EK 7: Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığını uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3: katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşüncüyü kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

© MCQ-30 Questionnaire telif hakkı sahiplerinin izniyle araştırma amaçlı kullanılmaktadır [Kaynak: Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). *Res.and Therapy*, 42; 385–396.]. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması için Tosun, A., & Irak M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türk uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.

EK 8: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (BDS-1 Ö)

Aşağıdaki soruları geçtiğimiz haftayı düşünerek yanıtlayınız.

0: Hiç vakit ayırmadım, 4: Vaktimin yarısını ayırdım, 8: Bütün vaktimi ayırdım

		0	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Vaktinizin ne kadarını sorunlarımız hakkında düşünüp durmaya, nedenlerini anlamaya ya da gelecekte olabilecek olumsuz şeyler hakkında endişelenmeye ayırdınız?									
2	Vaktinizin ne kadarını dikkatinizi sizin için bir tehdit olabileceğine inandığınız belirtileriniz, düşünceleriniz ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelere odakladınız?									

Sizi rahatsız eden duygularınız ya da düşüncelerinizle baş etmek için aşağıdakileri geçtiğimiz hafta içerisinde ne sıklıkta yaptınız?

0: Hiç yapmadım, 4: Vaktimin yarısında yaptım, 8: Vaktimin tamamında yaptım

		0	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Rahatsız eden durumlardan, ortamlardan uzak durma									
4	Başkalarının size güvence vermesini isteme									
5	Başımıza gelen olayları düşünmemeye çalışma									
6	Duygularınızı kontrolünüz altına almaya çalışma									
7	Rahatsızlığımı azaltmak için alkol veya madde kullanma									
8	Yaşadığımız belirtileri kontrol etmeye çalışma									

Aşağıda sıralanan inanışlara genel olarak hayatınızda ne kadar katıldığınızı belirtiniz.

0: Hiç inanmıyorum, 4: Yarı yarıya inanıyorum, 8: Tamamen inanıyorum

		0	1	2	3	4	5	6	7	8
9	Çok fazla endişelenmek bana zarar verebilir.									
10	Şiddetli şekilde hissedilen duygular tehlikelidir.									
11	Düşüncelerimi kontrol edemiyorum.									
12	Bazı düşüncelerim aklıma kaybetmeme neden olabilir.									
13	Endişelenmek sorunlarla baş etmeme yardımcı olur.									
14	Olası tehlikelere odaklanmak beni güvende tutar.									
15	Düşüncelerimin kontrolümde olması önemlidir.									
16	Sorunlarımı yeterince incelersem cevaplar bulabilirim.									

EK 9: Kuşkuculuk Hakkındaki İnanışlar Ölçeği (KHiÖ)

Kuşkucu hissetmek yaygın olarak karşılaşılan bir deneyimdir. Özellikle stres altındayken yaygındır. Aşağıda, insanların kuşkuculuk ile ilgili ifade ettikleri birtakım tutum ve düşünceler listelenmiştir. Doğru ve yanlış cevap yoktur. Lütfen genel olarak nasıl hissettiğiniz ile ilgili bir yanıt veriniz.

Lütfen her bir ifadeyi okuyunuz ve ardından **buna ne kadar inandığınıza karşılık gelen numarayı daire içine alınız.** Lütfen tüm ifadeleri yanıtlayınız.

Ben inanıyorum ki...	Hiç	Biraz	Orta düzeyde	Çok fazla
1. Kuşkuculuğum kontrolden çıkıyor.	1	2	3	4
2. Kuşkucu hissettiğimde üzüldüyorum.	1	2	3	4
3. Kuşkucu olmak önemlidir.	1	2	3	4
4. Eğer kuşkucu olmazsam diğer insanlar benden faydalanır.	1	2	3	4
5. Kuşkucu olmak daha güvenlidir.	1	2	3	4
6. Herkes zamanın birinde kuşkucu hisseder.	1	2	3	4
7. Kuşkuculuğum zevk aldığım şeyleri yapmama engel oluyor.	1	2	3	4
8. Çoğu insan dönem dönem kuşkucu olur.	1	2	3	4
9. Kuşkucu düşüncelerim beni endişelendiriyor.	1	2	3	4
10. Kuşkuculuk normaldir.	1	2	3	4
11. Kuşkuculuğum beni hazırlıklı tutar.	1	2	3	4
12. Kuşkucu olmak beni dikkatli tutar.	1	2	3	4
13. Herkes bir düzeyde kuşkucudur.	1	2	3	4

14. Kuşkuculuğumun abartıldığı olur.	1	2	3	4
15. Kuşkuculuğum beni korur.	1	2	3	4
16. Kuşkuculuk herkesin bir yere kadar sahip olduğu bir şeydir.	1	2	3	4
17. Kuşkucu olmak insan doğasında vardır.	1	2	3	4
18. Kuşkuculuğum beni rahatsız eder.	1	2	3	4



EK 10: Olağandışı Deneyimlere Sık Verilen Yanıtlar Ölçeği(ODDSVYÖ)

İnsanlar ses duymak ya da kendilerine zarar verileceğinden endişelenmek gibi kimi olağandışı deneyimlere yanıt olarak çok farklı şeyler yaparlar. Her ne kadar bu tür deneyimler her zaman rahatsızlık vermese de, şu anda bunlar sizi yakın dönemde rahatsız ettiklerinde ne şekilde yanıt verdiğinizle ilgileniyoruz. Aşağıda insanların baş etmek için ya da kötü bir şeyin olmasını engellemek için bazen kullandıkları yanıtlara dair bir liste yer alıyor. Lütfen son iki hafta içerisinde aşağıdaki ölçeği kullanarak bu yanıtları ne sıklıkta verdiğinizi işaretleyin. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Sıkıntılı hissettiğimde...	1 Hiçbir zaman	2 Bazen	3 Sıklıkla	4 Nerede daim
1. Belirli şeyleri yapmaktan veya belirli yerlere gitmekten kaçınırım.				
2. Sorunlarım hakkında birileriyle konuşurum.				
3. Dışarı çıktığımda tehlikeye dikkat ederim.				
4. Arkadaşımdan ya da uzmanlardan yardım isterim.				
5. Mümkün olduğunca bir başkasıyla birlikte olmaya çalışırım.				
6. Olağandışı deneyimlerim yüzünden rahatsız ya da endişeli hissedersen kendimi sakinleştirmeye çalışırım.				
7. Kendime ve davranışlarıma odaklanırım.				
8. Olağandışı deneyimlerimi hak etmek için neler yaptığımı düşündürtüm.				
9. Kendimi diğer insanlardan uzaklaştırırım.				
10. Sorunlarımı çözmek için değişik yollar düşündürtüm.				
11. Mümkün olduğu kadar çok kişiye neler olup bittiğini anlatmaya çalışırım.				
12. O durumdan hızlıca ayrılmak zorunda kalırım ya da kaçarım.				
13. Deneyimlerim hakkında daha farklı şekilde düşünmeye çalışırım veya ona dair kanıtları araştırırım.				
14. Deneyimlerimi kontrol etmeye çalışırım.				
15. Bir başkasına iyi olup olmayacağımı sorarım.				

Bu ölçeği doldururken düşündüğünüz sıkıntı verici deneyimleriniz, örneğin sizi tehdit eden bir ses ya da birinin sizin peşinizde olduğunu hissetmeniz hakkında biraz daha bilgi sahibi olmamız bize yardımcı olabilir. Lütfen aşağıdaki boşluğu bu deneyimleriniz hakkında daha fazla ayrıntı vermek istiyorsanız ya da bu ölçekte size sorulmamış olan başka yanıtlarınızı belirtmek için kullanın.

EK 11:Varsanılar ile İlişkili İnanışlar Ölçeği(VIIÖ)

Ses duyan birçok kişi var.Duyduğunuz sesler hakkında ne hissettiğinizi bulabilmek için ilişikteki anketteki soruları sadece 'EVET' veya 'HAYIR' şeklinde cevaplamanız bizim için yararlı olacaktır.Eğer birden fazla ses duyuyorsanız , anketi en belirgin olan sesi düşünerek doldurunuz. Yardımlarınız için teşekkürler.

	EVET	HAYIR
1.Sesler yaptıklarım yüzünden beni cezalandırıyor.		
2. Sesler bana yardım etmek istiyor.		
4. Sesler beni korumak istiyor.		
5. Sesler fena ve kötü.		
6. Sesler akıllı ve sağlıklı kalmama yardımcı oluyor.		
7. Sesler bana zarar vermek istiyor.		
8. Sesler özel güç ve yeteneklerimi geliştirmeme yardımcı oluyor.		
9. Sesler benden kötü şeyler yapmamı istiyor.		
10. Sesler hayattaki amaçlarıma ulaşabilmem için bana yardımcı oluyor.		
11. Sesler beni kötüleştirmek ve bana zarar vermek istiyor.		
12.Duyduğum seslere minnettarım.		
13. Sesler çok güçlü.		
14. Sesler beni rahatlatıyor.		
15. Sesler beni korkuyor.		
16. Sesler beni mutlu ediyor.		
17. Sesler beni üzüyor.		
18. Sesler beni kızdırıyor.		
19. Sesler beni sakinleştiriyor.		
20. Sesler beni endişelendiriyor.		
21. Sesler kendimden emin olmamı sağlıyor.		
Sesler duyduğum zaman, genellikle...		
22.Beni yalnız bırakmalarının söylüyorum.	EVET	HAYIR
23.Uğraşıp zihnimden uzaklaştırıyorum.		
24.Çabalayıp duruyorum.		
25.Konuşmalarının engelleyici şeyler yapıyorum .		
26.Onlara uymayı istemiyorum.		
27.Sevdiğim için onları dinliyorum.		
28.Sesler ne derlerse isteyerek yapıyorum.		
29.Sesler duymamı sağlayarak bazı şeyler yapıyorum.		
30.Seslerin önerilerini dinliyorum.		

