

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA AFEKTİF KO-
MORBİDİTENİN, İŞLEVSELLİK VE NÖROKOGNİSYONA
ETKİSİNİN SAPTANMASI



DR. ZİNNETİ YAĞMUR DOKUYAN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR
TEMMUZ – 2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA AFEKTİF KO-
MORBİDİTENİN, İŞLEVSELLİK VE NÖROKOGNİSYONA
ETKİSİNİN SAPTANMASI



DR. ZİNNETİ YAĞMUR DOKUYAN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. İ. Emre BORA

TEŞEKKÜR

Öncelikle her konuda benden desteğini hiç esirgemeyen, yeni bakış açıları edinmeme vesile olan, danışman hocam Prof. Dr. İbrahim Emre BORA'ya teşekkürlerimi sunarım.

Değerli hocalarım Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE, Prof. Dr. Hasan Can CİMİLLİ, Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Beyazıt YEMEZ, Prof. Dr. Behice Elif ONUR AYSEVENER'e, Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ'a, Prof. Dr. Ayşegül ÖZERDEM'e, Doç. Dr. İbrahim Tolga BİNBAY'a ve Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ'ye teşekkürü bir borç bilirim.

Tez yapma sürecimde tanımaktan mutluluk duyduğum psikolog arkadaşlarım Burcu VERİM ve Aybüke KÜÇÜKAKDAĞ'a destekleri için çok teşekkür ederim.

Asistan arkadaşlarım başta olmak üzere, çalışma arkadaşlarım; hemşirelerimiz, personelimiz ve psikologlarımıza teşekkür ederim.

Son olarak canım annem ve sevgili babama varlıklarıyla bana neşe katan sevgili evcil arkadaşlarıma sonsuz sevgi ve saygı ile teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER	
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLOLARDIZINI.....	v
SİMGELER.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1.Problemin tanımlanması , Çalışmanın Amacı

1.2.Çalışmanın Hipotezleri

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Psikiyatrik Hastalıklarda Spektrum Kavramı

2.2.Psikiyatrik Hastalıklarda Süreklilik Hipotezi

2.3.Psikiyatride Kategorik Tanı Sistemleri

2.4.Psikiyatride Boyutsal Tanısal Yaklaşım

2.5.Psikiyatride Boyutsal Tanısal Yaklaşımı Destekleyen Bilimsel Kanıtlar

2.5.1. Genetik Çalışmalar

2.5.2. Diğer Nörobiyolojik İşaretler

2.6.Şizofreni

2.7.Şizofreni ve Bipolar Spektrumu

2.8.Şizoafektif Bozukluk

2.9.Şizofreni ve Nörobilişsel İşlevler ve Nörobilişsel Bozuklukların İşlevselliğe Etkileri

2.10.Sosyal Biliş

2.10.1.Sosyal Bilişin Bileşenleri

2.10.1.1.Duygu Algılama

2.10.1.2.Sosyal Algı ve Bilgi

2.10.1.3.Atıfsal yanlılık

2.10.1.4.Zihin Kuramı

2.11.Şizofreni-Şizoafektif Bozukluğun Kognisyon Açısından Karşılaştırılması

2.12.Şizofreni spektrumunda Mizaç özellikleri ve Nörokognisyon

2.13.Şizofreni Spektrumunda Yaşam Boyu Duygudurum Semptomları ve İşlevsellik

2.13.1.Hipomanik/Manik Semptomlar ve İşlevsellik

2.13.2. Depresyon, ‘melankolik depresyon’ ve İşlevsellik

2.13.2.1.Melankoli

2.13.2.2.Şizofrenide depresyon, ‘Melankoli’ ve Nörobiliş

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

3.2.Araştırmanın Çalışma Grupları

3.3.Araştırmanın Değişkenleri

3.4.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.4.1.Tarama Ölçekleri

3.4.1.1. Bipolar Spektrum Tanı Ölçeği

3.4.1.2. Hipomani Check List

3.4.1.3. TEMPS-A Mizaç Ölçeği

3.4.1.4. Sydney Melankoli Ölçeği Öz Bildirim Formu

3.4.2.Klinik Ölçekler

3.4.2.1.Olgu Rapor Formu

3.4.2.2. Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği

3.4.2.3. Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

3.4.2.4. Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (BNSS)

3.4.2.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDRS)

3.4.2.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)

3.4.2.7. Sydney Melankoli Ölçeği Klinisyen Formu (SMOK)

3.4.2.8. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

3.4.2.9. Premorbid Uyum Ölçeği (PAS)

3.4.3.Nöropsikolojik Testler

3.4.3.1.SCIP

3.4.3.2.Stroop Testi

3.4.3.3.İz Sürme Testi A/B

3.4.3.4. PEBL Sürekli Performans Testi (CBT)

3.4.4. DEU SCAN LAB Sosyal Biliş Bataryası

3.4.4.1.Penn emosyon tanıma testi

3.4.4.2.Gözlerden Zihin Okuma Testi

3.4.4.3İma testi:

3.4.4.4. Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (PONS)

3.4.4.5.Durumsal Özellikleri Tanıma Testi (SFRT)

3.4.4.6Sosyal Norm Anketi (SNQ)

3.4.4.7.İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği (IPSAQ)

3.5.İstatiksel Analiz

4.BULGULAR

5.TARTIŞMA

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

7.KAYNAKÇA

8.EKLER

8.1.Etik Kurul Onam Formu

8.2.Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

8.3.Olgu Rapor Formu

9.TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Araştırma Gruplarımızın Cinsiyet Dağılımı

Tablo 2: Araştırma Gruplarımızdaki Bireylerin Yaş ve Eğitim Yılı Ortalamaları

Tablo 3: Araştırma Gruplarımızın Öğrenim Durumları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4: Araştırma Gruplarımızın Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Tablo 5: Araştırma Grupları ve Tanısal Alt Grupları

Tablo 6: Araştırma Gruplarına Eşlik Eden Psikiyatrik Eş Tanılar

Tablo 7: Araştırma Gruplarına Eşlik Eden Dahili Tanılar

Tablo 8: Araştırma Gruplarının Alışkanlıklar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 9: Araştırma Gruplarının Meslek Açısından Dağılımı

Tablo 10: Araştırma Gruplarının Çalışma Durumu

Tablo 11: Araştırma Gruplarının Soy geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 12: Araştırma Gruplarının Gelişimsel Öykü Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13: Araştırma Gruplarının Hastalık Öyküsü

Tablo 14: Hasta gruplarının psikotrop kullanım öyküsü

Tablo 15: Hasta Gruplarında Güncel Tedavide Ortalama İlaç Kullanım Dozları

Tablo 16: Pozitif Belirtiler Ölçeği (SAPS) Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 17: Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (BNSS) Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 18: Hamilton Depresyon Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 19: Düşünce ve Dil Ölçeği Sonuçları

Tablo 20: Araştırma Gruplarımızın Hastalık Öncesi İşlevselliği

Tablo 21: psp1 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 22: psp2 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo23: psp3 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 24: psp4 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 25: psp toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 26: psp1 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 27: psp2 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 28: psp3 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 29: psp4 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 30: psp toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 31: psp1 s skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 32: psp2 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 33: psp3 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 34: psp4 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 35: psp toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 36: SCIP toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 37: SCIP sözel kısa süreli bellek skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 38: SCIP sesiz harf tekrarlama testi skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 39: SCIP Sözel Akıcılık Testi Skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo40: SCIP gecikmeli hatırlama skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 41: SCIP görsel motor işleme skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 42: SCIP toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 43: SCIP sözel kısa süreli bellek skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 44: SCIP sesiz harf tekrarlama testi skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 45: SCIP sözel akıcılık skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 46: SCIP gecikmeli hatırlama skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 47: SCIP görsel motor işleme skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 48: SCIP toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 49: SCIP sözel kısa süreli bellek skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 50: SCIP sesiz harf tekrarlama testi skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 51: SCIP sözel akıcılık skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 52: SCIP gecikmeli hatırlama skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 53: SCIP görsel motor işleme skoru İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 54: Stroop 1 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 55: Stroop 2 Skor İki Yönlü ANOVA Analizi

Tablo 56: STROOP 3 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 57: Stroop 3-hata skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 58: Stroop 1 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 59: Stroop 2 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 60: Stroop 3 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 61: STROOP 3-hata skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 62: Stroop 1 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 63: STROOP 2 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 64: Stroop 3 skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 65: Stroop 3-hata skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 66: STROOP Testi-İnterferans skor İki yönlü ANOVA analiz

Tablo 67: TMTA süre skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 68: TMTB süre skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 69: TMTB hata skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 70: TMTA süre skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 71: TMTB süre skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 72: TMTB hata skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 73: TMTA skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 74: TMTB skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 75: TMTB skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 76: Sürekli performans testi 'İşleme Hatası' ortalama skorları

Tablo 77: Sürekli Performans Testi 'İşleme Hatası' ortalama skorları

Tablo 78: Sürekli Performans Testi 'İşleme Hatası' ortalama skorları

Tablo 79: Sürekli Performans Testi 'İhmal Hatası' ortalama skorları

Tablo: Sürekli Performans Testi 'Duyarlılık' ortalama skorları

Tablo 81: Penn Testi Ortalama Skorları

Tablo 82: İma Testi Ortalama Skorları

Tablo83: Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyaranlar’ için ortalama skorlar

Tablo 84: Gözlerden Zihin Okuma Testi diğer uyaranlar için ortalama skorlar

Tablo 85: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (PONS) ortalama skorlar

Tablo 86: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’ ortalama skorları

Tablo 87: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut’ ortalama skorları

Tablo 88: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Somut’ ortalama skorları

Tablo 89: Sosyal Normlar Ölçeği Toplam Puan

Tablo 90: Sosyal Normlar Ölçeği Alt Test Skorları

Tablo 91: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif Dışsal Kişisel’

Tablo 92: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’ Testi Alt Ölçeği

Tablo 93: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam ‘Dışsal, Kişisel’ Testi ortalama skorları

Tablo 94: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam Alt Test Ortalama Skorları

Tablo 95: Gözlerden zihin okuma testi ‘pozitif uyaranlar için ’ ortalama skorları

Tablo 96: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili-Total Puan

Tablo 97: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’

Tablo 98: İPSAQ combined pos internal skor İki yönlü ANOVA analizi

Tablo 99: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif Dışsal Kişisel’

Tablo 100: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif, Dışsal ve Durumsal’

Tablo 101: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘İçsel’ ortalama skorları

Tablo 102: Yüzden Emosyon Tanıma Testi: Öfke Alt Ölçeği ortalama skorları

Tablo 103: Yüzden Emosyon Tanıma Testi Alt Ölçek Ortalama Skorları

Tablo 104: İma Testi Hipermentalizasyon Hata Alt Ölçeği

Tablo105: İma Testi Alt Ölçek Ortalama Skorları

Tablo 106: Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyaranlar’ için ortalama skorlar

Tablo 107: Gözlerden Zihin Okuma Testi Alt Ölçek Ortalama Skorlar

Tablo 108: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili Testi Ortalama Skorları

Tablo 109: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi Ortalama Skorları

Tablo 110: Sosyal Normlar Ölçeği Ortalama Skorları

Tablo 111: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Ortalama Skorları

Tablo 112: BNSS, DDÖ skorları/M toplam, Melankoli Toplam Skorları Korelasyon

Tablo 113: PSP skorları/M toplam, Melankoli Toplam Skorları Korelasyon

Tablo 114: PAS skorları/M toplam, Melankoli Toplam Skorları Korelasyon

Tablo 115: Nörobiliş Test Skorları/M toplam Skorları Korelasyon

Tablo 116: Nörobiliş Test Skorları-Melankoli toplam Skorları Korelasyon

Tablo 117: Sosyal biliş Testleri Korelasyon Tabloları

10.SİMGELER VE KISALTMALAR

Şizoftektif Bozukluk=ŞAB

Şizofreni=SCH

Unipolar Depresyon=UD

Sağlıklı Kontrol=SK

Mani Skoru=M-toplam

Melankoli Skoru=SMOK-toplam

Mani Öykü Grubu=Mani ya da hipomani öyküsü olanlar

Mani Risk Grubu=Yaşam boyu zayıf manik semptomları olan hastalar

Melankoli Öykü Grubu=Melankolik depresyon öyküsü olanlar

PSP:Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği

BNSS :Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği

BPB:Bipolar bozukluk

ŞAB:Şizoaftektif bozukluk

SCH:şizofreni

SKG: Sağlıklı Kontrol Grubu

ASK:Ant.Singulat Korteks

PB:Psikotik bozukluk

MDB:Major Depresif Boz.

DB:Duygudurum Boz.

PSB:Psikiyatrik Bozukluk

UP:Unipolar depresyon

AB:Anksiyete Bozuklukları
BSTÖ:Bipolar Spektrum Tanı Ölçeği
BSB:Bipolar Spektrum Bozuklukları
HCL-32: Hipomani Soru Listesi-32
SMPI: Sydney Melankoli Prototipi İndeksi -Öz bildirim Formu
OVKF: Olgu Veri Kayıt Formu
SAPS: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği
BNNS: Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği
YDB:Yapısal düşünce bozukluğu
YMRS/YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
HDRS/HDÖ:Hamilton Depresyon Ölçeği
PAS:Premorbid İşlevsellik Ölçeği
PSP:Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği
DDÖ:Düşünce ve Dil Ölçeği
DDÖ- NYDB:Negatif Yapısal Düşünce Bozukluğu
DDÖ-PYDB:Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu
TAT:Tematik Algı Testi
İST/TMT:İz Sürme Testi
SCIP: Bilişsel Bozukluk Tarama Ölçeği
CBT:Sürekli Performans Testi:
SB:Sosyal Biliş
YET/PETT:Yüzden Emosyon Tanıma- Penn emosyon tanıma testi:
ZK:Zihin Kuramı
GZOT/RMET:Gözlerden zihin okuma testi
PONS:Sözel Olmayan Duyarlılık Profili
SFRT.Durumsal Özellikleri Tanıma Testi
SNQ: Sosyal Norm Anketi
IPSAQ; İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği
b.i.h:bigi işleme hızı
a.f:anlamlı fark
g.a:gruplar arasında
i.o:istatistiksel olarak

a.i:anlamalı bir ilişki

P.EŞ.T:Psikiyatrik eş tanı

ŞİZOFRENİ SPEKTRUMUNDA AFEKTİF KOMORBİDİTENİN İŞLEVSELLİK VE NÖROKOGNİSYONA ETKİSİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Zinneti Yağmur Dokuyan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İbrahim Emre BORA

ÖZET

Amaç: Şizofreni ve bipolar bozukluğun ayrımı tarih boyunca süregiden bir tartışma konusu olmuştur. Güncel psikiyatrik tanı sistemleri psikiyatrik hastalıkları kategorik olarak sınıflandırmaktadır, oysa bu kategoriler arasındaki sınırlar keskin değildir, şizoaffektif bozukluk kavramının ortaya çıkışı bunun güzel bir örneğidir. Genetik, biyolojik, klinik araştırmalardan elde edilen güncel kanıtlara dayanarak psikiyatride süreklilik hipotezi, spektrum kavramı ve boyutsal tanı yaklaşımları öne sürülmüştür. Yapılan klasik ve genetik çalışmalardan elde edilen veriler bipolar bozukluk ve şizofreninin paylaşılmış ortak genlere sahip olduğunu göstermektedir. Şizoaffektif bozukluğun bipolar bozukluk ve şizofreni arasında bir ara noktada olduğu görüşü bu süreklilik hipotezini ve örtüşmeyi destekler niteliktedir. Şizofreni tanısı alan hastalarda duygudurum bozukluğu belirtileri olması iyi prognostik göstergelerden birisidir.

Şizofreni tanısı alan hastalarda boyutsal olarak yaklaştığımızda spektrumun farklı uçlarında duygudurum komponenti olarak hipomani, mani melankolik tip depresif ve nonmelankolik depresif dönemler, hipertimik mizaç, silik hipomanik bulgular olarak çok farklı affektif komponentler gözlenebilmektedir, ancak bu dönemlerin prognoza, işlevselliğe ve bilişsel süreçlere etkileri konusundaki çalışmalar yetersizdir. Bu çalışmanın bir amacı boyutsal bir yaklaşım ışığında affektif komponentlerdeki farklılıkların şizofreni spektrumundaki hastalarda bilişsel süreçlere ve işlevselliğe etkisini bulmaya çalışmaktır. Şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların gidişi duygulanım belirtilerinin baskınlığına (iyi gidiş ve sonlanış) veya şizofrenik belirtilerin baskınlığına (kötü gidiş ve sonlanış) göre farklılaşmıştır. Şizoaffektif hastaların bilişsel işlevlerini değerlendiren çalışmaların az sayıda olması, bazı çalışmalarda şizofreni, bazı çalışmalarda duygudurum bozukluklarına benzer özellikler elde edilmesi bu konunun yeterince anlaşılmasını güçleştirmektedir. Şizoaffektif bozukluğun alt türleri arasındaki farklılıklar, yapılan karşılaştırma çalışmalarının sonuçlarını belirsizleştirebilir ve bu bozukluk ile şizofreni veya bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi anlama çabalarını bulanıklaştırabilir. Şizoaffektif bozuklukta görülen bilişsel heterojenite, şizoaffektif bozukluk depresif alt tipin kendi içerisinde de gözlenmektedir. Bipolar tip bilişsel fonksiyonlar açısından, depresif tipe göre daha iyi bilişsel işlevsellik göstermektedir ancak depresif tip olarak adlandırılan alt grupta melankolik özellikli depresif tip ile seyreden ve melankolik özellikler göstermeyen depresif özelliklerle seyreden alt gruplar arasında bilişsel işlevseller konusunda heterojenite vardır. Bu çalışmanın amaçlarından bir tanesi de bu alt tiplerin bilişsel işlevlere dolayısıyla prognoza ve işlevselliğe olan etkisini saptayabilmektir.

Yöntem: Erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası, okur yazar, DSM-5'e göre şizoaffektif bozukluk ve şizofreni tanılı 137 katılımcıya ve sağlıklı kontrol olma kriterlerini karşılayan 31 katılımcıya, tarama fazında Bipolar Bozukluk Spektrumu Tanı Ölçeği, Hipomani Check List, Sydney Melankoli Prototip Endeksi, TEMPS-A Mizaç Ölçeği öz değerlendirme ölçekleri uygulandı. Ana çalışma grubuna, Şizoaffektif bozukluk tanılı 37 kişi, şizofreni tanılı 96 kişi ve sağlıklı kontrol grubu olarak 31 kişi çalışmaya dahil edildi. Klinik görüşme fazında Olgu rapor formu, SAPS,

BNSS, Sydney Melankoli Prototip Endeksi klinisyen formu, HDRS, YMRS, Kişisel ve sosyal performans ölçeği, bipolar bozukluk belirti ölçeği, premorbid uyum ölçeğinden oluşan klinik görüşme araştırmacı tarafından uygulandı. Ayrıca nörobilişsel işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla nöropsikolojik test kapsamında SCIP, Stroop testi, İz Sürme Testi A/B, PEBL Continous Performance Test (PEBL Sürekli Performans Testi) ve sosyal bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla DEU SCAN LAB Sosyal Biliş Bataryasının uygulandı. Ayrıca düşünce ve dil bozukluğunu değerlendirmek için ses kaydı alınarak Düşünce ve Dil Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Yaşam boyu melankoli skorunun daha hafif şiddette negatif semptom ve bulgular, daha hafif şiddette yapısal düşünce bozukluğu (özellikle de negatif düşünce bozukluğu) ile ilişkisi bulunmuştur. Tanıdan bağımsız olarak hastalık öncesi işlevsellik, bireysel ve sosyal işlevsellikle melankoli skoru arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Ek olarak; tanıdan bağımsız olarak melankoli skor yüksekliği bazı nörobilişsel alanlarda (görsel ve motor işleme, dikkati sürdürme, SCIP toplam puanı) daha iyi performansa işaret etmektedir. Sosyal bilişin melankoli ile olan ilişkisi incelendiğinde, tanıdan bağımsız olarak melankoli skoru ile ‘Sosyal Bilgi’ boyutunda pozitif bir ilişki bulunmuştur. Şizofreni Grubu içinde melankoli skor yüksekliği ile SCIP ‘sessiz harf tekrarlama test’ performansı (çalışma belleği ile ilişkili) arasında olumlu ilişki, Şizoaffektif Bozukluk Grubunda melankoli skor yüksekliği ile SCIP ‘görsel motor işleme test’ (psikomotor hız ve işlem hızı ile ilişkili) performansı arasında olumlu ilişki bulunmuştur. Şizofreni Grubunda melankolik depresyon öyküsü olan grubun, melankolik depresyon öyküsü olmayan gruba göre daha düşük Stroop-1 test (odaklanmış dikkat ile ilişkili) skorları yani daha iyi nörobilişsel performans gösterdiği bulunmuştur. Tanının İz Sürme Testi-B performansını belirgin şekilde etkilediği; şizofreni tanıli melankolik özellikli depresyon öykü grubunun, şizofreni tanıli melankolik özellikli depresyon öyküsü olmayan gruba göre, İz Sürme Testi-B skorlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu, yani odaklanmış dikkat ve bilgi işleme hızı gibi nörobilişsel alanlardaki performanslarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Yaşam boyu mani skorunun daha hafif şiddette negatif semptom ve bulgular ve daha

hafif şiddette yapısal düşünce bozukluğu (özellikle de negatif düşünce bozukluğu) ile ilişkili bulunmuştur. Nörobilişsel fonksiyonlar açısından bulgular incelendiğinde; tanıdan bağımsız olarak, mani öyküsünün çalışma belleğinde minimal etki düzeyinde bir bozulmaya neden olmuş olabileceği bulunmuştur. Bu bulgu M-toplam skoru ve çalışma belleği (SCIP Sessiz harf tekrarlama testi) arasındaki negatif yönlü ilişki ile de desteklenmektedir. Mani ve hipomani kriterlerini karşılamayan ancak zayıf mani semptomları gösteren (mani riski var grubu) katılımcıların SCIP 'Sessiz harf tekrarlama test' performansı (çalışma belleği ile ilişkili) hangi ana tanı grubunda olduğuna göre değişmekte olup; şizofreni tanılı zayıf mani semptomları olan grup, şizofreni tanılı zayıf mani semptomları olmayan gruba göre SCIP 'Sessiz harf tekrarlama testinde'(çalışma belleği ile ilişkili) daha yüksek test performansı göstermiştir. Ek olarak, Şizofreni Grubu içinde mani skoru ve İz sürme Testi B (odaklanmış dikkat ve bilgi işleme hızı ile ilişkili) arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Sosyal biliş açısından değerlendirildiğinde; tanıdan bağımsız olarak, hastaların mani skoru arttıkça, sosyal bilişin 'sosyal bilgi' boyutunda daha iyi performans gösterdiği bulunmuştur. Mani skoru ile diğer sosyal biliş testleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tanıdan bağımsız olarak, zayıf manik semptomları olan grup (mani riski var grubu) hipotezimizi destekler şekilde sosyal bilişin 'sosyal bilgi' boyutu açısından daha iyi performans göstermiştir. Temel nörobiliş alanlarında, Şizofreni Grubunun sürekli performans testi 'işleme hatası' açısından daha yüksek skor aldığı, yani daha kötü performans gösterdiğini, Şizoaffektif Bozukluk Grubunun ise 'tepki inhibisyonu' açısından daha kötü performans gösterdiği saptanmıştır. Diğer nörobilişsel testlerde (Stroop1-2, İz Sürme, CBT (ihmal hatası ve duyarlılık)) benzer performans bulunmuştur. Sosyal biliş açısından ise zihin kuramı ile ilişkili bir test olan 'gözlerden zihin okuma testinde' şizoaffektif bozukluk grubu daha iyi performans göstermiştir. Yüzden duygu tanıma 'öfke duygusunu tanıma' açısından şizofreni grubu ve şizofreni grubu içinde de melankoli öyküsü olanlar daha iyi performans göstermiştir. Atıf stili ile ilgili İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi 'toplam pozitif içsel 'ortalama skorları incelendiğinde gruplar arasında Şizoaffektif Bozukluk Grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Diğer sosyal biliş alanlarında gruplar benzer performans göstermiştir.

Sonuç: Melankoli skoru ile prognostik önemi olan; negatif belirtiler ve yapısal düşünce bozukluğu arasında negatif bir ilişki saptanması, melankolinin işlevselliği ve bazı nörobilişsel alanları ve sosyal biliş alanlarını pozitif yönde etkilemesi, şizofrenide melankolik depresyon öyküsünün olumlu prognostik bir faktör olabileceğine işaret etmektedir. Yaşam boyu mani skoru, daha az alanla ilişkili bulunmuştur. Mani skoru, daha hafif şiddette negatif semptom ve bulgular ve daha hafif şiddette yapısal düşünce bozukluğu (zellikle de negatif düşünce bozukluğu) ile ilişkili bulunmuştur. Nörobilişsel fonksiyonlar açısından bulgular incelendiğinde; tanıdan bağımsız olarak, mani öyküsünün çalışma belleğinde minimal etki düzeyinde bir bozulmaya neden olmuş olabileceği bulunmuştur. şizofreni mani risk grubunun, şizofreni mani riski olmayan gruba göre; çalışma belleği, odaklanmış dikkat ve bilgi işlem hızı açısından daha iyi performans gösterdiği bulunmuştur. Zayıf manik semptomların sosyal biliş açısından ‘sosyal bilgi’ ile ilişkisi bulunmuştur. Çalışmamız şizofreni spektrumunda melankolik depresyon öyküsü, zayıf manik semptomlar ve mani öyküsünün (ok farklı affektif özellikleri) boyutsal ve kategorik bir yaklaşım eşliğinde işlevsellik-nörobiliş-sosyal biliş açısından inceleyen nc bir çalışma olabilir. Bu konuyla ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Melankoli skoru, Mani skoru, Mani yk grubu, Melankoli yk grubu, şizoaffektif Bozukluk Grubu, şizofreni Grubu, nörobiliş, Sosyal biliş, Hastalık ncesi işlevsellik, Bireysel ve Sosyal işlevsellik

Determination of the effect of affective co-morbidity on neurocognition and functionality in Schizophrenia Spectrum Disorder

Dr. Zinneti Yağmur Dokuyan

ABSTRACT

INTRODUCTION:

The distinction between schizophrenia and bipolar disorder has been an ongoing debate throughout history. Current psychiatric diagnosis systems classify psychiatric disorders categorically, whereas the boundaries between these categories are not sharp, the emergence of the concept of schizoaffective disorder is a good example of this. Continuity hypothesis, spectrum concept and dimensional diagnostic approaches have been proposed in psychiatry based on current evidence obtained from genetic, biological and clinical studies. Data from classical and genetic studies show that bipolar disorder and schizophrenia share common genes. The view that schizoaffective disorder is at an intermediate point between bipolar disorder and schizophrenia supports this continuum hypothesis and overlap. Having mood disorder symptoms in patients diagnosed with schizophrenia is one of the good prognostic indicators. When we approach dimensionally in patients diagnosed with schizophrenia, very different affective components can be observed at different ends of the spectrum as mood components such as hypomania, mania melancholic type depressive and non-melancholic depressive episodes, hyperthymic temperament, faint hypomanic findings, but studies on the effects of these periods on prognosis, functionality and

cognitive processes are insufficient. One aim of this study is to try to find the effect of differences in affective components on cognitive processes and functionality in patients with schizophrenia spectrum in the light of a dimensional approach. The prognosis of patients with schizoaffective disorder differed according to the predominance of affective symptoms (good course and outcome) or the predominance of schizophrenic symptoms (bad course and outcome). The small number of studies evaluating the cognitive functions of schizoaffective patients, the fact that some studies have similar features to schizophrenia and some studies to mood disorders make it difficult to understand this subject adequately. Differences between subtypes of schizoaffective disorder may obscure the results of comparative studies and may cloud efforts to understand the relationship between this disorder and schizophrenia or bipolar disorder.

Cognitive heterogeneity seen in schizoaffective disorder is also observed within the depressive subtype of schizoaffective disorder itself. Bipolar type shows better cognitive functioning than the depressive type in terms of cognitive functions, but there is heterogeneity in cognitive functionalities between the subgroups called depressive type with depressive type with melancholic features and those with depressive features without melancholic features. One of the aims of this study is to determine the effect of these subtypes on cognitive functions, thus prognosis and functionality.

METHODS:

137 participants, aged 18-65, literate, diagnosed with schizoaffective disorder and schizophrenia according to DSM-5, admitted to the adult psychiatry outpatient clinic at screening phase Bipolar Disorder Spectrum Diagnostic Scale, Hypomania Check

List, Sydney Melancholy Prototype Index, TEMPS-A Temperament Scale self-assessment scales were applied. Self-report scales were administered to 31 healthy participants. The main study group included patients with a diagnosis of Schizoaffective disorder, a diagnosis of schizophrenia with clinically manic/hypomanic/hyperthymic/mild hypomanic findings or marked depressive features, and patients with schizophrenia with an affective co-morbidity defined after interviewing with patients who exceeded the threshold value in the screening evaluation. A total of 164 persons with a diagnosis of 137 patients were recruited. Among the patients who did not have any affective findings at the screening interview, 30 healthy controls were included in the study. In the clinical interview phase, the clinical interview consisting of Case report form, SAPS, BNSS, Sydney Melancholy Prototype Index clinician form, HDRS, YMRS, Personal and social performance scale, bipolar disorder symptom scale, and premorbid compliance scale was administered by the researcher. In addition, SCIP, Stroop test, Trail Making Test A/B, Pebl Continuous Performance Test (pebl Continuous Performance Test) were applied within the scope of neuropsychological test to evaluate neurocognitive functions and DEU SCAN LAB Social Cognition Battery was applied to evaluate social cognitive functions. In addition, the Thought and Language Scale was administered by taking a voice recording to evaluate thought and language disorders.

Results:

Lifetime melancholia score was associated with milder negative symptoms and signs and milder structural thought disorder (especially negative thought disorder). Regardless of the diagnosis, a positive correlation was found between pre-disease functionality, individual and social functionality and melancholy score. In addition; Regardless of the diagnosis, high melancholia score indicates better performance in some neurocognitive domains (visual and motor processing, maintaining attention, SCIP total score). When the relationship between social cognition and melancholia was examined, a positive correlation was found between the melancholy score and the 'Social Knowledge' dimension, regardless of the diagnosis. Positive correlation between high melancholia score and SCIP 'consonant repetition test' performance (associated with working memory) in the Schizophrenia Group. positive relationship was found. In the Schizophrenia Group, the group with a history of melancholic depression was found to have lower Stroop-1 test scores (associated with focused attention), ie better neurocognitive performance, than the group without a history of melancholic depression. The diagnosis significantly affected the Track Making Test-B performance; It was found that the schizophrenic group with a history of depression with melancholic features had significantly lower Trail Making Test-B scores, that is, their performance in neurocognitive areas such as focused attention and information processing speed, compared to the group with a history of schizophrenic melancholic depression. Lifetime mania score was associated with milder negative symptoms and signs and milder structural thought disorder (especially negative thought disorder). When the findings are examined in terms of neurocognitive functions; It was found that regardless of the diagnosis, the history of mania may have caused a minimal effect on working memory impairment. This finding is also supported by the negative

relationship between M-total score and working memory (SCIP Consonant repetition test). The SCIP 'Consonant repetition test' performance (related to working memory) of the participants who did not meet the criteria for mania and hypomania but showed weak symptoms of mania (the mania risk group) varied according to which main diagnosis group they were in; The group with weak mania symptoms diagnosed with schizophrenia showed higher SCIP 'Consonant repetition test' performance (associated with working memory) than the group without weak mania symptoms diagnosed with schizophrenia. In addition, a negative correlation was found between mania score and Tracking Test B (associated with focused attention and information processing speed) in the Schizophrenia Group. When evaluated in terms of social cognition; Regardless of the diagnosis, it was found that as the patients' mania score increased, social cognition performed better in the 'social knowledge' dimension. No significant correlation was found between the mania score and other social cognition tests. Regardless of the diagnosis, the group with weak manic symptoms (the mania risk group) performed better in terms of the 'social knowledge' dimension of social cognition, supporting our hypothesis. In core neurocognitive domains, the Schizophrenia Group scored higher, i.e., performed worse, in terms of sustained performance test 'processing error', while the Schizoaffective Disorder Group performed worse in terms of 'response inhibition'. Similar performance was found in other neurocognitive tests (Stroop1-2, Tracing, CBT (error of omission and sensitivity)). In terms of social cognition, the schizoaffective disorder group performed better in the 'mind reading test from the eyes', which is a test related to the theory of mind.

In terms of facial emotion recognition, 'recognition of anger emotion', the schizophrenia group and those with a history of melancholy in the schizophrenia group performed better. When the 'total positive internal' mean scores of the Internal, Personal and Situational Attributions Test related to the attribution style were examined, a statistically significant difference was found between the groups in favor of the Schizoaffective Disorder Group. Groups performed similarly in other areas of social cognition.

Conclusion:

Detection of a negative relationship between melancholy score and prognostic significance; negative symptoms and structural thought disorder, positive effects of melancholy on functionality and some neurocognitive areas and social cognition areas indicate that a history of melancholic depression may be a positive prognostic factor in schizophrenia. Lifetime mania score was associated with fewer areas. The mania score was associated with milder negative symptoms and signs and milder structural thought disorder (especially negative thought disorder). When the findings are examined in terms of neurocognitive functions; It was found that regardless of the diagnosis, the history of mania may have caused a minimal effect on working memory impairment. It was found that the schizophrenia mania risk group performed better than the group without schizophrenia mania risk in terms of working memory, focused attention and information processing speed. Weak manic symptoms were found to be associated with 'social knowledge' in terms of social cognition. Our study may be a pioneering study that examines the history of melancholic depression, weak manic symptoms and mania (very different affective features) in the schizophrenia spectrum

in terms of functionality-neurocognition-social cognition, accompanied by a dimensional and categorical approach. More work is needed on this subject.

Keywords: Melancholy score, Mania score, Mania story group, Melancholia story group, Schizoaffective Disorder Group, Schizophrenia Group, Neurocognition, Social cognition, Pre-disease functionality, Individual and Social functionality



1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1.Problemin tanımlanması, Çalışmanın Amacı

Hipokrat tarafından mani ve melankolinin birbirinden farklı hastalıklar olarak ilk defa tanımı yapılmıştır. Kapadokyalı Arateus bir insan farklı zamanlarda depresif ve manik özellikler gösterebilir demiştir ve bugünün görüşlerine uyan ilk anlatımı yapmıştır. Bizanslı hekim Tralles , döngüsel olarak görülebilen ve özellikleri içiçe geçebilen mani ve melankoli kavramlarından bahsetmiştir. Psikozlardan dementia preacox ve manik depresif delilik olarak bahseden Kreapelin net bir şekilde birbirinden farklı iki hastalıktan bahsetmiştir. Bu dikotomik yaklaşım günümüzde kategorik psikiyatrik tanı sistemlerinin temelini oluşturmuştur.Şizofreni ve iki uçlu bozukluk arasında birçok benzerliğin olduğunun gözlenmesi ve özellikle son genetik bulgular ile dikotominin

geçerliliğinin sorgulanması devam etmiştir.Kraepelin, şizofreniyi hastalıktan önceki işlevsellik seviyesine ulaşamayan kronik seyirli , yıkıma sebep olan, manik depresif hastalığı ise bütünüyle düzelmekle birlikte tekrarlayıcı ataklarla seyreden hastalıklar şeklinde farklı hastalıklar olarak değerlendirmesi , ancak günümüzde bütünüyle düzelebilen şizofrenili ve bütünüyle düzelme göstermeyen affektif bozuklukların var olduğu gerçeğinin göz önünde bulundurulması hastalıkların bu kadar keskin sınırlarla ayrılmasının sorunlu olabileceği fikrini doğurmuştur. Jacob Kasanin tarafından 1933 yılında , duygudurum bozuklukları ile şizofreni hastalık özelliklerini birlikte taşıyan hastalar için şemsiye bir kavram olan şizoaffektif bozukluk(ŞAB) terimi oluşturulmuştur.(1)

Özellikle son yirmi içinde psikiyatri genetiği alanında yapılan çok sayıdaki araştırmanın hastalıkların sınıflandırılmasına yol göstereceği aşık bir şekilde gözükmektedir. Aynı zamanda genetik epidemiyoloji çalışmaları, psikiyatrik hastalıkları tanımlamak için kullandığımız sınıflandırma sistemlerini derinden değiştirebileceği şeklinde bir beklenti içinde olmamızı sağlamıştır.

Bazı genetik analiz çalışmaları, bazı kromozomal bölgelerin sıklıkla şizofreni ile bipolar bozukluk arasında ortak olduğunu göstermiştir.(Berrettini, 2003). İki milyon çekirdek aileden iki uçlu bozukluğa sahip hastaların ve şizofreni tanıli katılımcıları içeren, geniş ölçekli bir aile çalışmasında şizofreni veya iki uçlu bozukluk tanıli bireylerin birinci derece yakınlarında, şizofreni ve iki uçlu hastalık için riskte artış saptanmış olması sonucunda şizofreni ve iki uçlu bozukluğun kısmen ortak bir genetik nedeni paylaşabileceğine dikkat çekilmiştir (3).Güncel bir (genom tarama) çalışmada, kalsiyum kanal geni (CANA1C) polimorfizmindeki varyasyonun, hem tek uçlu tekrarlayan depresyon ve şizofreni (4)hem de iki uçlu bozukluğun (5)meydana gelme riskleriyle alakalı olduğu tespit edilmiştir.13q ve 22q kromozom bölgelerindeki kusurların, şizofreni ve iki uçlu hastalığı gösterebileceği, 13q -G72 geninin ise şizofreni ile olduğu kadar iki uçlu hastalığının depresyonuyla da ilişkisi saptanmıştır. (Birsöz, 2013'a)

Tüm bu bilgiler, psikiyatrik bozuklukları bildiğimiz şekliyle kategorize ederek ayırmanın eksiklikler doğuracağını, psikiyatrik bozukluklara boyutsal yaklaşımın gerekliliğini göstermektedir. Hızla birikim gösteren genetik güncel verilerimiz yeni boyutsal modeller geliştirmemizi kolaylaştırmaktadır.

Boyutsal yaklaşım hastalık gidişatı hakkında daha fazla ön görüde bulunmamızı sağlayabilir. Şizofreni tanısı alan hastaların duygudurum bozukluğu belirtileri göstermesi iyi prognostik göstergelerden bir tanesidir. Şizoaffektif bozukluk tanısı ile ilgili değişimlerin ve belirsizliğin söz konusu olması, bu bozukluk için uzun süreli gidiş ve sonlanış ile ilgili tespit yapabilmeyi zorlaştırmaktadır. Şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarda dönemsel duygudurum bozukluğuna veya kronik şizofreni gidişine benzer ya da ikisinin ortasında bir gidiş ve sonlanış beklenebilir. Bir senelik hastalık süreci sonunda şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların seyri incelendiğinde duygulanım belirtilerinin baskınlığına (iyi gidiş ve sonlanış) veya şizofreni belirtilerin baskınlığına (kötü gidiş ve sonlanış) göre farklılıklar olduğu görülmektedir.

Şizofreni ile şizoaffektif bozukluk tanı gruplarında affektif komorbiditenin (mani/hipomani/hipertimik mizaç/silik hipomanik bulgular şeklinde çeşitlendirilebilir) bilişsel işlevlere ve prognoza etkisi konusunda da çalışmalar yetersizdir. Boyutsal olarak yaklaştığımızda spektrumun farklı uçlarında duygudurum komponenti olarak hipomani dönemi, mani dönemi, melankolik tip depresif dönemler ve nonmelankolik depresif dönemler, hipertimik mizaç, silik hipomanik bulgular olarak çok farklı affektif komponentler gözlenebilmektedir, ancak bu dönemlerin hastalık seyrine, işlevsellik ve bilişsel işlevlere etkileri konusundaki çalışmalar yetersizdir. Bu çalışmanın amaçlarından biri boyutsal bir yaklaşım ışığında affektif komponentlerdeki farklılıkların şizofreni spektrumundaki hastalarda bilişsel işlevlere ve işlevsellik etisini bulmaya çalışmaktır.

Bipolar hastalıkta ve şizofrenide bir temel belirti olarak kabul edilen bilişsel işlev bozuklukları mevcuttur. Bilişsel işlevlerin her iki hastalıkta da klinik seyir ve işlevsellikle belirgin ilişkisi farklı araştırmalarda tespit edilmiştir. Bilişsel işlev

alışmaları sıklıkla bipolar bozukluk ve şizofreni benzer bilişsel alanlarda bozukluk olduğuna dair kanıt sunmakla beraber, bilişsel profilleri karşılaştıran çoğu araştırma şizofrenide bipolar bozukluğa kıyasla daha şiddetli bilişsel bozukluk olduğuna dikkat çekmektedir. şAB tanılı bireyleri bilişsel işlevler açısından ele alan çalışmalar çok değildir. şAB ile ilgili bilişsel fonksiyon çalışmalarının bir kısmında şizofreni bir kısmında duygudurum bozukluklarına benzer özellikler elde edilmesi bu hastalığının anlaşılmasını zorlaştırmaktadır.(7)

Yakın zamanda duygudurum-psikoz tanı spektrumunda bilişsel işlevleri karşılaştıran bir meta-analizde, şizoaffektif bozukluk olan katılımcıların performansları bipolar bozukluğu olanlara göre kötü, şizofreni tanılı bireylere göre daha iyi saptanmıştır. şizoaffektif bozukluk alt tiplerine ilişkin yapılan meta-analizler, depresif alt tipi olan katılımcılardaki bilişsel bozuklukların şiddetinin şizofreni hastalarında görülenlere daha yakın olduğunu, oysa bipolar alt tipi olanların bipolar bozukluğu olanlardan daha fazla ve şizofreni hastalarından daha az bozuk olduğunu göstermiştir. Depresif alt tipe sahip katılımcıların, bipolar alt tipe sahip olanlardan anlamlı olmayacak seviyede kötü performansa sahip olduğu anlaşılmıştır. Bilişsel bozuklukların şiddeti bipolar bozukluktan, şizoaffektif bozukluk ve şizofreniye doğru artar. Ancak şizoaffektif bozukluk alt türleri arasındaki farklılıklar sebebiyle, bu alt türlerinin birleştirilmesi çalışmaların sonuçlarını belirsizleştirebilir.(8)

şizofreni ve şizoaffektif bozukluk ve duygusal psikozlarda bilişsel işlevselliği karşılaştıran yakın zamanlı başka bir meta-analitik çalışmada on iki bilişsel alanın altısında şizofreni hastaları, şizoaffektif bozukluk veya duygusal psikozu olan insanlardan daha kötü performans gösterdiği gözlemlenmiş olmakla beraber, grupların arasındaki farkların ufak olduğu , etki büyüklüklerinin dağılımının önemli ölçüde heterojenlik gösterdiği gözlemlenmiştir. Elde edilen nöropsikolojik veriler, şizofreni ve diğer gruplar arasında kategorik farklılıklar olduğuna dair kanıt oluşturmamakla birlikte şizofreni hastalarının daha şiddetli negatif belirtileri olan bir alt grubunun, duygusal psikoz ve şizoaffektif bozukluk olanlara göre bilişsel olarak daha fazla bozulmuş olabileceği bulgusu dikkat çekmektedir. Bilişsel işlevlerde gözlenen bu

heterojenite şizoaftif bozukluk alt tipleri arasında, depresif alt tipin kendi içerisinde de gözlenmektedir. Bipolar tip bilişsel fonksiyonlar açısından ,depresif tipe göre daha iyi bilişsel işlevsellik göstermektedir ancak depresif tip olarak adlandırılan alt grupta melankolik özellikli depresif tip ile seyreden ve melankolik özellikler göstermeyen depresif özelliklerle seyreden alt gruplar arasında bilişsel işlevseller konusunda heterojenite vardır, melankolik özellikler gösteren depresif alt tipin bilişsel işlevler açısından bipolar tipe yakın özellikler göstermesi, depresif tipin melankolik özellikler göstermeyen alt tipinin ise ,şizofreni hastalarının daha şiddetli negatif semptomları olan bir alt grubuna bilişsel işlevlerdeki bozulma açısından daha yakın olduğunun dolayısıyla göreceli olarak daha fazla bilişsel işlevlerde bozulma göstermesi beklenebilir, ancak bu konu çok çalışılmamıştır ve eldeki veriler yetersizdir. Çalışmanın hedeflerinden biri de alt tiplerin bilişsel işlevlere dolayısıyla prognoza ve işlevselliğe olan etkisini saptayabilmektir.(Bora, Yücel, et al., 2009'a)

Şizofreni spektrumunda bilişsel işlevleri ve dolayısıyla fonksiyonel becerileri iyileştirmek amacıyla bilişsel işlevleri içeren daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2.Çalışmanın Hipotezleri

1)Hasta grubu içinde tanıdan bağımsız olarak, mani veya hipomani komorbiditesi görece yüksek bilişsel ve kişisel performans ölçeği puanları ve nörobilişsel test ve sosyal biliş bataryası test performansları ile ilişkilidir.

1-a) Mani veya hipomani öyküsünün varlığı veya zayıf manik semptomların varlığı hasta grubu içerisinde yaş ve eğitim faktörü düzeltildiğinde görece yüksek **PSP** puanları ile pozitif yönde koreledir.

1-b) Mani veya hipomani öyküsünün varlığı veya zayıf manik semptomların varlığı hasta grubu içerisinde yaş ve eğitim faktörü düzeltildiğinde nörobiliş test bataryası performansı ile pozitif korelasyon gösterir.

1-c) Mani veya hipomani öyküsünün varlığı veya zayıf manik semptomların varlığı hasta grubu içerisinde sosyal biliş test performansı ile pozitif yönde korelasyon gösterir.

1-d) Hasta grubu içerisinde, hipomani veya mani öyküsü veya zayıf manik semptomları olmayanlar görece düşük PSP puanları ve nörobilişsel test ve sosyal biliş bataryası test performansları ile ilişkilidir.

2)M toplam skoru tanıdan bağımsız olarak; PSP puanları ve nörobilişsel test ve sosyal biliş bataryası test performansları ile pozitif korelasyon, BNSS ve DDÖ skorları ile negatif korelasyon gösterir.

2-a)M skoru puanlarının hasta grubu içerisinde nörobiliş test bataryası performansı ile pozitif korelasyon göstermesi beklenir.

2-b)M skoru puanlarının hasta grubu içerisinde PSP skorları ile pozitif korelasyon göstermesi beklenir.

2-c)M skoru puanları hasta grubu içerisinde sosyal biliş test bataryası performansı ile pozitif yönde korelasyon gösterir.

2-d) M skoru hasta grubu içerisinde BNSS ve DDÖ skorları ile negatif korelasyon gösterir.

2-e)M skoru hasta grubu içerisinde hastalık öncesi işlevsellikle pozitif korelasyon gösterir.

3)Hasta grubu içerisinde, melankolik depresyon öyküsü daha iyi işlevsellik(PSP)ve nörobilişsel test performans skorları ve sosyal biliş bataryası test performansları ile ilişkilidir.

3-a) Hasta grubu içerisinde melankolik depresyon öyküsü daha iyi PSP ile ilişkilidir.

3-b) Hasta grubu içerisinde melankolik depresyon öyküsü daha iyi nörobilişsel test performans skorları ile ilişkilidir.

3-c) Hasta grubu içerisinde melankolik depresyon öyküsü daha iyi sosyal biliş bataryası test performansları ile ilişkilidir.

4)Hasta grubu içerisinde SMOK (Sydney melankoli ölçeği klinisyen formu -melankoli skoru) ölçek skorları ile PSP ve nörobilişsel test skorları ve sosyal biliş bataryası test performansları arasında pozitif korelasyon, BNSS ve DDÖ skorları ile negatif korelasyon vardır.

4-a) Melankoli skoru hasta grubu içerisinde nörobilişsel işlevlerle pozitif korelasyon göstermesi beklenir.

4-b) Melankoli skoru hasta grubu içerisinde PSP skorları ile pozitif korelasyon göstermesi beklenir.

4-c) Melankoli skoru hasta grubu içerisinde sosyal bilişsel işlevlerle pozitif yönde korelasyon gösterir.

4-d) Melankoli skoru hasta grubu içerisinde BNSS ve DDÖ skorları ile negatif korelasyon gösterir.

4-e) Melankoli skoru hasta grubu içerisinde hastalık öncesi işlevsellikle pozitif korelasyon gösterir.

5) Hasta grubu içerisinde affektif semptom yokluğu (hipomani, mani, zayıf manik semptomları, melankolik özellikli depresyon ve non melankolik depresyon olmayanlar) görece düşük bilişsel ve kişisel performans ölçeği puanları ve nörobilişsel test skorları ve sosyal biliş bataryası test performansları ile ilişkilidir.

6)Şizoaffektif bozukluk tanı grubu içinde melankolisi olan hastalar mani ve/veya hipomani öyküsü olan hastalara benzer bilişsel ve kişisel performans ölçeği puanları(psp) ve nörobilişsel test skorları ve sosyal biliş bataryası test performansları ile ilişki gösterecektir.



2)GENEL BİLGİLER

2.1.Psikiyatrik Hastalıklarda Spektrum Kavramı

Spektrumun kelime anlamı; renkler, sesler gibi fiziki gerçeklerin bir süreklilik içinde herhangi bir sınırlama olmadan sonsuz değişkenlik durumunun ifadesidir. Farklı klinik

görünüşleri olan hastalıkların benzerlikleriyle bir arada durması spektrum kavramı ile açıklanabilir.Farklı tanısal kimliğe sahip olan hastalıkların yakınlıklarına; klinik tablonun benzerliği, ortak örtüşen genlerin saptanması, çok sık birbirine eşlik etme durumu ve aynı tedaviye yanıt verme durumu kanıt olarak ileri sürülebilir. Spektrum kelimesi psikiyatrik hastalıklar için ilk kez 1968 de şizofreni hastalığına yönelik olarak kullanılmaya başlanmış olup Akiskal 1977 yılında siklotimik-bipolar spektrumundan bahsetmiştir ve 1981 de Klerman mâni spektrumu kavramını kullanmıştır. (10)

2.2.Psikiyatrik Hastalıklarda Süreklilik Hipotezi

Süreklilik kavramı, şizofreni ve duygudurum bozukluklarının arasında bir devamlılık olduğunu yani bu hastalıkların birbirinin devamı olduğunu ve tek bir psikoz olduğu hipotezini öne sürmektedir. Süreklilik hipotezini desteklemek için öne sürülen en önemli kanıtlar genetik çalışmalardan elde edilmiş gözükmeğdir. Gen haritalama çalışmaları ve bağlantı çalışmalarının sonuçları şizofreni ve BPB gelişiminde önemli rol oynayan örtüşen genlerin varlığını işaret etmektedir. Yedi kuşağın izlendiği bir aile çalışmasında hasta bireyler şizofreni bir uçta olmak üzere, tek uçlu depresyona kadar uzanan bir spektrum modeli içinde süreklilik hipotezi perspektifinde ele alınmış ve yirmi üç hasta bireyin on sekizinde psikozun ortak fenotip olarak izlendiği gözlemlenmiştir. Psikoza yatkınlık oluşturan kuşaklar boyunca aktarılan bir genetik yapıdan bahsedilebilir. Bunun gibi çalışmalar süreklilik hipotezini destekler niteliktedir.(10,11)

2.3.Psikiyatride Kategorik Tanı Sistemleri

Tıpta en sık kullanılan tanı sistemleri hastalıkları kategorilere ayırır ancak bazı karmaşık fenomenler bir spektrum boyunca sürekli özellikler olarak daha iyi

modellenir. Örneğin; tek gen bozuklukları, bazı enfeksiyon hastalıkları kategori içindeki hasta sunumları biraz farklılık gösterse de benzersiz nedenleriyle tanımlanan kategorilere iyi uymaktadır. Oysa birçok kanser gibi çoklu belirleyicileri ve değişken sonuçları olan durumlar kategorilere pek uymaz. Benzer şekilde psikozlarda dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıklar çoklu belirleyicileri sebebiyle karmaşık bir şekilde yapılanmıştır. Her düzeyde, psikozla ilişkili özellikler, aynı tanıya sahip bireyler arasında oldukça farklılık gösterme ve diğer bozuklukların özellikleriyle örtüşme eğilimindedir. (12)

Psikiyatri literatürüne tarihsel açıdan bakıldığında; Kraepelin şizofreni ve bipolar bozukluğu iki ayrı hastalık olarak tanımlamıştır ve bu dikotomik yaklaşım DSM ve ICD olmak üzere kategorik sınıflandırma yapan psikiyatrik tanı sistemlerinin temelini oluşturmuştur. 1933 yılında şizoaffektif bozukluk bu iki bozukluk arasındaki örtüşmeyi anlatabilmek için Kasanin tarafından öne sürülen bir kavram olarak gündeme gelmiştir. (7)

DSM ve ICD sistemleri psikiyatrik hastalıkları belirti kümelerine göre kategorik olarak net sınırlarla sınıflandırması sebebiyle bu tanı sistemleri ile ilgili bipolar ve şizofreni ve şizoaffektif bozuklukla ilgili güncel nörobilim ve genetik çalışmaların bilgilerini içermedikleri için geçerlilik konusunda sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu sebeple psikiyatrik hastalıklara boyutsal modeller eklenmesi ve bu şekilde ele alınması BPB, şizofreni ve ŞAB gibi hastalıkları daha iyi kavramamıza yardımcı olabilir. (13)

2.4.Psikiyatride Boyutsal Tanısal Yaklaşım

Şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluğu sadece fenomenolojik özelliklerle net bir şekilde ayırt etme zorluğu sebebiyle bu hastalıkların özgüllüğünü

ve benzerliklerini anlayabilmek için çeşitli genetik çalışmalar ve biyolojik göstergeleri çalışan çalışmalar yapılmıştır. (van Os & Kapur, 2009) .Psikotik bozuklukların genetiği, patobiyolojisi ve klinik sunumuna ilişkin çalışmalardan elde edilen tutarlı verilerin tümü, psikozları en iyi ifade etme yolunun kategorize etmek yerine, altta yatan faktörlerin sunumunu sağlamak olacağını göstermektedir. Faktörler, semptom kümeleri veya hastalığın belirgin tek yönü olarak tanımlanabilir. Faktörler yalnızca en uygun olan değil, aynı zamanda kapsamlıdır, çünkü semptomlar ve seyir ile risk veya tepkinin belirleyicileri dahil olmak üzere hastalığın herhangi bir temel özelliğini kapsayabilir. Faktörler, tıpkı psikozların kendileri gibi, doğal olarak boyutlu, hatta çok boyutludur ve tedavi kararları için hastaları gruplamak veya ayırt etmek için gereken ayrıntıları sağlarlar. Çok sayıda bağımsız çalışma grubu, psikozların klinik sunumunu analiz ettiğinde altta yatan faktör bazlı veya boyutsal bir yapı gözlemledi. Faktöre dayalı sınıflandırmalar, her ikisi de şu anda araştırılmakta olan kişiselleştirilmiş (hassas tedavi) modeller ve hiyerarşik modeller dahil olmak üzere psikiyatrik nozolojiye yönelik diğer kapsamlı yaklaşımlarla uyumludur. Faktörler hem DSM hem de ICD gibi standart teşhis sistemlerinin gelecekteki sürümleri için doğru temel taşları oluşturabilecektir.(12)

2.5.Psikiyatride Boyutsal Tanısal Yaklaşımı Destekleyen Bilimsel Kanıtlar

2.5.1. Genetik Çalışmalar

Bipolar bozukluk ve şizofreni üzerine özgüllük ve sürekliliği anlamak için yapılan genetik çalışmaları; geleneksel/moleküler genetik araştırmalar şeklinde sınıflandırabiliriz. Çok geniş bir literatür şizofreni ve BPB aday genlerdeki belirteçlerin genetik ilişkisine odaklanmıştır.

Geleneksel genetik çalışmalar, şizofreni, BPB ve ŞAB için yaklaşık 8-10 kardeş akraba riski ile önemli bir ailesel kümelenme olduğunu göstermektedir. (Bertelsen & Gottesman, 1995). Şizofreni tanılı bireylerin birinci derece akrabalarının diğer

akrabalara kıyasla BPB geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu bir meta-analiz göstermiştir. (16)Tüm bu bulgular şizofreni ve bipolar bozukluk arasındaki genetik bağlantıyı desteklemektedir. İkiz çalışmaları, şizofreni, BPB ve ŞAB için monozigotik ikizlerde yaklaşık %40-45 ve dizigotik ikizlerde %0-10 civarında uyum olduğunu göstermektedir. (17)

DISC1 (Disrupted in Schizophrenia 1) ve NG1 (Neuregulin-1) genleri, şizofreni ve maninin karışık özellikleri veya üniter psikoz ile ilişkili bulunmuştur bu sebeple, örtüşmenin iyi örnekleri olarak kabul edilebilir.(18,19)

Moleküler genetik çalışmalardan elde edilen veriler incelendiğinde şizofreni, bipolar bozukluk ve her iki bozukluk için majör GWAS bulgularını özetleyen bir gözden geçirmede, bu iki bozuklukta yaygın olarak ortaya çıkan varyantlardan kaynaklanan genetik etkilerin kısmi örtüşmesiyle tutarlı olarak, ilişkilerin risk üzerinde küçük bir etkiye işaret ettiği gösterilmiştir .Bu bulgular, her iki hastalığın da benzer bir genetik duyarlılığı paylaştığını göstermektedir.(20)

Yakın zamanlı iki milyondan fazla İsveçli aile üzerinde yapılan bir nüfusa dayalı çalışmada, şizofreni ile bipolar bozukluk arasında önemli bir genetik ilişki olduğuna dair kanıtlar saptandı. Her iki bozukluğu olan bireylerin birinci derece akrabalarında şizofreni ve BPB olmak üzere iki hastalık için de artmış riskler saptandı. Bipolar bozukluğu olan probandların akrabaları analiz edildiğinde, evlat edinilen çocuklar da dahil olmak üzere tüm ilişkilerde şizofreni için artmış riskler mevcuttu. Şizofreni için kalıtım oranı %64 ve bipolar bozukluk için %59 olarak tespit edildi. Paylaşılan çevresel etkiler her iki bozukluk için küçük ama önemliydi. Bozukluklar arasındaki komorbidite, esasen (%63) her iki bozuklukta ortak olan aditif genetik etkilerden kaynaklanmaktaydı.(21)

Şizofreni için kalıtım derecesi %64 idi ve bu, %81'lik bir kalıtım derecesi bulan ikiz çalışmaların meta-analizinden biraz daha düşüktü. Ayrıca, bipolar bozukluğun kalıtsallığı %59 olarak tahmin edilmiştir, bu yine ikizlere dayanan önceki tahminlerin yaklaşık %80'inden daha düşüktü. Her iki çalışma türü de hem şizofreni hem de bipolar

hastalığın büyük ölçüde kalıtsal olduğunu ve kalıtsallıkların yükümlülüklerin %60-80'i arasında bir yeri açıkladığını açıkça ifade etmiştir. Bununla birlikte hem şizofreni hem de BPB için genetik varyansın önemli bir oranı diğer bozuklukla ortak değildi. Bundan ötürü, her iki bozukluk için risk ile ilişkili ortak gen grupları olduğu kadar, hastalıklardan yalnızca birine özgü riskle ilişkili gen gruplarının mevcudiyeti önemlidir.(21) Bu nedenle, biriken kanıtlar şizofreni ve bipolar bozukluk arasında ortak genetik etiyolojiler olduğunu öne sürmektedir.

2.5.2. Diğer Nörobiyolojik İşaretler

Beynin çeşitli bölgelerindeki nörometabolitlerdeki anormallikler, şizofreni ve bipolar bozukluğun patofizyolojisinde önemli yer tutmaktadır. Örneğin; MRS tekniği kullanılarak yapılan nörometabolit çalışmalarının sonuçları her iki bozuklukta benzer nörometabolit anormalliklerine dikkat çekmiştir. Yakın zamanlı biyobelirteçlerle ilgili yapılan bir meta-analiz şizofreni ve bipolar bozuklukta, NAA konsantrasyonlarında bir düşüşe ve Cho ve Cr'nin düzeyinde değişim olmadığına sonucuna ulaşmıştır. NAA'daki azalmanın nöronal veya aksonal kaybı veya mitokondriyal disfonksiyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir bu da her iki bozuklukta da moleküler/nöronal düzeyde yapısal anormallikleri işaret etmektedir.(22)

Şizofreni ve bipolar bozuklukta, anormal kan sitokin seviyeleriyle ve ortak bağışıklık işlev bozukluklarına dair kanıtlar mevcuttur. Goldsmith ve ark. Şizofreni ve bipolar bozukluklara sahip akut ve kronik hastalarda kan sitokin düzeylerini inceledikleri bir meta-analizde; interlekin-6, TNF- α ve sIL-2R, IL-1RA düzeyleri yüksek bulunmuştur.(23) .Periferik sitokin seviyeleri ile biliş arasındaki ilişki de gözden geçirilerek, daha yüksek CRP seviyelerine sahip şizofreni hastalarında daha kötü bilişsel performansın olduğu, daha iyi bilişsel işlevselliğin ise daha yüksek TNF- α konsantrasyonları ile ilişkilendirildiği saptanmıştır.(24) Yine sinaptik işlevin anormal regülasyonunun şizofreni ve bipolar bozukluğun etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir ve ölüm sonrası beyin çalışmaları, her iki hastalıkta da bozulmuş nöroplastisiteye kanıt sunmaktadır (25)

Şizofreni ve bipolar bozukluk arasında ventriküler genişleme ve beyin hacminde küresel azalma dahil olmak üzere morfolojik beyin değişiklikleri açısından benzerlikler mevcuttur. Tam beyin voksel tabanlı morfometri (VBM) çalışmaları, her iki mental bozuklukta da özellikle bilateral insula ve ASK gibi bölgelerde gri madde de azalma olduğunu göstermiştir, öte yandan, şizofrenide genelleştirilmiş gri madde kusurları ve hipokampus, amigdala, talamusun atrofisi, bipolar bozuklukla karşılaştırıldığında daha fazladır.(26–28) Bu özellikler, her iki hastalıkta da anormal protein ve nörometabolit ekspresyonları ile tutarlıdır. Özellikle hipokampus ve prefrontal kortekste morfolojik değişiklikler, bu bölgelerde nöronal kaybı veya mitokondriyal disfonksiyonu yansıttığı düşünülen NAA konsantrasyonlarındaki azalma ile desteklenir niteliktedir.(29) Hipokampus ve prefrontal korteks, şizofreni ve duygudurum bozuklukları için özgüllüğü ve sürekliliği temsil eden bir klinik yansıma olan bilişsel bozukluktan sorumlu anahtar nöral devreler olarak görünmektedir.(30)

Nörogörüntülemeadaki gelişmeler, şizofreni ve bipolar bozukluğun bir dizi fonksiyonel bağlantıda ortak değişikliklere sahip olduğu hipotezini de destekler niteliktedir. Örneğin, gri madde eksikliklerinin aksine, iki bozukluk tarafından paylaşılan beyaz cevher değişiklikleri için de bazı kanıtlar gösterilmiştir. Difüzyon tensör görüntülemeye tanımlanan beyaz cevher mikro yapılarındaki anormallikler, ortak özelliklerden biri olarak değişen beyaz cevher bağlantısı meta-analizlerde gösterilmiştir.(31,32)

Bağılantısızlık hipotezi, her iki hastalığın da beyindeki bölgesel olarak spesifik fokal patofizyolojiden değil, nöroanatomik bölgeler arasındaki bozulmuş entegrasyondan kaynaklandığını ileri sürer. Örneğin, meta-analizlerin sonuçları, şizofreni hastalarının beyaz cevherinin tüm ana beyin bölgeleri arasında organizasyonda yaygın azalmalar gösterdiğine, bipolar bozukluğu olan hastalarda ise özellikle sol limbik ve sağ temporal-parietal beyaz cevherde organizasyonda azalma olduğuna işaret etmektedir. (33–35). Her iki psikiyatrik bozukluk da prefrontal, kortiko-talamik ve kallozal lifleri

içeren beyaz madde değişikliklerini paylaşır; bu da potansiyel olarak anormal yönetici ve bilişsel işleve katkıda bulunur; bu, bipolar bozuklukta daha az derecede olsa da psikoz spektrumunda ortak bir özelliktir. (36)

Son fMRI çalışmaları, zihinsel bozukluklarda değişen beyin dinamik fonksiyonel bağlantısını (DFC) göstermiştir. Du ve arkadaşları şizofreni, ŞAB ve psikozlu bipolar bozukluk gibi semptomatik olarak ilişkili bozuklukların bir yelpazesinde DFC'yi incelediler. Gözlenen anormalliklerin derecesi, (hipo-bağlanabilirlik ve hiper-bağlanabilirlik) sağlıklı kontrollere göre psikozlu BPB, ŞAB ve şizofreni açısından artan sıradaydı.(37–39)Bu bulgular, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve psikozlu bipolar bozukluğun bir şiddet sürekliliği içinde olduğu, psikozlu bipolar bozukluğun normale yakın olduğu ve şizofreninin en şiddetli uçta olduğu görüşünü desteklemektedir.

Genetik kanıtlarla uyumlu olarak nörogörüntüleme çalışmaları, bipolar bozukluklar ve şizofreninin prefrontal korteks, sağ insula gibi benzer beyin bölgelerini paylaştığını göstermektedir.(40)

Yukarıda bahsi geçen nörobiyolojik kanıtlar şizofreni ve bipolar bozukluk arasındaki ortak patafizyolojiye katkı sağlamakla birlikte daha kapsayıcı tanısal yaklaşımlara ihtiyacımız olduğunu göstermektedir.

2.7.Şizofreni ve Bipolar Spektrumu

Emil Kraepelin, 20. yüzyılın başında manik-depresif deliliği, demans praecox'tan ayırdığında 'manik-depresyon' terimi oldukça dikkat çeker oldu. Manik depresyonun dementia praecox'tan (şimdi şizofreni olarak adlandırılıyor) ayırt edilebileceği fikri, nispeten kısa bir süre içinde Batı psikiyatrisini güçlü bir yankı uyandırdı. Kraepelin, manik-depresif hastalığın onu şizofreniden en açık şekilde ayırdığını hissettiği özelliklerine özel bir vurgu yaptı. Eugen Bleuler ise affektif hastalık ile şizofreni arasındaki ilişkiyi keskin olarak ayrılmayan bir süreklilik olarak kavramsallaştırarak Kraepelin ile aynı fikirde değildi. Bleuler'in görüşüne göre, bir hasta ya ağırlıklı olarak şizofreniydi ya da ağırlıklı olarak manik-depresifti ve çoğu hasta bu yelpazede bir yerde bulunuyordu. (10)

Son yıllarda, klinik, nörogörüntüleme ve genetik çalışmalardan ortaya çıkan kanıtlar, hem tek kutuplu depresyon ile bipolar bozukluk arasındaki hem de bipolar bozukluk ile şizofreni arasındaki ayrımın üst üste bindiğini düşündürmektedir.(21,43,44) Şizofreni ve duygudurum bozukluklarının genetik faktörlerinin örtüştüğüne dair kanıtlar ışığında, duygudurum ve psikotik bozuklukların boyutsal bir sınıflandırması birçok yazar tarafından önerilmiştir. (45)

Öte yandan, küme analizleri ve faktör analizleri gibi ileri istatistiksel yöntemlerle yapılan klinik veri analizleri, şizofreninin birçok farklı sendromdan oluştuğunu düşündürmektedir. Bu sendrom kümeleri başlıca pozitif belirtiler, negatif belirtiler, mâni, depresyon ve dezorganizasyonu içerir. Bu sendromlar yalnızca duygudurum bozukluklarında olduğu gibi şizofreniye özgü değildir.(46) Bu bulgular doğrultusunda şizofreni ya da PB olan hastaların %26,9'unda hem belirgin duygudurum hem de boyutsal modeli destekleyen psikotik belirtilerin olduğu saptanmıştır. Tutarlı bir şekilde, hastaların beşte birinin hastalıklarının seyri sırasında mevcut tanıları dışında farklı psikiyatrik tanıları olduğu ve birinci derece akrabalarının %15,1'inde psikotik bozuklukların genetik heterojenliğine işaret edebilecek depresyon öyküsü olduğu saptanmıştır. Ayrıca, Boks ve arkadaşları, şizofreni hastalarında depresif ve manik belirtiler dahil olmak üzere farklı belirti kümeleri bildirerek spektrum modeli için bir kanıt sağlamıştır.(47) Ayrıca, Häfner ve arkadaşları, 107 şizofreni hastasının verilerini değerlendirmiş ve ortalama 134 aylık (11,2 yıl) takipte hastaların %18'inin psikotik

olmayan depresif dönemler yaşadığını bulmuşlardır. Ayrıca şizofreni hastalarının 5,8 aya kadar manik semptomlar yaşadıklarını ve aylık manik semptom prevalansının %40'a kadar çıktığını (134 aydan fazla takip) bildirmişlerdir. (48) Genel olarak, depresyon şizofreni seyri sırasında en sık görülen sendrom olmaya devam etmiştir. Benzer şekilde, Bressan ve arkadaşları ilk atak şizofreni için yürüttükleri bir yıllık takip çalışmasında psikotik atakların %16,3'ünün MDB için DSM-IV kriterlerini karşıladığını buldular. (49)

Araştırılan depresif belirtilerin ve epizotların yaygınlığı geniş çapta farklılık gösterse de şizofrenide hipomanik/manik belirtilere ilişkin veriler hâlâ sınırlıdır. Bunun nedeninin, duygudurum ve psikotik bozuklukların birlikteliğini yansıtabilecek olan şizoaffektif bozukluk tanısı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Son zamanlarda, DSM-5'te kalmasına rağmen şizoaffektif bozukluğun tanısal kararlılığı ve güvenilirliği konusunda hala bir tartışma var. Tanıların görece istikrar ve güvenilirlik eksikliği, şizoaffektif bozukluğun işlevsellik dahil diğer yönlerini de etkiler. Şizoaffektif bozukluğu olan hastaların işlevselliklerinin şizofreni hastalarına göre iyi, DB olanlara göre daha kötü olduğu konusunda görüş birliği olduğuna çeşitli makalelerde değinilmiştir. Buradan, pozitif duygudurum puanları olan ve olmayan psikotik hastalar arasında herhangi bir fark bulamasak da duygudurum belirtilerinin varlığının psikotik bozukluklarda daha iyi işlevsellik ile ilişkili olabileceği sonucuna varılabilir.(50)

PB belirtilerinin hafif şekillerinin hastalık başlamadan önce olabileceği gözlemlerinin yönlendirmesiyle yapılan şizofreninin belirli kişilik özellikleriyle arasında ailesel bağ olabileceğinin araştırıldığı genetik çalışmalar ile 'Şizofreni Spektrum Bozukluğu' terimi ortaya atılmıştır. Yapılan ileri araştırmalarla şizoid, şizotipal ,paranoid özellikleri içeren şizofreni spektrum bozukluğunun, şizofreni tanılı bireylerin aile bireylerinde daha yüksek oranlarda gösterilmiştir . ((51)

‘Bipolar spektrumu kavramı’ ise ilk kez Klerman tarafından mani spektrumu olarak öne sürülmüş olup, sonrasında yapılan boylamsal bir çalışmadan (siklotiminin depresif ve hipomanik dönemlere ilerleyebileceğini gösteren) yola çıkılarak Akiskal yumuşak iki kutuplu spektrum” tanımını önermiştir. Angst, bipolar spektrumun iki boyutlu bir modelini tanımlamıştır; bir boyutu duygudurum sorunlarının şiddetine (normalden patolojik düzeye) ve ikincisi, hastalığın seyri sırasında baskın olan depresyon ve mani oranına atıfta bulunmuştur. (52–54)

Son zamanlarda duygudurum ve psikotik bozukluklara üç boyutlu tanımlayıcı bir yaklaşım, klasik ve moleküler genetikten ortaya çıkan kanıtlar hem unipolar depresyon ile bipolar bozukluk arasındaki hem de bipolar bozukluk ile şizofreni arasındaki ayrımın üst üste gelmesinin muhtemel olduğunu düşündürmektedir. Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları, genom çapında bağlantı çalışmaları ve ilişkilendirme çalışmaları, bipolar bozukluğun şizofreniden geleneksel tanısısal olarak ayrılmasını desteklememektedir (55)

İsveç nüfusu ve hastane taburcu kayıtlarından belirlenen 2 milyondan fazla çekirdek aile dahil olmak üzere şizofreni ve BPB konulu çok geniş çaplı bir aile araştırması, her iki bozukluğu olan bireylerin birinci derece akrabalarında iki bozukluk için de riskin arttığını gösterdi. Ayrıca, üvey kardeşlerden ve evlat edinilmiş akrabalarından, bunun büyük ölçüde genetik faktörlere bağlı olduğuna dair kanıtlar elde edildi ((21))Genom çapında ilişkiden elde edilen son moleküler veriler, kalsiyum kanal geni CACNA1C içindeki bir polimorfizmdeki varyasyonun, tekrarlayan tek kutuplu depresyon ve şizofreni ve ayrıca bipolar bozukluk riskiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. (56,57)

Bu tür bulgulara dayanarak hem araştırma hem de tedavi amacıyla, UP, BPB ,şizofreni en iyi şekilde, çeşitli alanlarda (eksenler/boyutlar) derecelendirmelerin yapıldığı örtüşen, çok boyutlu bir model olarak anlatılabilir. (58) .Örneğin: Bir üç boyutlu model kullanılarak yapılan çalışma ömür boyu mâni eksenini esas olarak bipolar bozuklukları

(tip I ve II) kapsar, ancak aynı zamanda şizoaftif (çoğunlukla bipolar tip) ve ömür boyu manisi olan şizofreni hastalarını da içerir. Öte yandan şizofreni, ömür boyu psikozun bir prototipidir, ancak, ömür boyu psikoz ve ömür boyu mâni boyutları arasında yer değiştirebilecek psikotik özelliklere sahip bipolar bozuklukların bazı ciddi alt tipleri vardır. Bu üç boyutlu model, klinisyenlerin vakaları kategorik tanılarından ayrı ayrı değerlendirmelerine olanak tanır. (58)

Birlikte ele alındığında, yukarıda gözden geçirilen klinik ve genetik çalışmalar, bir spektrum veya süreklilik kavramının hem duygudurum hem de psikotik bozukluklarla ilgili çeşitli gözlemleri bütünleştirmek için yararlı bir yol sağladığını göstermektedir. Gelecekte, boyutsal yaklaşımlar, klinisyenlerin çok daha akılcı psikolojik ve farmakolojik müdahaleler ortaya koymaları için yeni bakış açıları geliştirmelerine ve hastaları bireysel olarak daha tam olarak karakterize etmelerine de izin verebilir. (58)

2.8.Şizoaftif Bozukluk

Şizoaftif bozukluk terimi (ŞAB) ilk olarak 1933'te Dr. Jacob Kasanin tarafından ortaya atıldı. Kasanin her biri ani başlangıçlı 'akut şizoaftif psikozlu dokuz hasta tanımladı. (59,60)

ŞAB, DSM'nin ilk baskısında şizofreninin bir alt tipidir . DSM I'de 'şizo-duygulanımlı tip', 'şizofrenik ve aftif tepkilerin önemli ölçüde karıştığı hastalar için bir tanı olarak tanımlanmıştır. ŞAB için tanı ölçütleri, DSM-III-R içinde geliştirilmiştir ve bu ölçütler DSM'nin sonraki sürümleriyle gelişmeye devam etmiştir.(61)

DSM-5, duygudurum belirtileri olan şizofreni, BPB ve ŞAB arasında daha net bir ayrım sağlandığı görülmektedir. Ek olarak DSM-5, hastalığın boylamsal seyrine daha

fazla odaklanır. Bu değişikliğin muhtemelen ŞAB tanı oranlarının düşmesine yol açacağı öne sürülmüştür. Sınıflandırmadaki gelişmelere rağmen, duygudurum semptomlarının toplam hastalık süresinin>%50'sini oluşturduğuna dair teşhis tartışmalı olmaya devam etmektedir.

Şizoaffectif bozukluk (ŞAB) sıklıkla, tanısı kesin olmayan duygudurum ve psikotik belirtilerin karışımı olan hastalarda bir tanı olarak kullanılmıştır. Ayırt edici özelliği, şizofreniye özgü semptomlarla eşzamanlı olarak büyük bir affectif epizodun (depresif veya manik bir epizot) varlığıdır. ŞAB tartışmalı bir tanıdır. Bu bozukluğın epidemiyolojisi, seyri, etiyolojik faktörleri, tedavisine yönelik yapılan araştırmalar kısıtlıdır. Tartışma, kavramsallaştırılması etrafında dönmeye devam etmektedir; bazı uzmanlar ŞAB'u bağımsız bir bozukluk olarak görürken, diğerleri ŞAB'u ya bir şizofreni biçimi ya da bir DB olarak görmektedir. (62)

DSM-5'te ŞAB'nin 2 alt tipi vardır:(61) Bipolar tip: Bipolar tip, bir manik epizodun varlığı ile karakterizedir. (Majör depresif epizotlar da meydana gelebilir). Depresif tip: Depresif tip için yalnızca majör depresif epizotların varlığı söz konusudur.

ŞAB ayrıca, klinisyenlere daha fazla tanımlayıcı ayrıcalık verme amacını taşıyan birkaç tanımlayıcı içerir. ŞAB'nin seyri, bozukluğın ilk tezahürü olarak tanımlanan 'ilk epizod' veya bir nüks ile en az iki epizod olarak tanımlanan 'çoklu epizodlar' olarak tanımlanabilir. Ek olarak, ŞAB, kısmi remisyonda veya tam remisyonda akut bir epizot olarak tanımlanabilir. Semptomların hastalığın çoğunda çok kısa eşik altı dönemlerle mevcut olduğu açıksa, seyir "sürekli" olarak tanımlanabilir. Bilgi mevcut olmadığında veya eksik olduğunda "belirtilmemiş" olarak tanımlanır. (62)

Şizoaffectif bozukluk duygudurum bozuklukları ile psikotik bozukluklar arasında köprü oluşturan bir spektrumda orta noktayı temsil ediyor olabilir. Teşhis değiştirme özellikle ŞAB için problemlidir. Geniş çaplı bir meta-analizde, başlangıçta ŞAB tanısı alan hastaların %36'sının yeniden değerlendirildiğinde tanıları değişmiştir. Bu teşhis

kayması, bipolar bozukluktan çok şizofreniye yönelmiştir. Ek olarak, başlangıçta şizofreni, BPB veya MDB tanılı tüm hastaların yarısından fazlasına, yeniden değerlendirildiğinde yeniden ŞAB tanısı konmuştur.(63)

DSM-5, ŞAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %0,5 ila %0,8 olan şizofreni kadar yaklaşık üçte bir oranında yaygın olduğunu tahmin etmektedir. ŞAB prevalansı, duygudurum bozukluklarında görülene benzer şekilde yaklaşık 2:1 cinsiyet oranıyla kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. (64–66) Bipolar alt tipe sahip eşit sayıda erkek ve kadın vardır, ancak depresif alt tipte bir kadın üstünlüğü vardır. Bipolar alt tip genç hastalarda daha sık görülürken, depresif alt tip yaşlı hastalarda daha sık görülür. ŞAB çocuklarda nadir görülen bir tanıdır.(67)

ŞAB'nin başlangıç yaşı erken yetişkinlik dönemine denk düşer, ancak çocukluktan yaşlılığa kadar değişebilir. Hastaların yaklaşık üçte biri 25 yaşından önce, üçte biri 25-35 yaşları arasında ve üçte biri 35 yaşından sonra teşhis edilir. Bir literatür taramasına dayanarak Cheniaux ve arkadaşları, ŞAB hastalarının başlangıç yaşının şizofreni hastaları ile duygudurum bozuklukları olanlar arasında olduğu sonucuna varmışlardır. (68–70)

ŞAB'nin seyri değişkendir, ancak şizofreni ile DB arasında bir noktaya yerleştirilebilir. 4-5 yıllık bir takip çalışmasında, ŞAB'li hastaların şizofreni hastalarından daha iyi bir genel gidişata sahip olduğu, ancak bipolar mani olanlardan daha kötü işlevsellığe sahip olduğu ve unipolar depresyon hastalarından çok daha kötü olduğu görülmüştür. Ruh hali ile uyumsuz psikotik özellikler, özellikle daha kötü bir sonucun habercisidir. Bu bulgular 10 yıllık takip sonucunda yeniden teyit edilmiştir. Duygudurum belirtileri şizofreni belirtilerinden daha iyi bir sonucun habercisidir.(71,72)

ŞAB'li hastalar için yaşam boyu intihar riskinin %5 olduğu tahmin edilmektedir ve bu risk, depresif semptomların varlığıyla ilişkilidir. Bir çalışma, ŞAB'li kadınların 17,5

yıllık daha kısa bir yaşam beklentisine (64,1 yıl) sahip olduğunu, erkekler için 8,0 yıl (69,4 yıl) azalttığını bulmuştur.(73,74)

ŞAB için tanısal, laboratuvar veya nörogörüntüleme testleri bulunmadığından, tanı koymanın en önemli temeli, aile üyeleri veya arkadaşlardan alınan ve tıbbi kayıtlarla desteklenen hastalık öyküsüdür. Bir ruh hali döneminde harcanan sürenin yüzdesinin belirlenmesi özellikle önemlidir. Bu, klinisyenin psikotik ve duygudurum semptomlarının zamansal ilişkisine çok dikkat etmesini **gerektirir.**(*DSM-5TM Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, n.d.)

Şizofrenide, bir duygudurum sendromunun tüm epizotlarının süresi, psikotik semptomların süresine göre kısadır (hastalığın toplam süresinin <%50'si). Duygudurum bozukluğu olan kişilerde psikotik belirtiler ortaya çıkabilse de genellikle depresyon veya mani yokluğunda mevcut değildirler ve bu da ŞAB ile psikotik mani veya depresyon arasındaki sınırı belirlemeye yardımcı olur.

ŞAB'li kişilerde beyin yapısında ve işlevinde önemli değişikliklerin meydana geldiği bildirilmiştir. Bu çalışmalar, en azından nörogörüntüleme açısından, ŞAB'nin şizofreni ile bipolar bozukluktan daha yakından ilişkili olduğunu ve şizofreninin bir varyantını temsil edebileceğini düşündürmektedir.(76–78)

2.9.Şizofreni ve Nörobilişsel İşlevler ve Bilişsel Bozuklukların İşlevsellğe Etkileri

Şizofreni, birey ve toplum açısından hala en gizemli ve en maliyetli zihinsel bozukluklardan birisi olmaya devam etmektedir. Şizofreni sadece ruh sağlığını etkilememektedir; şizofreni tanılı bireyler popülasyondan ortalama 15 yıl önce

ölmektedir , ölüm farkı son yıllarda artmaktadır. Bu açıdan baktığımızda şizofreni, çoğu fiziksel hastalığa göre daha yüksek oranda ölüme sebep olmaktadır. İntihar sebebiyle olan ölümler dışlandığında yükselen mortalitenin temel sebebi tıbbi bakıma ulaşımın düşüklüğü , rutin risk faktörlerinin sıklığının yükselmesiyle ilişkili olarak meydana gelen fiziksel durumlardır.(14)

Hastalığın görülme sıklığı, bireyler arasında semptomlar, seyir ve tedavi yanıtı gibi yerlere ve göçmen gruplara göre büyük ölçüde değişir. Bipolar bozuklukla paylaşılan ortak genetik sebepler vardır ve son moleküler genetik bulgular da otizm gibi gelişimsel bozukluklarla da şizofreni hastalığının örtüşen ortak genetik faktörlere işaret etmektedir (14)

Şizofrenide nörobilişsel bozulma çok uzun zamandır bilinen , şizofreninin temel parçası olduğu düşünülen önemli bir özelliktir ve hastalıkla ilişkili işlev bozukluğunun çoğunu oluşturur ve bilinen mevcut tedavilere iyi yanıt vermez. Şizofreni hastalarının işlevselliğinde, nörobilişsel bozulmanın klinik semptomlardan daha önemli olduğu çok farklı çalışmalarda gösterilmiştir. Şizofrenide nörobilişsel bozulmayı, çeşitli nörobilişsel testleri kullanarak gösterebiliriz. Şizofreni tanılı bireyleri, sağlıklılarla karşılaştıran araştırmalarda çok sayıda bilişsel alanda bozulma olduğu kanıtlanmıştır. Son bilimsel kanıtlar nörobilişsel fonksiyon bozukluklarının hastalığın tüm evrelerinde olduğuna dikkat çekmekle birlikte, psikoz riski yüksek olan bireylerde de geniş bir bilişsel etkilenmenin mevcudiyetini bildiren çalışmalar literatürde mevcuttur. Hastalık öncesi işlevselliği yüksek olan şizofreni hastalarının nörokognitif değerlendirmelerinde bilişsel işlevlerde çok az bozulma gösterebilir bile, hastalık öncesi seviyeleriyle karşılaştırıldığında nörobilişsel test performanslarının bu hastalarda beklenenin altında olduğu gösterilmiştir. Şizofreni hastaları yaş aldıkça normal popülasyondan farklı olmayarak yaşla ilişkili bilişsel gerileme göstermeye devam etmektedir.(82–87)

Şizofreni hastaları genel bilişsel performansta önemli bir bozulma gösterirler ve bu ortalama olarak sağlıklı kontrollerdekinden yaklaşık iki standart sapma daha düşük saptanmıştır. Bilişsel eksiklik, işsizlik ve bağımsız yaşayamama gibi olumsuz klinik sonuçlarla ilişkilidir. Şizofreni için şu anda onaylanmış tüm farmakolojik tedaviler, etkilerini dopamin D2 reseptörünün antagonizmi yoluyla gösterir. Bu etki mekanizması, halüsinasyonlar ve sanrılar gibi aşırı striatal dopamin sinyali tarafından yönlendirildiği düşünülen semptomlar için etkilidir. Bununla birlikte, antipsikotik ilaçların şizofrenide bilişsel bozukluklar açısından çok düşük düzeyde etkisinden söz edilebilir, çünkü bilişsel bozukluklar farklı patofizyolojik süreçlerle ilişkilidir. Faktör analizleri, beş faktörlü bir modelin şizofreninin belirti yapısını pozitif, negatif ve genel semptomlar şeklinde gruplandırılmasından daha iyi yakaladığını göstermektedir. Bu beş faktörden, dezorganizasyon faktörü varyansın çok az bir bölümünden sorumlu olmakla birlikte (soyut düşünmede zorluk, zayıf dikkat, yönelim bozukluğu, basmakalıp düşünme ve kavramsal dağınıklığı içerir) bilişsel test puanlarıyla en güçlü ilişkiyi gösterir. Ağ analizleri, genel olarak benzer belirti gruplamalarını tanımlamıştır ve bilişsel puanların, dezorganizasyonla bağlantılı olmasına rağmen, pozitif ve negatif belirtilerden farklı olduğunu bulmuştur. Belirli bir bilişsel alan için, şizofreni hastaları kontrol seviyesinin yaklaşık bir standart sapma altında performans gösterirler. Bununla birlikte, hastalar kontrollere göre genel bileşik skorlarda yaklaşık 1,5 standart sapmalı bir bozulma gösterirler. Bilişi Geliştirmek için Ölçüm ve Tedavinin faktör analizleri şizofreni test bataryası, yedi bilişsel alanı tanımlamıştır; işleme hızı, dikkat, akıl yürütme ve sosyal biliş , sözel öğrenme-bellek, görsel öğrenme-bellek, çalışma belleği.(88–92)

Bazı raporlar, işlem hızının şizofrenide en fazla bozulan kısım olduğunu , işlem hızı eksikliklerinin bilişsel performansın en önemli belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, işlem hızı özellikle antipsikotik ilaçlardan etkilenir ve daha önce ilaç almamış kohortlarda, bu bozukluğun boyutu sözel veya çalışma belleğindekienden daha büyük değildir. İşlem hızı birçok bilişsel işlevin bir bileşeni olduğundan, bu alandaki eksiklikler diğer üst düzey işlevlerdeki bozuklukları yansıtabilir. Örneğin, şizofreni hastaları, sembol kodlama gibi işlem hızı testlerine kontrollerden daha az stratejik olarak yaklaşabilir. Aynı şekilde, reaksiyon süresi gibi daha düşük seviyeli alanlarda

bile bozukluklar, üst düzey alanlardaki performans düşüklüğüne katkıda bulunabilir. Alt düzey süreçlerde ciddi bozuklukların varlığı ve birçok alanda eksikliklerin varlığı göz önüne alındığında, şizofrenide bilişsel bozuklukların en iyi şekilde genelleştirilmiş bir eksiklik olarak kavramsallaştırıldığı ileri sürmekte fayda vardır. Bununla birlikte, mevcut bilişsel testlerin sınırlamalarının, daha spesifik bozuklukların yakalanmasını engelleyerek belirli bilişsel süreçleri izole edemeyecekleri şekilde olup olmadığı netlik kazanmamış olup daha spesifik bilişsel ve algısal süreçleri inceleyebilen testler, şizofrenide bilişsel bozuklukların genelleştirilmemiş bileşenlerine karşı daha duyarlı olabilir.(91,93–100)

Şizofreni tanılı yetişkinlerde belirgin olan bilişsel işlevsellikteki bozukluğun çoğu, semptomların ilk ifadesi veya akıl sağlığı hizmetleriyle temastan önce belirlenir. Bu, bilişsel eksikliklerin klinik olarak belirgin olmadığı hastalarda bile, premorbid duruma göre bir dereceye kadar bozulmanın zaten meydana gelme olasılığını artırır. Bu, şizofrenisi olan kişilerin, aynı mevcut IQ'ya sahip kontrollerle eşleştirildiğinde, premorbid IQ'ya duyarlı bilişsel testlerde daha yukarıda skora sahip oldukları, fakat çalışma belleğinde daha düşük puanlara sahip oldukları bulgusu ile desteklenmektedir.(101,102)

Şizofreninin ilk atağından önce genellikle bilişsel kusurların da gözlemlendiği bir klinik yüksek risk durumu gelir. Psikoz açısından klinik olarak yüksek riskli bireyler şizofreni geliştirebilir veya geliştirmeyebilir ve bilişsel eksiklikler, daha sonra bozukluğu geliştiren klinik yüksek risk popülasyonunun alt grubunda en şiddetlidir. Bu bireylerde açık psikoza geçişin bilişsel işlevlerde daha fazla düşüşle ilişkililik durumu tam olarak aydınlatılmamıştır. Bilişsel bozuklukların (ve psikotik

semptomların) ilerlemesi, bilişsel işlevdeki değişikliklerin altında bu dönemde meydana gelen nörobiyolojik değişikliklerin yattığını düşündürür. Alternatif olarak, ilerlemenin olmaması, biliş için kritik olan nörobiyolojik faktörlerin önceden var olduğunu ve nörogelişimsel olduğunu gösterir. Şu anda, geçişin ardından ham bilişsel performansta bir düşüş olduğuyla ilgili bir kanıt yoktur fakat bu uygulama etkilerini yansıtabilir. Bununla birlikte, göreceli bir düşüş için bazı kanıtlar mevcuttur: Bir çalışma psikoz geliştiren CHR bireylerinin, geçiş yapmayan CHR bireylerine kıyasla başlangıca göre işlem hızında görece bir kötüleşme sergilediğini bulmuştur. (103–106)

Hastalık boyunca bilişsel işlevdeki bir düşüş başlangıçta şizofrenin belirleyici bir özelliği olarak görülüyordu. Bununla birlikte, uzunlamasına çalışmaların meta analizleri, birden fazla bilişsel alanda iyileşme gösterme eğilimindeydi. Bununla birlikte, incelenen çalışmaların çoğu sınırlı süreliydi ve gözlenen iyileşmeler muhtemelen uygulama etkilerinin artefaktlarıdır ve hastalarda kontrollere göre daha az iyileşme gözlenmiştir. 10 yıldan fazla süren uzun süreli uzunlamasına çalışmalar nadirdir ve bilişsel fonksiyonda hem iyileşme hem de düşüş göstermiştir. Büyük ölçekli kesitsel çalışmalar, bilişsel işlevsellik yaşla birlikte azalırken, bunun bozukluğun şiddetinde bir artış olmadan normal yörüngeleri takip ettiğini öne sürmüştür. Şizofrenili bireylerde 65 yaş üstü bilişsel fonksiyonda kontrollerden daha hızlı bir düşüş olduğuna yönelik birtakım kanıtlar mevcuttur. Bu düşüşün temeli belirsizdir, ancak kısmen şizofreni hastalarında kötü fiziksel sağlığa ikincil gibi durmaktadır. İlerleyen yaşlarda giderek daha belirgin hale gelir. Hem alt başlangıç noktası hem de müteakip düşüş, şizofreni hastalarında demansın insidansının artmasına ve daha erken başlamasına katkıda bulunabilir.(107–112)

DSM-5'in gelişimi sırasında, şizofreni için yeni bir tanı kriteri olarak bilişsel bozukluğun eklenmesi düşünülmüştür. Bununla birlikte, bu uygulanmamıştır, çünkü şizofrenideki bilişsel eksiklikler, diğer koşullardaki (bipolar bozukluk gibi) tanısal değere sahip olacak şekilde yeterince farklı olarak kabul edilmedi. Bununla birlikte, farklı psikiyatrik bozukluklardaki eksikliklerin paterni aynı değildir. Örneğin, şizofrenideki bilişsel bozukluklar bipolar bozukluk ve depresyondan daha şiddetlidir

ve bipolar bozukluk veya depresyon için geçerli olmayan semptomların ekspresyonundan önce açıkça mevcuttur. Bununla birlikte, şizofrenide, öznel bilişsel zorluklar klinik yüksek risk durumu için tanı kriteri olarak kullanılabilmesine rağmen, öznel bir kriterin kullanımı, bozuklukla ilişkili içgörü eksikliği nedeniyle karmaşıktır.(113–116)

Şizofreni hastası bazı bireyler öznel bilişsel bozukluklardan şikâyet eder ve bunlar, bozukluk için klinik olarak yüksek risk altındaki insanlar arasında daha da yaygın görünmektedir. Potansiyel patofizyolojik ve tanısal önemlerine ek olarak, kendi bildirdiği bu semptomlar önemlidir, çünkü **yaşam** kalitesinde bir düşüşle ilişkilidirler. Aynı zamanda, şizofreni hastalarının önemli bir kısmının ciddi bilişsel bozukluklara sahip olduğu ancak öznel eksiklikler bildirmediği açıktır.(117,118)

Şizofreni hastaları arasında, bilişsel bozukluğun öznel raporları ile bilişsel performansın nesnel ölçümleri arasında yalnızca zayıf bir korelasyon vardır ve komorbid depresyonlu hastalarda öznel bozuklukların bildirilmesi daha yüksek görünmektedir.(119)Analiz, en büyük öznel bozukluğu bildiren hastaların %50'si ile sınırlı olduğunda, öznel raporlar ve objektif önlemler arasındaki korelasyon daha güçlü görünmekle birlikte yine de sadece mütevazıdır. Benzer şekilde, klinik olarak yüksek psikoz riski taşıyan bireylerde objektif ve öznel biliş ölçütleri arasında minimum korelasyon vardır (117). Psikoz spektrumu genelinde güçlü bir korelasyonun olmaması, psikoz riski yüksek olan bireylerin, objektif testlerde daha az derecede bozulma olmasına rağmen, şizofreni hastalarına göre daha fazla öznel bozukluk bildirdiğine dair bulgularla uyumludur. (120)İçgörü eksikliği ve (121)daha yüksek düzeyde düzensiz semptom, bilişsel yetenekleri kendi kendine değerlendirme becerisine katkıda bulunan kilit faktörler gibi görünmektedir ve benlik kesinlik önlemlerinde yüksek puanlara sahip bireyler (örneğin, “deneyimlerime ilişkin yorumlarım kesinlikle doğru” gibi ifadeleri onaylamak), daha büyük bilişsel sorunları olan kişiler olma eğilimindedir. (122)Bu, biliş için tedavilerin sunulmasıyla ilgilidir, çünkü öznel bozukluğu olan bireyler tedaviye katılmaya daha istekli görünüyor, oysa daha ciddi objektif bozukluğu olanlar ihtiyacı göremeyebilir(123) .

Şizofrenideki bilişsel performans seviyesi ile gerçek yaşamdaki işlevsellik seviyesi arasında direk bir ilişki mevcuttur. Bu ilişki performansa Dayalı Beceri Değerlendirmesi gibi performansa dayalı ölçütler kullanılarak değerlendirildiğinde özellikle güçlü görünmektedir.(94,124)

Şizofreni ile ilişkili önemli sağlık maliyetlerinin ana itici gücü hastaneye kabuldür. Bilişsel bozulma, tedaviye uyumun azalması, hastaneye yatış olasılığının artması ve hastanede daha uzun süre kalış süresi ile bağlantılıdır. Sağlık maliyetlerine ek olarak şizofreni, hastaların %80-90'ı işsiz olduğundan ve yetişkin yaşamlarının büyük bir bölümünde işsiz kaldığından dolayı bu durum daha büyük toplumsal maliyetlere sebep olur. Negatif semptomların yanı sıra bilişsel bozukluklar, bu üretkenlik kaybında önemli bir faktördür.(125–128)

2.10.Sosyal Biliş

Bilişsel işleme sürecinin toplumsal kavramlarla olan ilişkisine odaklanan sosyal biliş, hayvan çalışmalarından yola çıkarak çevreye uyumlanma sürecinin insan evrimi içerisinde daha iyi anlaşılmasını hedefler. Çevresel düzeyde engellenmelere maruz kalmak baş edebilme becerisini geliştirir ve kompleks davranışların gelişimi ile ilişkilidir. Sosyal biliş, herhangi bir durum karşısında kişinin sosyal açıdan önemli ipuçlarını kullanarak davranışlarını uyumlu bir şekilde ortaya koyabilme kapasitesidir. Bunun gerçekleşebilmesi için uyarının algılanmasından sosyal açıdan uygun davranışının ortaya konulmasına kadar geçen süreç için nörolojik bir alt yapı gereklidir. Sosyal biliş diğer temel bilişsel faktörlerle birlikte davranışsal cevapların oluşmasına katkı sunmaktadır.(129)

Bireyin kendisini ve çevresini anlama, algılama ve işleme süreci ve uygun davranışsal çıktıların oluşturulabilmesini sağlayan temel nörobiyolojik süreçler sosyal bilişin çalışma alanı kapsamındadır. Sosyal biliş ;bireyin kendisi ve diğerleri ile ilgili bilgileri algılaması, kavraması ve düzenlemeler yapmak için doğuştan getirdiği

becerileri tanımlayan şemsiye bir terimdir.(129)Sosyal biliş, kişinin kendisi ve diğerleri arasındaki ilişkiyi simgeleştirebilmesi ve bu zihinleştirme sürecinin sonucu olarak sosyal davranışlarını uyum sağlayabilecek esneklikte yönlendirebilme becerisidir.(130)Nörobilişin ve sosyal bilişin nöral temellerini inceleyen çalışmalar sonucunda birbirinden ayrı sistemlerin rol aldığının gözlemlenmesinin sonucu olarak bu iki yapının birbiriyle ilişik olmasına rağmen bağımsız kavramlar olarak ele alınması görüşü hakimdir.(131) Yakın zamanlı bir çalıştayda, sosyal biliş beş temel alanda incelenmiştir.(132)

2.10.1.Sosyal Bilişin Bileşenleri

2.10.1.1.Duygu Algılama

Duygusal süreçler, gündelik hayatımızda düşüncelerimiz ve davranışlarımızı sosyal ipuçlarını kullanarak yönlendirmemize ve sosyal ilişkiler kurmamıza yardımcı olur. Hem insanlar hem de hayvanlarda duygusal tanıma süreci sosyal iletişime öncelik etmektedir. Ayna nöronlar bir başkasının duygusunun algılanmasında anahtar rol oynar, bir başka duygu tanıma süreci de kişinin deneyimlerinden yola çıkarak bilişsel yorumlama yapmasıdır. (133)

Duygusal algılama(işleme), bireyin karşıdaki kişinin mimikleri, ses tonu ya da her ikisinin bileşiminden elde ettiği verileri kullanarak duygusal ifadeleri tanıyabilmesi ve adlandırabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kùltürler arası sosyal alışkanlıklar değişmekle birlikte, kızgınlık, üzüntü, mutluluk, şaşkınlık, korku ve iğrenme olarak adlandırdığımız duygular evrensel olarak kabul edilmiş temel duygulardır. Duygu tanıma basit bir şekilde duygusal ifadeleri fark edebilmedir ve daha alt düzey bir bilişsel beceridir. Duyguları anlama ve yönetebilme becerileri ise daha üst düzey bilişsel becerilerdir, diğer insanların duygusal tepkilerine uygun bir biçimde çıktı üretebilmeyi kapsar.

İnsanın sosyal hayata uyumu ve etkili bir iletişim kurabilmesi için yüz ve ses tonundan duyguları tanıma, anlamlandırma ve yorumlama becerisi hayati bir önem arz

etmektedir. Otizm Spektrum bozukluğu başta olmak üzere şizofreni spektrum bozuklukları, BPB, depresyon gibi birçok psikiyatrik hastalıkta duygu tanıma süreçlerinde etkilenme gözlenmiştir. Şizofreni spektrum bozukluğunda görülen duygusal işleme sürecindeki aksamalar psikotik özellik göstermeyen diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha şiddetli düzeydedir.(134,135)

Yüzleri tanıma-duygu tanıma becerilerinde bozulma şizofreni hastalığının ilk tanımlandığı yıllardan beri hastalığın bir özelliği olarak kabul edilmiş ve çoğu bilimsel çalışmada duygusal işleme süreçleri ele alınmış ve bu süreçlerde bozulmaların olduğu gözlemlenmiştir. Şizofreni hastalarında duygu işleme sürecinde özellikle korku ve negatif duyguları tanımakta zorlanma olduğu çalışmalarla bildirilmiştir.(136)Bu alanlardaki zorlanmalar şizofreni hastalarının çalışma, kişiler arası ilişkiler kurma ve sosyal ortamlara uyum sağlama gibi becerilerde zorluklar yaşamasına sebep olmaktadır.

Şizofrenide görülen duygu işleme bozukluğu hastalığın farklı evrelerinde ve erken evrede, hastalık öncesi riskli olan bireylerde ve şizofreni tanılı bireylerin birinci derece akrabalarında görülmektedir ve aynı zamanda bazı çalışmalarda anlamlı düzeyde olmadığı gözlenirse de remisyondaki hastalarda da duygu algılama bozukluklarının devam ettiği söylenebilir. Semptomatik olarak remisyona girmiş bireyler akut hastalık evresindeki bireylere göre daha iyi performans sergileyebilir. Duygu işleme sürecinde bozulma ile ilgili genel düşünce yüz işleme ve duygu tanıma yönünde genel bir aksaklık olduğu şeklindedir; sağlıklı kontrollere göre şizofreni hastalarının yüz ifadelerini değerlendirirken daha az zaman harcadıkları ve doğru olmayan sonuçlara vardıkları yönündedir. Ayrıca çalışmalardaki kanıtlar şizofreni hastalarının diğerlerinin ne düşündüğü ya da hissettiğine yönelik doğru çıkarımlar yapma konusunda, somut kanıtlarla yorumlama yapmaya nazaran daha fazla zorlanma olduğuna işaret etmiştir. Bu hastalar (korku duygusu gibi) olumsuz duyguları, mutluluk gibi olumlu duygularla karşılaştırıldığında yorumlamakta daha fazla zorluk çekmektedirler. Nötr yüz ifadelerini ise daha fazla oranda olumsuz olarak değerlendirmektedirler.(134,137)

Şizofreni hastalarında duygu işleme performansındaki bozulma negatif belirtilerin şiddeti ile korele gözükmetedir. Hareket halinde olmayan (statik) ve hareket halinde olan(dinamik) görüntüler kullanılarak yapılan çalışmalarda pozitif ve negatif belirtili hastalarda farklı sonuçlarla karşılaşılabilceğini işaret etmektedir. Negatif belirtili şiddeti yüksek olan hastalar durağan görsel materyalleri duygusal işleme sürecinde daha kötü performans gösterirken, hareket halindeki görsel uyaranları duygusal olarak işleme sürecinde pozitif belirtili şiddeti yüksek olan hastaların daha başarısız olduğu iddia edilmektedir. Negatif semptomatolojinin şiddeti ile duygusal işleme sürecindeki bozulma arasındaki ilişkinin kanıt düzeyi daha yüksektir.(138)

Bu alandaki farklı çalışmalar, statik ve dinamik duygu işleme sürecinde kortikal işlev bozukluğunun farklı modellerinin olabileceği öngörmektedir. Bu da pozitif ve negatif semptomatoloji gösteren hastalarda özellikle farklı kortikal nöronal devrelerin daha baskın olabileceğine işaret etmektedir.(139)

Statik yüz işleme dinamik yüz işleme ile karşılaştırıldığında frontal kortikal bölgelerin daha aktif olduğuna dair kanıtlar vardır, frontal bölgede gözlenen disfonksiyon; avolüsyon, anhedoni, aloji gibi negatif belirtilerle de ilişkilendirilmiştir.(140)Dinamik duygusal yüz işlemede pozitif semptomlarla temporoparietal bölgeler daha fazla ilişkilendirilmiştir.(141)Duygu işleme süreci mevcut tedavi başlangıç yaşı, tedavi, hastalık şiddeti gibi faktörlerden de etkilmektedir. (135)

Penn Duygu Tanıma Testi(BLERT)duygusal işleme süreçlerini değerlendirmek için geliştirilmiş yöntemlerdir. (135)

Çalışmamızda Penn Duygu Tanıma Testini şizofreni spektrum hastalarında duygusal işleme sürecini değerlendirmek için kullandık. Bilgisayar temelli, mutluluk, kızgınlık, tiksinti, üzgün, duygusuz, nötr ifadeleri içeren yüzlerin yer aldığı 96 adet renkli fotoğraftan oluşan bir bataryadır.

2.9.1.2.Sosyal Algı ve Bilgi

Sosyal algı; bireyin içinde yer aldığı koşullardan elde ettiği iletişimsel verileri kullanarak yani sosyal ipuçlarını kullanarak bir sonuca varabilmesidir. Sosyal algı kavramsal olarak, sosyal ilişkileri ve etkileşimleri yönlendiren her türlü rol, kural ve hedefleri idrak edebilmektir. Sosyal algı duygu algılamadan fazlasıdır, duygu tanımaya ek olarak, kişinin sosyal bağlamında ipuçlarını kullanarak durumsal olaylardan veya kişilerarası ilişkilerden bir sonuç çıkarabilmesi ve yargıya varabilmesidir.(142–144)

Sosyal bilgi ise bireyin farklı sosyal ortamlarda kendisinden neler beklendiğinin farkında olmasıdır, sosyal açıdan yeterlilik için bir ön koşuldur. Şizofreni hastalarında akut dönemde ve remisyonda sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında sosyal algı ve bilgide bozulma olduğu tespit edilmiştir. Sosyal ipucu tanıma bozulmalarının hastalığın erken evresinde (prodrom) ve şizofreni hastalarının akrabalarında da bozulmuş olması dikkat çekicidir. Sosyal algı ve bilgi ile ilişkilendirilen nörobilişsel fonksiyonlara görsel dikkat ve erken görsel işleme, sözel tanıma belleği gibi örnekler verilebilir.(142,143)

2.9.1.3.Atıfsal yanlılık

Atıflar, bireyin yaşadığı olaylar, kendi ya da diğerlerinin davranışlarının nedenleri hakkındaki düşünceleridir. Olayların nedenlerinin (olumlu ya da olumsuz) nasıl açıklandığı ise atıfsal yanlılıktır. Atıf yanlılığı ilk kez depresyonda çalışılmış ve depresif ruh halinin kişilerin olumsuz olaylar yaşandığında daha fazla içsel atıfta bulunduklarına dikkat çekilmiş olmakla birlikte, şizofreni hastalarında ise genellikle perseküsyon sanrıları ile ilişkilendirilen atıfsal yanlılık akut dönemde artmaktadır ve psikotik belirtiler şiddetlendikçe atıflar olumsuz olarak etkilenmektedir. Perseküsyon sanrıları olan hastalarda “sonuca atlama” ve “düşmanlık yanlılığı” gibi başka sosyal bilişsel yanlılıklara da işaret edilmiştir. Bu hastalar, edindikleri kısıtlı bilgiyle iddiaları çabuk kabul etme/ reddetme (sonuca atlama) eğilimi gösterebilirler veya bu kişiler, net olmayan durumların anlaşılmasının zorluğu sebebiyle, başkalarının amaçlarından düşmanca /tehdit edici yorumlar çıkarabilmektedirler. Psikoz açısından yüksek riskli

bireylerin de atıf yanlılığı gösterdiği bildirilmiştir. Atıfsal yanlılığı ‘kendine hizmet eden yanlılık’ ve de ‘kişiselleştirme yanlılığı’ şeklinde ele alabiliriz .Kendine hizmet eden yanlılık, kişinin bir şeyin olumlu sonuçlanmasını kendi eylemlerine, olumsuz sonuçlanmasını ise diğer kişilerin eylemlerine bağlamasıdır. Şizofrenide (perseküsyon sanrıları) bu yanlılık şiddetlendiği iddia edilmektedir. Daha sık kullanılan ‘kişiselleştirme yanlılığında’ eylemlerle değil kişilerle ilişkilendirilen olumsuz sonuçlar söz konusudur. (145–148)

2.9.1.4.Zihin Kuramı

Zihin kuramı, başkaların eylemlerinin altında yatan zihinsel süreçleri yorumlama, çıkarımda bulunma, açıklayabilme kapasitesi ile ilgilidir. Zihin kuramı demek; yanlış inançları ,ipuçlarını, , mizahı, ironiyi , metaforu idrak etmektir. İlk olarak Frith zihin kuramı bozukluklarının şizofrenide gözleendiğini iddia etmiş olup sonraki yapılan araştırmaların büyük kısmında şizofreni tanılı bireylerin şiddetli zihin kuramı bozuklukları görülebileceği tespit edilmiştir. Zihin kuramı bozukluklarının ölçülmesinde, birinci sıra inanç (ötekinin zihinsel durumunu kendi zihinsel durumundan ayırabilme), ikinci sıra inanç (diğerlerinin zihinsel temsilleri ile ilgili fikir yürütebilme becerisi), metaforu, ironiyi idrak etme ile pot kırdığını anlama şeklindeki görevlerin performanslarına bakılmaktadır. (149,150)Yakın zamanda yapılan bir meta analizde 29 çalışma incelenmiş zihin kuramı bozukluklarının akut dönemde daha şiddetli olmakla birlikte remisyon döneminde de devam ettiğı gözlenmiştir. Yine Bora ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir meta analiz 36 çalışmayı incelemiş ve bu sonucu destekler nitelikte sonuçlar bildirmiştir. Zihin kuramı bozuklukları, genetik olarak yüksek şizofreni riski taşıyan eşik altı şizotipal kişilik özelliğı olan bireylerde ve ilk atak psikoz hastalarında da gözlenmektedir. (151,152)

Zihin kuramını değerlendirilen testlerin çeşitliliğı sebebiyle net bir ölçüm aracı olmamasının eksikliğinden kaynaklanabileceğı düşünölmekle birlikte zihin kuramı ve şizofreniye özgü bulgular arasındaki ilişki açısından görüş birliğı eksikliği mevcuttur. Zihin kuramını ölçen testlerin performansındaki düşüklük bazı çalışmalarda negatif

belirtilerle ve pozitif belirtilerle ilişkili bulunmuştur. Bir meta-analizin sonuçları, dezorganize belirtili şizofreni tanılı bireylerin zihinselleştirme becerilerinin, başka belirtileri olan hastalara göre daha bozulmuş olduğuna işaret etmiştir. Şizofrenideki zihin kuramı bozuklukları, genel kognitif işlevsellikteki bozulma ile ilişkili olmakla birlikte (dikkat ve bellek sorunları zihin kuramı test performanslarını etkiler), ayrı ve bağımsız değerlendirilmesi gereken bir bilişsel bozulmadır. (151,153–155)

2.11.Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluğun Kognisyon Açısından Karşılaştırılması

Şizoaffektif bozukluk klinik tanı ölçütlerinde şizofreni ve bipolar bozukluk arasında net sınırlar bulunmaması sebebiyle, şizoaffektif bozukluğu şizofreniden ayırabilecek klinik ve bilişsel özellikler konusunda tartışmalar devam etmektedir. (156,157)

Şizofreni ve ŞAB arasındaki nörobilişsel fonksiyonları karşılaştıran bir dizi çalışma literatürde mevcuttur. Mevcut araştırmaların çoğu şizofreni ve ŞAB arasında minimal bilişsel farklılıklar olduğuna dikkat çeker. Yani mevcut araştırmaların çoğu temel nörobilişsel fonksiyonlar açısından karşılaştırıldığında ŞAB'a sahip hastaların şizofreniye yakın ya da nispeten daha iyi olduğunu söylemektedir. (Bornstein ve diğerleri, 1990, Evans ve diğerleri, 1999, Goldstein ve diğerleri, 2005, Gooding ve Tallent, 2002, Miller ve diğerleri, 1996, Reichenberg ve diğerleri, 2002, Townsend ve diğerleri, 2001).

Şizofreni ve ŞAB arasındaki sosyal bilişsel işlevleri karşılaştıran çok araştırma mevcut değildir. Sosyal biliş ile özet bir açıklama yapmak mümkün gözükmemektedir.

Şizoafektif bozukluk; bipolar ve depresif alt tipler olarak sınıflandırılmıştır. Her ikisi arasında klinik anlamda farklılıklar bildirilmiş olmakla birlikte bilişsel profilleri karşılaştıran çalışmaların kısıtlılığı sebebiyle net bir fark ortaya konulamamıştır. (158,159)

Bir çalışmada şizoaftif bozukluk bipolar alt tip ve depresif alt tipin demografik ve klinik değişkenler (yani seyir, tedavi) açısından birbirinden farklı olduğu ve bipolar alt tipin daha kötü bir sonucu ifade ettiğini bildirilmiştir(160)

Şizoaftif bozukluk bipolar ve depresif alt tipi nörobilişsel fonksiyonlar açısından şizofreni hastaları ile karşılaştıran bir çalışmada şizoaftif bozukluk alt tiplerinin ve şizofreninin bilişsel profilinin benzer olduğu (çoğu alt testte hiçbir fark bulunmamış), depresif alt tipin işlem hızı ölçümlerinde şizofreniden önemli oranda performansının daha iyi olduğu ve depresif alt tipin böyle bir alanda şizofreni ve bipolar alt tipten daha az bozulabileceğinden bahsedilmiştir.(161)

İpucu Verme Görevi performansını şizofreninin alt tipleri arasında karşılaştıran, zihin kuramını (ZK) inceleyen bir çalışma , dezorganize şizofreni alt tipine sahip hastaların ŞAB tanılı bireylerden daha kötü performans gösterdiğini, ŞAB ile diğer şizofreni alt tipleri arasında herhangi bir performans farkı olmadığını bulmuştur. (162)Yine bir karşılaştırma çalışması ise şizofreni ve şizoaftif hasta grupları arasında temel bilişsel ölçüm sonuçları açısından anlamlı bir farkın olmadığı ve sosyal biliş ölçümlerinden biri olan İpucu Görevinde ŞAB grubunun lehine bir fark olduğunu göstermemiştir.(163)

Şizofreni ve şizoaftif bozukluk arasındaki sosyal bilişsel işlevleri karşılaştıran birkaç çalışmanın sonuçlarını incelendiğinde; hastalık öncesi akademik uyumu

karşılaştıran bir çalışma şizoaffectif hastalarda hastalık öncesi akademik uyum nispeten daha iyi bulmuştur. (164)

Sosyal bilişi ölçmek için resim düzenleme alt testinin değiştirilmiş bir yönteminin kullanıldığı yakın tarihli bir çalışmada şizoaffectif hastalar için daha iyi performans bildirilmesine rağmen premorbid zekâ değişkeni ortak değişken olarak analizlere eklendiğinde bu farkın ortadan kalkmış olduğu gözlenmiştir. (165)

Yakın zamanda yapılan bir şizoaffectif bozukluk, şizofreni ve unipolar depresyonu hastalık özellikleri ve bunların heterojenliği açısından karşılaştıran bir meta-analizde şizoaffectif bozukluğun şizofreni ve affectif bozukluklar arasında bir yerde olduğu görüşü desteklenmiş ve şizoaffectif bozukluktaki heterojenitenin, unipolar depresyondan daha büyük olmadığı ve şizofreniden önemli oranda yüksek olmadığı bilgisine ulaşılmıştır.(166)

Biliş ile ilgili olarak, tutarlı kanıtlar, şizofreni hastalarının özellikle dikkat, bellek, yönetici işlevler ve sosyal bilişte bilişsel işlev bozukluğu gösterdiğine işaret etmektedir.(167,168)

Şizoaffectif bozukluk tanılı hastaların bilişsel profili ise, muhtemelen şizoaffectif bozukluk tanısının karmaşıklığı ve klinik semptomatolojisinin heterojenliği sebebiyle ve bu konu üzerinde çalışmaların yetersizliği sebebiyle, zayıf bir şekilde tanımlanmıştır. Şizoaffectif bozukluk ile sağlıklı kontroller arasındaki bilişi karşılaştıran çoğu çalışma, şizofreni ve şizoaffectif bozukluğu aynı klinik gruba dahil etmiş, dolayısıyla şizoaffectif bozukluğun bilişsel profilini bulanıklaştırmıştır. Az sayıdaki nörobiliş çalışması şizoaffectif bozukluğu şizofreniden ayrı bir klinik antite olarak değerlendirmiştir.

Bir meta-analiz ve bir çalışmada şizoaftif bozuklukta gözlemlenen bilişsel kusurların şizofrenide bulunanlara benzer olduğu ve her iki bozukluk arasındaki farkların çok küçük olduğu öne sürölmektedir.(169,170)

Başka bir çalışma şizoaftif bozukluk hastalarının nöropsikolojik performansını şizofreni veya bipolar bozukluk hastalarının performansından ayırt edememiştir.(171)

Şizofreni ve şizoaftif bozukluk arasında bilişsel profillerindeki farklılıklar hakkındaki kanıtlar tutarsızdır. Bazı çalışmalar şizoaftif bozukluğa sahip hastaların şizofreniden daha iyi genel bilişsel performans gösterdiğini bildirirken, şizoaftif bozukluğun psikotik süreklilik boyunca şizofreni ile BPB arasında bir orta nokta olarak düşünölmesi gerektiğini öne sürerken, diğeri bu tür durumlar arasında ayırım yapmakta başarısız olmuştur.(171–173)

Bir gözden geçirmede (22 nöropsikolojik makalenin ,19 nörogörüntölleme makalesinin gözden geçirildiğı) şizoaftif bozuklukta nörobiliş performansları ve nörogörüntölleme anormalliklerinin bipolar bozuklukta daha çok şizofreniyi andırdığı işaret edilmiştir, bu durum psikoz için süreklilik modelini desteklemektedir.(169)

Şizofreni, bipolar bozukluk ve ŞAB'ın sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışma; şizofreni ve psikotik bipolar bozuklukta güçlü eksiklerin olduğu, daha az kalıcı psikoz ve daha belirgin duygusal özelliklerin göröldüğü hastalarda daha az bilişsel bozukluğun olduğu bir süreklilik modeliyle uyumlu sonuçlar bulunmuştur.(172)

Şizofreni, BPB, ŞAB ve sağlıklı kontrollerin bilişsel profillerini karşılaştıran bir diskriminant fonksiyon analizi kullanan bir çalışmada , sağlıklı kontrol deneklerine göre, şizoaftif bozukluk , şizofreni veya bipolar bozukluk hastalarının tümünün çoğı bilişsel boyutta önemli eksiklikler sergilediğı, şizofreni grubunun özellikle

bozulmuş motor hızı sergilediği ve bipolar bozukluğa sahip hastalarının dikkat, işlem hızı, yürütme işlevi alanlarında en iyi olduğu işaret edilmiştir. Bununla birlikte, bir diskriminant fonksiyon analizi ile ŞAB, şizofreni ve BPB hastalarını etkili bir şekilde ayırt edemediği bulunmuştur. (173)

Şizofreni, ŞAB ve sağlıklı kontrollerin olduğu bir karşılaştırma çalışmasında (188 şizofreni, 63 şizo-duygulanım bozukluğu ve 268 kontrol) şizofreni ve şizoaffektif bozukluğun bilişsel açıdan önemli, anlamlı ayrımlar göstermediğini işaret etmiştir. (174)

Şizoaffektif bozukluğun ayrı bir hastalık, şizofreni veya BPB'un bir alt tipi veya şizofreni ile bipolar bozukluk arasındaki boyutsal süreklilik üzerinde bir ara kavram olduğu ileri sürülmüştür.(175)

Pek çok araştırmacı ŞAB, şizofreni ve BPB arasında klinik psikopatolojinin ve genetik ve nörobiyolojik patofizyolojinin ortak yönlerini tanımlamıştır.(176–179)Bilişsel eksiklik bu psikiyatrik bozuklukların ortak özelliğidir (180). Kanıtlar, bilişsel profillerin, psikotik bozukluklar arasında altta yatan nörobiyolojik varyasyonları saptamak için bir ara fenotip işlevi görebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle bilişsel profiller, ŞAB, şizofreni ve BPB'un geleneksel nozolojik sınırları ve ara fenotip sunumları hakkında fikir verebilir. (181)

Üç hasta grubunun (ŞAB, şizofreni ve BPB) bilişsel profillerini karşılaştıran çalışmalar çelişkili bulgulara sahiptir. Bazı araştırmacılar, bu üç hasta grubunun genel olarak benzer derecelerde bilişsel eksiklikler sergilediğini ve nöropsikolojik profillere göre çeşitli psikotik kategoriler arasında bir nozolojiyi desteklemediklerini ileri sürmüşlerdir. (Amann ve diğerleri, 2012, Bora ve diğerleri, 2009). (Amann et al., 2012; Bora, Yücel, et al., 2009'a)Bununla birlikte, bir çalışma, şizoaffektif bozukluk

hastalarının bilişsel performansının şizofreni ve duygusal psikoz arasında orta düzeyde olabileceğini öne sürmüştür (181). Bazı araştırmalar şizoaffektif bozukluktaki nörobilişsel eksikliklerin şizofrenidekine bipolar bozukluktan daha fazla benzediğini ortaya koymuştur.(183,184)Bu bulgu, şizoaffektif bozukluğun, şizofreninin bir varyantı veya psikozun sürekli spektrum modelinin bir parçası olabileceği anlamına gelir. Şizoaffektif bozukluk şizofreniye bipolar bozukluktan daha yakındır. (185)Daha yakın zamanlarda, ayırt edici işlevler analizini (DFA) içeren bir çalışma, sözel bellek performansının bipolar bozukluk ve şizofreni arasındaki birincil ayırıcı olduğunu, oysa şizoaffektif bozukluğun farklı bir bilişsel modelle ilişkili olmadığını ve bir DFA sınıflandırıcısı kullanılarak doğru bir şekilde tanımlanamayacağını buldu. (186)

2.12.Şizofreni spektrumunda Mizaç özellikleri ve Nörokognisyon

Affektif bozukluklarda mizaç özellikleri ve nörokognisyon arasındaki ilişki ile ilgili fazlaca çalışma mevcuttur fakat şizofreni spektrumunda mizaç özellikleri ve nörokognisyon ilişkisi pek çalışılmamıştır.

BPB ile sağlıklı kontroller arasında mizaç özelliklerinin nörobilişsel fonksiyonlarla ilişkisini inceleyen bir çalışmada duygusal mizaçlar ve nörobilişin ilişkili olduğu yönünde veriler elde edilmiştir. Bipolar bozuklukta daha yüksek siklotimi ve sinirlilik oranları, daha iyi işlem hızı, işleyen bellek, muhakeme ve problem çözme ile ilişkilendirilmiştir. Sağlıklı kontrol grubunda ise artan sinirliliğin, dikkat ve sosyal biliş ölçümlerinde daha kötü performansla ilişkilendirildiği sonucuna ulaşılmıştır. (187)

Şizofreni, bipolar bozukluk (BB) ve unipolar bozukluk (UD) hastalarında affektif mizaç özelliklerinin yoğunluğunu karşılaştıran bir çalışmada; Şizofreni ve BPB olan hastalar arasında BPB tanılı bireylerde i.o daha yüksek sinirli mizaç puanları gösterildi. BP ve UD hastalarının karşılaştırılmasında, bipolar grupta anlamlı olarak sinirli ve siklotimik mizaç skorları daha yüksek bulundu. Şizofreni ve BPB hastaları arasında incelenen 5 affektif mizaçtan 4'ünde anlamlı fark bulunmaması, bu hastalıklara ortak bir genetik yatkınlık gösteren çalışmaların sonuçlarına karşılık gelebileceği düşünülmüştür. Öte yandan, siklotimik, irritable ve bir ölçüde hipertimik mizaçlardaki BP'li hastalarla UD'ye kıyasla farklılıklar, bu mizaçlardan daha yüksek puan alan UD hastalarında daha sonra BP'ye dönüşme riskinin yüksek olduğunu tahmin etmek için kullanılabilir.

Lübnanlı şizofreni hastalarından oluşan geniş bir örneklemde TEMPS-A'yı kullanarak affektif mizaç farklılıklarını belirleyen ve bunları sağlıklı kontrollerle karşılaştıran bir çalışmada; şizofreni hastalarının ortalama depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç skorları sağlıklılardan daha yüksek bulunduğuna işaret edilmiştir. Sağlıklı kontroller, şizofreni hastalarına kıyasla önemli ölçüde daha yüksek ortalama hipertimik mizaç puanına sahip olduğu sonucuna ulaşıldığı ve sadece şizofreni hasta grubunda, kadınlar erkeklere göre depresif, siklotimik ve endişeli mizaç açısından daha yüksek puan aldığı, sağlıklı kontrol grubunda ise erkeklerin kadınlara göre hipertimik ve sinirli mizaç açısından daha yüksek puan aldığı ve kadınlarda erkeklere göre depresif ve endişeli mizaç skor ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna yer verilmiştir. Ek olarak, daha yüksek PANSS toplam puanlarının yanı sıra daha yüksek pozitif, negatif ve genel alt ölçek skorları, daha yüksek depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç skorları ile anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir.(188)

2.13.Şizofreni Spektrumunda Yaşam Boyu Duygudurum Semptomları ve İşlevsellik (Nörobiliş ve Sosyal Biliş)

2.13.1.Hipomanik/Manik Semptomlar ve İşlevsellik

Şizofreni hastalarında duygudurum semptomlarının (hem depresif hem de manik) nispeten yaygın olduğu artık iyice anlaşılmıştır. Ayrıca, depresif belirtilerin şizofreni hastalarında önemli prognostik çıkarımlara sahip olduğu, hastalığın akut psikotik fazındaki depresif belirtilerin daha iyi prognozun bir göstergesi, ancak postpsikotik depresyonun daha kötü prognozun bir göstergesi olduğu gösterilmiştir (Oosthuizen ve ark. 2008).

Araştırılan depresif belirtilerin ve epizotların yaygınlığı geniş çapta farklılık gösterse de şizofrenide hipomanik/manik belirtilere ilişkin veriler hâlâ sınırlıdır. Şizofreni hastalarında manik semptomların prognoz ve işlevsellikle olan ilişkisi daha az çalışılmıştır. Yakın tarihli bir çalışmada remisyonda olan şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu (sanrılı bozukluk, şizoafektif bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan Psikoz) olan toplam 93 hastada, Hipomani Kontrol Listesi-32 (HCL-32), Duygudurum Bozuklukları Anketi (MDQ) ve Genel İşlevsellik Değerlendirmesi Skala (GAS) kullanılarak yaşam boyu hipomani semptom sıklığına ve işlevsellikle olan ilişkisine bakılmıştır. Bu çalışmada hastaların tanılarının oransal olarak dağılımı şizofreni (n=80, %86), psikoz NOS (n=11, %11,8), şizoafektif bozukluk (n=1, %1,1) ve sanrılı bozukluk (n=1, %1,1) şeklinde bildirilmiştir. Hastaların %30,1'inde en az bir aydır duygudurum düzenleyici tedavi alma öyküsü varken, hastaların beşte birinde mevcut tanı dışında farklı psikiyatrik tanının eşlik ettiği bildirilmiştir. MDQ'nun birinci maddesine 7 puan verip ikinci maddesine evet yanıtı veren hastaların oranı %29,0 ve hastaların %36,6'sı (n=34) HCL-32'de 14 ve üzeri puan aldığı bildirilmiştir. Psikotik bozukluğu olan hastaların %26,9'u hem MDQ hem de HCL-32'den pozitif puan aldığı ancak genel işlevsellik açısından hastalar arasında anlamlı bir fark bulunamadığı bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında psikotik hastalarda yaşam boyu hipomanik/manik belirtilerin genel işlevsellik üzerindeki etkisini özel olarak değerlendiren ilk çalışma olduğu göze çarpmaktadır. (Lifetime Hypomanic Symptoms

in Remitted Patients with Schizophrenia and Other Psychotic Disorders- PubMed, n.d.)

2.13.2.Şizofreni Spektrumunda Depresyon, ‘Melankolik Depresyon’ ve İşlevsellik

2.13.2.1.Melankoli

İlk olarak Hipokrat tarafından tanımlanan "melankoli" veya melankolik depresyon, insanları genellikle birdenbire vuran ve onları karanlığa sokan özel bir durum olarak kabul edildi. Melankoli, modern zamanlarda, dış stresörlere yanıt olarak doğan depresyonun aksine, ‘endojen depresyon (içten gelen)’olarak tanımlanmıştır.(190)

Güncel depresyon kavramı, 1780-1880 arasındaki yüz yıl boyunca melankolinin daha önceki teşhis formülasyonlarından doğdu.1780'den 1830'lara kadar yazan yazarlardan beşi, melankoliyi akıl /yargılama bozukluğu, çoğu zaman üzüntüyle ilişkilendirilen bir "kısmi delilik" olarak tanımladı. Guislain ile Bucknill ve Tuke'nin 1850'lerden iki metninde melankolinin, birincil bir duygudurum bozukluğunu yansıttığını savunuldu. 1860'lardan 1880'lere kadar olan son aşamada, 5 yazar (Griesinger, Sankey, Maudsley, Krafft-Ebing ve Kraepelin) sanrılı melankolinin nedeni sorunuyla yüzleşti. Her yazar, melankoli doğrudan bir duygudurum bozukluğudur ve psikotik belirtiler şekilde duygudurum bozukluğunun yol açtığı sıra dışı ruh halinden kaynaklanmaktadır,demiştir.(191)

1980'de, DSM-III depresif bozuklukları yeniden modelledi. Yeni sınıflandırma, "majör" depresyon ve birkaç minör depresyondan oluşan, büyük ölçüde şiddet derecelerini kullandı, aynı zamanda melankoliyi kategorik olarak farklı bir depresyon türü olarak ayırdı ve ilerleyici DSM kılavuzları melankoliyi majör depresyon

‘belirleyicisi’ (daha fazla ayrıntı sağlamayı amaçlayan bir tanıya ek) olarak önemsiz bir statüye göre tanımladı.)(190)

Klinik Özellikler

Herkes bazen moralsiz veya üzgün hissedebilir. Bu günlük moral bozukluğu ile klinik depresyon arasındaki sınır belirsizdir. Ancak melankolik depresyon, uykunun kaçması veya hayatın yaşanmaya değer olmadığına düşünülmesi gibi daha şiddetli semptomlarla ilişkilidir, daha uzun sürer ve tedavi gerektirme olasılığı çok daha yüksektir.

Melankolik özellikli depresyon, nispeten net bir belirti ve bulgu modeli gösterir.(190)

Birey derin bir karamsarlık yaşar ve sosyalleşme arzusu duymaz, hayattan zevk almakta veya neşelenmekte zorlanır. Aralıksız endişe ve marazi ifadeler, körelmiş duygusal tepki, tepkisiz ruh hali ve yaygın anhedoni belirgindir ve stres etkenleriyle orantısız derecededir. Bu tür özellikler, herhangi bir iyileşen koşula rağmen özerk olarak devam eder. Tekrarlama ve intihar riski yüksektir. Hastalar ayrıca enerji eksikliği yaşarlar ve konsantre olmakta güçlük çekerler, ancak genellikle ‘günlük değişim’ gösterirler ve gün geçtikçe ruh hallerinde ve enerjilerinde iyileşme olduğunu bildirirler. Vejetatif disfonksiyon (kesintiye uğramış uyku, iştah ve kilo kaybı, libidoda azalma) belirgindir ve gün içi değişkenlik şeklinde ortaya çıkar, ruh hali ve enerji genellikle sabahları daha kötü olur. Uyku/uyanıklık döngüsündeki bozukluk sebebiyle melankoli hastaları sabah erken uyanma eğilimindedir. Gerilik (yani yavaşlamış düşünce, hareket ve konuşma, anergi) veya spontan ajitasyon (yani motor huzursuzluk ve stereotipik hareketler ve konuşma) olarak ifade edilen psikomotor bozukluk önemli bir klinik özelliktir. Depresyon genellikle ‘birdenbire ’ortaya çıkar. Bir stres kaynağının ardından gelse bile, beklenenden orantısız bir şekilde daha şiddetlidir ve stres etkeninden daha uzun sürer. Azalmış konsantrasyon ve çalışma belleği ile bilişsel bozukluk görülür. Psikoz mutlaka bir özellik olmasa da genellikle mevcuttur. Umutsuzluk, suçluluk, günah, yıkım veya hastalık gibi nihilist inançlar yaygın psikotik temalardır. Melankolinin genetik temeli güçlü gözükmemektedir ve hastaların ailelerinde

"depresyon", BPB/ intihar öyküsü bildirme olasılığı yüksektir. Melankoli, sosyal faktörler (stres etkenleri) veya kişilik tarzı gibi psikolojik faktörlerden ziyade büyük ölçüde biyolojik temellere dayanır. Hastalığın plaseboya yanıt vermesi de olası değildir, oysa majör depresyonun plasebo yanıt oranı %40'ın üzerindedir. Ancak melankoli, antidepresan ilaçlar (özellikle daha fazla sayıda nörotransmitter üzerinde çalışan ilaçlar) ve EKT (elektrokonvülsif terapi) gibi fiziksel tedavilere daha fazla yanıt verir. Bununla birlikte, uygun ilaçlar reçete edilirse, EKT nadiren gereklidir.

Bazı biyolojik değişiklikler, melankolide diğer depresif hastalık biçimlerinden daha sık meydana gelir. Üç belirleyici işaret bilinmektedir. Deksametazon supresyon testine (DST) yansıyan hiperkortizolemi; Melankolide sık, melankolik olmayan duygudurum bozukluklarında nispeten nadirdir.(192), CORE ölçeği ile ölçülebilen psikomotor bozukluk; CORE puanları DST'yi bastırmama oranlarıyla doğrusal bir ilişki gösterir.(193),REM gecikmesinde azalma, REM süresinde artış ve derin uykuda azalma ile uyku yapısındaki karakteristik bozukluklar.(194)

Melankoli, tipik olarak tekrarlayan epizotlarla ömür boyu süren bir tanıdır. Mevcut sınıflandırma içinde, majör depresyonu ve bipolar bozukluğu olan ağır hastalarda sıklıkla görülür. Melankolinin özellikleri, majör depresyon ve bipolar bozuklukta yer alan bozuklukların ve durumların geniş heterojenliğinden daha fazla tutarlılıkla kümelenir. Melankoli tanısı, prognoz ve tedavi için üstün öngörü geçerliliğine sahiptir ve araştırma çalışması için daha homojen bir kategoriye temsil eder.(195)

2.13.2.2.Şizofrenide Depresyon, ‘Melankoli’ ve Nörobiliş

MDB, en sık görülen psikiyatrik hastalıktır, küresel hastalık yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, özellikle en zengin ülkelerde artmaktadır. (196)MDB'nin şizofrenideki kesin prevalansını, şizofreninin prognozunda önemli bir rol oynadığını, intihar eğilimini artırdığını, kilo alımını artırdığını, yaşam kalitesini bozduğunu, psikotik semptomatolojiden bağımsız olarak günlük işleyişi bozduğunu gösteren çok sayıda çalışmaya rağmen, hala tam olarak bilmiyoruz .(197–199)Çok sayıda çalışma, MDB ile şizofreni arasındaki genetik örtüşmeyi de incelemiştir.

Yakın zamanda 18 çalışmayı dahil eden bir meta-analize göre, şizofreni majör depresif bozukluk prevalansının birleştirilmiş tahmini %32,6 olarak bildirilmiştir. Çalışmalar arasında önemli miktarda heterojenitenin olduğu ve yaygınlığın %16,3 ila %69,0 arasında değişmekte olduğu gösterilmiştir. Şizofreni-MDB ile stabilize edilmiş ayakta tedavi gören hastaların neredeyse üçte birinde tespit edildiği (şizofreni olmayan popülasyona oranla 2-3 kat yüksek) sonucu belirtilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek hastalarda MDB prevalansının daha düşük olması şizofreni olmayan popülasyonlardaki çalışmalarla tutarlı bulunmuştur. (Daha yüksek eğitim düzeyine sahip hastalar, depresif belirtilerle başa çıkmak için daha fazla bilişsel kaynağa sahiptir. Daha yüksek eğitim seviyeleri, çocukluk döneminde evde daha iyi bakımın (örneğin, daha iyi beslenme, daha az suistimal ve daha az ihmal) bir yansıması olabilir. Bu, eğitim düzeyi düşük olan hastalarda şizofreni-MDB önlemek için ek çaba gösterilmesi gerektiğini düşündürmektedir.) Sosyodemografik verilerle ilgili en çarpıcı sonuçlardan biri, cinsiyetin prevalans üzerindeki etkisinin olmamasıdır. (200)Şizofrenisi olmayan bireylerde MDB kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha sıktır. (201)Bu, şizofreni hastalarında MDB başlangıç mekanizmalarının kısmen spesifik olabileceğini ve hormonlardan etkilenmeyebileceğini ve şizofreni-MDB hastalarının artan prevalansının çoğunlukla erkeklerdeki artan prevalansından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bu, Şizofrenili tanıli kişilerde dehidroepiandrosteron metabolizma disfonksiyonunu düşündüren önceki bulgularla tutarlı olabilir.(202)

Şizofreni hastaları depresyon gelişimi için yüksek risk altındadır. İki bozukluk arasındaki semptomlardaki örtüşme ve genetik risk faktörleri, ortak bir etiyolojik mekanizmanın şizofrenide eşlik eden depresyonun sunumunun altında yatabileceğini düşündürmektedir.

Şizofreni ve depresyon, global hastalık yükü için önemli ve yıkıcı akıl hastalıklarıdır.(203) Ayrıca, şizofreni hastalarının genel popülasyonda zaten yüksek olan yaşam boyu depresyon prevalansına kıyasla depresif semptomlar geliştirme riski yüksektir.(204)

Şizofreni seyrinin tüm aşamalarında (205–207) depresyon bildirilmiştir ve depresif semptomlar artan intihar riski ile ilişkilidir (208)

Tersine, depresif hastaların da psikoz olma olasılığı yüksek saptanmıştır, depresyon genellikle psikotik semptomların ortaya çıkmasından önce şizofreni riski yüksek olan kişilerde görülür. (Häfner et al., 1999, 2005; J. Johnson et al., 1991; Ohayon & Schatzberg, 2002; Schothorst et al., 2006; Yung et al., 2003)(Schothorst et al., 2006).Ayrıca, psikotik depresyon veya psikotik özelliklere sahip depresyon adı verilen ayrı bir klinik depresyon alt tipi olarak kabul edilen depresyonda psikotik semptomların ortaya çıkması, depresif semptomların şiddetinin artmasıyla ilişkilidir (215)Şizofreni ve depresyon arasındaki bu karşılıklı risk ilişkisi, iki bozukluğun patofizyolojisinde ve/veya etiyolojisinde potansiyel örtüşmeyi düşündürmektedir.

Şizofreninin bazı olumsuz semptomları ile depresif semptomlar arasında bir örtüşme olduğu gözlenmiştir. (anhedoni, abuli, aloji, amotivasyon ve avolüsyon durumlar ve sosyal geri çekilme) (216). Bu nedenle, bazıları depresif semptomların şizofreni

sendromunun (217) (218)bir parçası olması gerektiğini savunuyor. Alternatif olarak, şizofrenideki depresif semptomlar kısmen, madde bağımlılığı gibi diğer komorbiditelere ikincil olarak nöroleptiklerin bir yan etkisi veya bozukluğun sonuçlarına karşı anlaşılabilir bir reaksiyon olabilir. (219,220)Depresif semptomların çekirdek veya şizofreni ile komorbid durumu fark etmez, her iki bozukluğun sunumunda açıkça bir miktar örtüşme vardır.

Şizofreni ve UP için paylaşılan genetik risk faktörlerine dair artan kanıtlar vardır. Beş ana psikiyatrik bozukluğun genom çapında bir ilişkilendirme çalışması (GWAS), 3p21 ve 10q24 kromozomal bölgeler içindeki SNP'lerin ve kalsiyum kanal alt birim genleri CACNA1C ve CACNB2'nin şizofreni, UP, bipolar, DEHB ve otizm ek olarak, depresyondan mustarip şizofreni hastalarının alt grubunun genetik ilişkileri bulmada yararlı olduğu kanıtlanmıştır. NMDA reseptör alt birimi geni GRIN1, hipokampal stres modüle edici glikoprotein geni GPM6A ve kromozomal bölgeler 4q28.3 ve 20q11.21, şizofreni hastalarında depresyon komorbiditesi ile ilişkili bulunmuştur.(221–223)Bu çalışmalar hem şizofreni hem de depresyonun altında yatan potansiyel paylaşılan moleküler yollara işaret ediyor. Şizofreni ve depresyon, muhtemelen çevresel stresörlerle birlikte çoklu düşük etkili genetik risk faktörlerinin katkısından kaynaklanan oldukça poligenetiktir.

(224,225)

Bartels ve Drake, şizofrenide depresif belirtilerin organik faktörlere ikincil depresif belirtiler, akut psikotik döneme özgü "organik olmayan" depresyon ve geçici olarak akut psikotik dönemle ilişkili olmayan depresif belirtiler olmak üzere 3 alt tipe ayrıldığını öne sürdüler. (prodromla ilişkili semptomlar, postpsikotik aralık ve ayrıca şizofreninin negatif semptomlarını temsil edebilen depresyona benzeyen semptomlar.) (226)

Antipsikotik ilaçların kendileri, Parkinsonizm (özellikle bradikinezi, duygusal ifadede azalma, maskelenmiş yüz ifadeleri ve sözel gecikmeler) ve depresyonun psikomotor geriliği veya ajitasyonu ile karıştırılabilecek akatizik huzursuzluk gibi nörolojik yan

etkiler üretir. Antipsikotik ilaçlar ayrıca, muhtemelen ödöl yollarındaki dopamin blokajına bağılı olarak birincil bir disfori üretebilir ve hatta bu ilaçların doğuştan depresojenik olduğu öne sürölmüştür. şizofreni hastaları ayrıca G.T.H ve MKB'ye yatkındır ve bunlardan bazıları depresif semptomlara da neden olabilir. Anhedoni, abuli, aloji amotivasyon ve içe çekilme vb. negatif semptomlar sahte bir şekilde depresyonu düşöndürebilir. Psikotik bir olayı izleyen moral bozukluğu, hayal kırıklığı veya yalnızlık, kalıcı disfori duyguları yaratabilir. şizofrenideki depresyonun klasik yapısı, DSM'in bir ekinde tanımlanan ve yalnızca şizofreninin rezidüel fazı sırasında meydana gelen ve üzerine eklenen majör bir depresif dönem olarak tanımlanan postpsikotik depresyondur (PPD). Geleneksel olarak, kayba veya psikotik epizodun psikolojik travmasına psikolojik bir tepki olarak formöle edilmiştir. Roth, "ardından gelen depresif tepkinin (bir psikotik dönem), hastanın insan ilişkilerinin bazı alanlarındaki başarısızlığına karşı toplam psikobiyolojik tepkinin bir parçası ve ayrılmaz parçası olduğunu" yazmıştır. PPD'nin psikotik dönemle ilişkisi, depresyonun psikoza bir tepki mi olduğu yoksa psikoz hafifledikçe depresyonun maskesini düşüren bir etkisini mi temsil ettiği sorusu da dahil olmak üzere belirsizliğini koruyor. Bu ikinci göröş, depresif semptomların genellikle pozitif semptom puanları ile ilişkili olduğu ve etkili nöroleptik tedavi ile azaldığı gözlemleriyle desteklenmektedir. Depresyonun psikotik dekompanseasyon sırasında sık görölen bir semptom olduğuyla ilgili yaygın araştırmalar mevcuttur.(227–229)

Depresyonun şizofrenide olumlu prognozla ilişkili olduğuna dair göröşler ve tersini iddia eden göröşler mevcuttur.(230–233)Yakın tarihli bir çalışma, şizofreni/ şizofreniform bozukluklu 80 denekte 6, 12 ve 24. haftalarda başlangıçtaki depresif belirtiler ile tedavi sonucu arasındaki ilişkiyi PANSS skor değişiklikleri açasından araştırdı. Başlangıç PANSS depresyon faktörü puanları ile PANSS skorları değişiklikleri arasında a.i bulunmadı. Ancak başlangıç depresyon puanları ile 6., 12. ve 24. haftalardaki negatif puanlar arasında anlamlı bir ters korelasyon bulundu. Bu bulgular, yüksek başlangıç depresif puanlarının olumlu sonucu öngördüğünü öne süren önceki çalışmaları desteklemektedir.(234).Hastalığın akut fazındaki depresif belirtilerin olumlu bir sonuçla ilişkili olabileceği (Kay ve Lindenmeyer, 1987) öngörölmüştür. Kalıcı depresif belirtiler ise olumsuz prognostik göstergeler olarak

görünmektedir. (Falloon ve ark., 1978, Mandel ve ark., 1982, McGlashan ve Carpenter, 1976.) Şizofrenide negatif belirtiler ve antipsikotik yan etkiler, depresif belirtilerle sık karışabilmektedir.

Şizofrenide depresyon eşlik etmesi ek riskler ve tedavi zorlukları getiriyor olsa da genellikle olumlu gidiş göstergelerinden birisi olarak kabul görmektedir. Depresyonu olan hastalarda defisit sendromu olasılığının düşük olması önemli bir sebep olabilir. Depresif semptomların şizofreni defisit sendromuyla ilişkisini tespit eden bir çalışmada defisit sendromlu hastalarda daha az şiddetli depresif belirtilerin görüldüğü saptanmıştır.(235)

Şizofreni geliştirmek için yüksek risk ve çok yüksek risk altındaki bireyler üzerinde yapılan araştırmalar, genellikle psikotik semptomların ortaya çıkmasından önce ve ortaya çıkması sırasında önemli derecede depresif semptomlar olduğunu göstermiştir. Bir çalışmada, iki teşhis grubu da hastalığın erken döneminde birbirine paralel seyirlerle birlikte hem depresif çekirdek sendromu hem de negatif sendromdan (düşünme ve konsantrasyon güçlükleri, enerji kaybı, sosyal geri çekilme) muzdaripti. Şizofreni hastaları, şaşırtıcı olmayan bir şekilde, indeks yatışına kadar belirgin şekilde artan pozitif belirtilerle ayırt edildi. Yazarlar, hastalığın ilk semptomlarının, her iki hastalığın da çok erken evrelerinde ortak olan temel bir psikopatolojiyi yansıttığı sonucuna varmışlardır. Ayrıca şizofreni hastalarında depresif deneyimin zirvesinin psikozun zirvesine denk geldiğini de belirtmişlerdir.(236–239)

Daha önce hastalığın akut evresinde nadir olduğu düşünülen psikozun pozitif semptomlarının devam eden depresif semptomları maskeleyebileceği ve daha sonra psikoz başarılı bir şekilde tedavi edildiğinde “ortaya çıkarıldığı” öne sürülmüştü (Knights and Hirsch, 1981). Bununla birlikte, depresif semptomların akut psikotik atağın önemli bir özelliği olduğu ve bu semptomların çoğunun antipsikotik tedavi ile düzeldiği artık kabul edilmektedir (Koreen ve ark., 1993). Şizofrenide depresif semptomlar için hastalığa ve beraberindeki advers yaşam olaylarına subjektif bir reaksiyon (Birchwood ve ark., 1993), madde bağımlılığı (Steinberg, 1994), komorbid

MDB/ A.B ve nöroleptik kaynaklı disfori gibi çeşitli açıklamalar vardır (Harrow ve ark., 1994 Stres-diyatez bağlamında, depresif semptomların kendileri psikotik bir epizod tetikleyen bir stresör oluşturabilir (Siris, 2000). Akut psikozda yaşanan depresif semptomların hastalığın kendisinin temel bir özelliği olduğu da öne sürülmüştür (Koreen ve ark., 1993).

3.Gereç ve Yöntem

3.1.Araştırmanın türü:

Bu çalışma gözlemsel bir olgu kontrol çalışmasıdır.

3.2.Araştırmanın Çalışma Grupları

1)ŞAB Tanılı Hasta Grubu:

DEUTF polikliniğinde takip edilen ve/veya yatarak tedavi gören 18-65 yaş arası, okur-yazar, çalışmaya katılmayı kabul eden , onam formunu imzalayan, DSM-5 kriterlerine göre, şizoaffektif bozukluk tanı kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bilişsel fonksiyonları etkileyen hastalıklar; bilinen epilepsi, mental retardasyon tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Yine major görsel ve işitsel anomalileri olan hastalar testleri anlama ve sürdürme güçlüğü olabileceği göz önünde bulundurularak dışlanmıştır.

2)Şizofreni Tanılı Hasta Grubu

DEUTF polikliniğinde takip edilen ve/veya yatarak tedavi gören 18-65 yaş arası, okur-yazar, çalışmaya katılmayı kabul eden, onam formunu imzalayan, DSM-5'e göre şizofreni tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bilişsel fonksiyonları etkileyen hastalıklar; bilinen epilepsi, mental retardasyon tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Yine major görsel ve işitsel anomalileri olan hastalar testleri anlama ve sürdürme güçlüğü olabileceği göz önünde bulundurularak dışlanmıştır.

3)Sağlıklı Kontrol Grubu

Bu çalışmada katılımcı olmak isteyen , onam formunu imzalayan ,18-65 yaş arası, okur-yazar yazar olan, 1. ve 2. derece akrabalarında BPB ve şizofreni spektrum bozukluğu tanısı olmayan, melankolik özellikli depresyon öyküsü olmayan, şu an ve geçmişte madde kullanımı olmayan, tanı almış mental retardasyon ve epilepsi ve majör görsel ve işitsel anomalileri olmayan kişilerden oluşmaktadır.

3.3.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Nöropsikolojik test bataryası, sosyal bilişsel test bataryası ve klinik psikometrik test skorları

Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, klinik semptom, tanı grupları

3.4.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.4.1.Tarama Ölçekleri

3.4.1.1.BSTÖ

İki bölümden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bipolar spektrumu tanı ölçeğinin, İngilizce orijinal formundaki birinci kısmı BPB'un semptomlarıyla ilgili 19 cümlelik bir içeriktir. Cümlelerin sonunda onay kutucukları mevcuttur, her onaylanan cümleye bir puan verilmektedir. Ölçeğin ikinci kısmı, metnin tamamının katılımcıya ne kadar uygun olup olmadığının sorulduğu bir soru mevcuttur. Bu kısımda verilen cevap 6,4,2 veya 0 puan'a karşılık gelir. Ölçeğin toplam puanı, iki bölümün de puanları toplanarak elde edilir. Toplam ölçek skoru 0-25 puan arasında değişmektedir. Ghaemi ve arkadaşları tarafından total puan bipolar olma riski açısından dört aralığa bölünmüştür,20-25 arası total puan yüksek olasılıkla BPB, 13-19 arası total puan orta olasılıkla bipolar bozukluk, 7-12 arası total puan düşük olasılıkla bipolar bozukluk ve 0-6 arası total puan oldukça düşük olasılıkla bipolar olarak değerlendirilmiştir. BPB'un farklı derecedeki semptomlarla seyreden hallerini tarayabilmeye yardımcı olan BSTÖ, Ronald Pies geliştirmiştir ve Ghaemi ve arkadaşları tarafından özgüllüğü ve duyarlılığı saptanmıştır. BSTÖ , depresif ,hipomanik, manik belirtileri saptar . BSTÖ'nün BSB'larında ,BPB-I için duyarlılığı %75, diğer BSB için duyarlılığı %79 düzeyinde bulunmuştur. (240) Türkçe geçerlilik - güvenilirliği Bahri İnce ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.(241)

Araştırmamızda BSTÖ için eşik değer 13 puan ve üzeri olarak belirlenmiştir. Eşik değeri geçen hastalar BSTÖ'ye göre; bipolar açısından yüksek riskli grup olarak sınıflandırılmış ve istatistiksel analizlere dahil edilmiştir.

3.4.1.2. HCL-32

32 maddeli öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçekten, bir maddede genel olarak duygudurumu soran 7'li likert tipi bir değerlendirmenin ardından kişinin duygudurum semptomlarını 'taşkınlık-enerji artışı' ve "riskli davranışlar-dürtüsellik" adı altında toplamda 32 evet/hayır-sorularını yönelterek tespit eden bir ölçek olarak bahsedebiliriz. Ölçeğin duyarlılığının yüksek olmakla birlikte, mani -hipomaniyi ayırma özgüllüğü daha düşüktür. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ömer Aydemir ve

arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmalarda genellikle 32 evet/hayır cevaplı soruya 14 ve üzeri evet yanıtı alınması kesme (her evet yanıtına 1 puan verilir) puanı olarak kullanılmıştır.(242)

Çalışmamızda eşik değer olarak 14 puan ve üzeri kabul edilmiştir.

3.4.1.3.TEMPS-A Mizaç Ölçeği

Baskın olan mizacı tespit için(Akiskal ve ark.)yılında oluşturulan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe çevirisinin, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Simavi Vahip ve arkadaşları tarafından yapılmıştır Türkçeye uyarlanmış hali depresif, hipertimik, sinirli, siklotimik ve endişeli olmak üzere toplamda altı mizacı belirlemek için evet/hayır olmak üzere 100 maddeden oluşan bir formdur. Kişi, tüm yaşamını göz önünde bulundurarak evet/hayır diye yanıt verir. 1-18. maddeler depresif mizacı tanımlamakta olup 13 ve daha fazla sayıda maddeye doğru yanıtının verilmesi depresif mizaç olduğunu göstermektedir.19-37. maddeler siklotimik mizacı tanımlamakta olup 18 ve üzeri doğru yanıt olması siklotimik mizaç olduğunu göstermektedir. 38-57. maddeler hipertimik mizacı tanımlamakta olup 20 maddenin doğru olarak işaretlenmesi hipertimik mizacın mevcut olması demektir.58-75. maddeler sinirli mizacı tanımlamakta olup 13 ve üzeri maddenin doğru olarak cevaplanması irritabl mizacın olduğunu göstermektedir. 76-99. maddeler anksiyöz mizacı tanımlamakta olup 18 ve üzeri maddenin doğru olarak cevaplanması bu mizacın olduğunu göstermektedir. Kişide baskın mizaç saptanmayabilir ya da bir /birden fazla baskın mizaç mevcut olabilir.(243)

3.4.1.4.Sydney Melankoli Prototipi İndeksi (SMPI)-Öz bildirim Formu

Parker ve arkadaşları tarafından geliştirilen, melankoli tanısını kolaylaştırmayı amaçlayan prototip bir ölçektir. Ölçek öz bildirim ölçeği ve klinisyen ölçeği olarak farklı iki form mevcuttur. Depresyonun homojen bir tanı olmadığı, daha çok birkaç alt tipten oluşan bir varlık olduğu görüşü, son zamanlarda geniş çapta kabul görmekte olup, bu konudaki çeşitli görüşlerden ikili bir bakış açısı, iki ana depresyon türü reaktif (melankolik olmayan) ve endojen(melankolik) olmak üzere iki depresyon tipi

tanımlamıştır ve buradan yola çıkılarak Sydney melankoli protip indeksi geliştirilmiştir. Ölçek kognisyon, psikomotor retardasyon, önceki kişilik ve davranış bilgileri de dahil olmak üzere depresif belirtilerin pratik ve her şeyi kapsayan bir envanteri olarak formüle edildiği prototip bir modele dayalıdır, bu nedenle klasik ölçeklerden farklıdır ve iki bölüme ayrılmıştır. İlk bölüm, karşılıklı iki sütundan oluşan on iki depresyon özelliğinin maddelendiği iki listeli bir formdur. A sütunu melankolik depresyonun 12 özelliğini, B sütunu melankolik olmayan depresyonun 12 özelliğini listeler. Hastalar (öz bildirim versiyonu) ve psikiyatristler (klinik formu) A ve B sütunundan hastanın depresyon deneyimini en iyi tanımlayan maddeleri seçerler. Bazı hastalar sadece melankolik özellikler listesinden, bazı hastalar ise melankolik olmayan semptomlar listesinden ve diğerleri ise hem melankolik ve hem de melankolik olmayan semptomlardan listesinden maddeleri işaretlerler. En son kısımda, hastaların ve psikiyatristlerin beş puanlık bir ölçekte hangi klinik tanımın hastanın semptomlarına en iyi şekilde uyduğunu belirtmesini içeren genel bir sorulu bir bölüm mevcuttur.(244)

Araştırmamızda melankoli varlığı için öncelikle katılımcılara Sydney melankoli protip indeksi self formu verilmiş olup, sonrasında detaylı klinik görüşme ile Sydney melankoli ölçeği klinik formu doldurulmuştur. Sydney melankoli ölçeğinde 4 puan ve üzeri skor alan hastalarda melankolik depresyon öyküsü var kabul edilmiştir.

3.4.2.Klinik Ölçekler

3.4.2.1.OVKF

Çalışmada bulunan katılımcıların; yaşları, cinsiyetleri, eğitim ve meslek/iş durumları, medeni durumları, nörogelişimsel ve psikososyal gelişim öyküleri, travma öyküsü, premorbid uyumları, madde ve alkol kullanımı, tıbbi eş tanıları, aile öykülerini bünyesinde barındırır, psikiyatrik hastalık öykülerini içermektedir.

3.4.2.3. SAPS

Şizofrenide- pozitif semptomların şiddet değişimini, dağılımını ve düzeyini ölçmek için geliştirilmiş olup, klinisyen hastayla yaptığı görüşmeyi, gözlemlerini, tedavi ekibi ve hasta yakınından elde edilen bilgileri göz önünde bulundurarak ölçeği skorlar. Ölçek varsanılar, sanrılar, dezorganize davranış ve ydb olmak üzere temelde dört bölümden ve toplamda 34 maddeden oluşur. Her maddeye 0-5 arasında puan verilebilir ve dört alt bölümün puanları toplanarak ölçeğin toplam skoruna ulaşılır. SAPS, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini- Erkoç ve ark. yapmıştır. (Scale for the Assessment of Positive Symptoms- Wikipedia, n.d.)

3.4.2.4.BNNS

Şizofrenide negatif semptom ve bulguları değerlendirmek için geliştirilen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nazlı ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan toplamda on üç maddeden oluşan ve anhedoni, stres, asosyallik, avolüsyon, duygulanımda küntlük ve aloji olmak üzere altı alt bölümden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin skorlamasını kolaylaştırmak için kullanım kılavuzunda yarı yapılandırılmış görüşme için önerilen soruları içeren bir yönerge mevcuttur. Maddeler için 0-6 puan aralığında skora yapılır ve semptomun olmayışı ile (0) semptomun çok ciddi olması (6) arasında değerlendirme değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı 13 maddenin puanı toplanarak (0'dan 78'e kadar) elde edilir.

3.4.2.5.HDRS

17 sorudan oluşan depresyonun şiddetini derecelendiren bir testtir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özdemir ve arkadaşları tarafından (1996) yapılmış olup, yaygın olarak kullanılmaya devam edilen ölçeklerden birisidir. Son bir hafta içerisindeki depresyon belirti ve bulguları değerlendirilir, en yüksek skor 53 puandır. 0-7 puan depresyon yok, 8-15 puan: hafif derecede depresyonu, 16-28 puan: orta derecede depresyon, 29 ve üzeri puan: ağır derecede depresyon anlamına gelir.(246)

3.4.2.6. YMRS

Ölçek on bir maddeden oluşmakta olup, orijinalinde son 48 saatin değerlendirildiği, yakın zamanlı pek çok çalışmada son bir haftayı değerlendirme kapsamına alındığı

bilinmektedir. Gözlemcinin kanaati skorlamada daha çok önem arz etmektedir ve ölçek mani şiddetini ölçmede kullanıma uygundur.(247)

3.4.2.7. Sydney Melankoli Ölçeği Klinisyen Formu (SMOK)

3.4.2.8.Premorbid Uyum Ölçeği (Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği) (PAS) Cannon-Spoor ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiş olup, bireyin girişkenlik-içe dönüklük, arkadaş ilişkileri, okul başarısı, okula uyumu olmak üzere işlevselliğini dört yaş dönemi (12 yaşa kadar, 12–15 yaş, 16–18 yaş ve 19 yaş ve üzeri)için değerlendirmeyi amaçlayan klinisyenin skorladığı bir ölçektir. Ölçekte performans, 0 (en sağlıklı) ile 6 (en yüksek puan) arasında değişen 7 puanlık bir aralıkta skorlama yapılır.

3.4.2.9.PSP

PSP- Morosini ve ark (2000) aracılığıyla geliştirilen, şizofreni gibi ağır bir ruhsal hastalığı olan bireylerde özellikle son bir ay içindeki sosyal işlevselliklerini değerlendirmeye yarayan bir ölçektir. Klinisyenin değerlendirmesine göre skorlanır. Dört boyutlu bir ölçektir, ilk boyutta; Çalışma durumu(öğrenim görmek dahil), sosyal etkinlikler, ikinci boyutta; Bireysel ve sosyal ilişkiler, üçüncü boyutta; Öz-bakım, dördüncü boyutta; Rahatsız edici ve saldırgan davranışlar değerlendirilmesi söz konusudur. Tüm boyutlar açısından sıralı değerlendirme sonucunda kişinin işlevsellik düzeyine uygun madde işaretlenir, mevcut yönerge eşliğinde skorlama yapılır. Buna göre; 71- 100 puan aralığı tam işlevsellik / çok hafif düzeyde işlevsellik yitimi; 51- 70 puan : belirgin düzeyde işlevsellik kaybı; 50 puan altı: şiddetli / aşırı şiddetli işlevsellik kaybıdır. (248)

Düşünce ve Dil Ölçeği (DDÖ)

DDÖ, Liddle ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiş olup, Ulaş ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Form; düşünce fakirleşmesi - düşünce dağınıklığı olarak iki kategoriden oluşur; ilk kategoride üç madde, ikinci kategoride beş madde ile değerlendirme yapılarak toplamda sekiz madde üzerinden puanlama yapılmaktadır. Her madde 0-0.25- 0.50-0.75 -1 şeklinde puanlanır.

Düşünce fakirleşmesi bölümü: Konuşmanın fakirleşmesi-amacın zayıflaması- düşüncelerin tekrarlanması alt maddelerini kapsamaktadır. Düşünce dağınıklığı bölümü: Çözülme- olağandışı kelime kullanımı- olağandışı cümle yapısı- olağandışı mantık - çelinebilirlik maddelerini kapsamaktadır. Test bataryası;TAT kartlarından oluşan, 8 resimlik seti içerir ve her biri için 1 dakikalık serbest konuşma istenir. Kişi süre dolmadan konuşmasını bitirirse, yönlendirici olmayan sorularla konuşmaya devam etmesi teşvik edilir. Kişi olağandışı yanıtlar vermişse, görüşmeci tarafından bunları açıklaması istenilerek soruşturma evresine geçiş yapılır. Süreç ses kayıt cihazı kullanılır ve sonrasında kayıtlar yazılı hale getirilerek, DDÖ protokolüne uygun skorlama yapılır.(249)Çalışmamızda sadece 3 resmin değerlendirildiği Discourse protokolü uygulanmıştır.

3.4.3.Nöropsikolojik Değerlendirme

Çalışmamızda SCIP (Screen For Cognitive Impairment), Stroop testi, İST A/B, Pebl Continous Performance Test (pebl Sürekli Performans Testi) uygulanacaktır.

3.4.3.1.SCIP

SCIP, bilişsel kusurları tespit için tarama amaçlı kullanılan uygulaması kolay bir ölçek olup psikiyatri hastalarında bilişsel bozukluğu anlamak için hazırlanmış kısa tarama yöntemidir. Çalışmamızda SCIP-1 formu kullanılmıştır. Beş alt alanda değerlendirme yapılmıştır; sözel öğrenme ve bellek (liste öğrenme testi-sözel kısa süreli bellek skoru), çalışma belleği (sessiz harf tekrarlama testi-üçlü sessiz harfler), işlem hızı ve yürütücü işlevler (sözel akıcılık skoru), gecikmeli hatırlama (geciktirilmiş liste öğrenme), psikomotor hız ve işlem hızı (görsel motor izleme testi).

3.4.3.2.Stroop Testi

Test ile odaklanmış dikkat ve tepki inhibisyonu ölçülür. Stroop testi; b.i.h ve otomatik süreçlerin bozucu etkisini engelleme yeteneğinin değerlendirildiği bir ölçektir. Üç alt bölümden oluşan test ile, ilk bölümde, şekillerin renklerinin söylenmesi, ikinci aşamada, renklere ait kelimelerin okunması ve enterferansı ölçen son kısımda kelimelerin okunmadan renklerinin söylenmesi talep edilir ve test bu şekilde tamamlanır.

3.4.3.3.İ.S.T A/B

İ.S.T, görsel dikkat, dikkat hızı, motor tarama, motor hızı, planlama, soyut düşünme, uyarıcının fiziksel özellikleri tarafından yaratılan tepki eğiliminin ketlenmesi, set değiştirme, konsantrasyon ve engellenmeye karşı tolerans gibi farklı becerileri değerlendiren bir ölçektir.(250)

3.4.3.4. CBT

CPT; sürdürülebilir / seçici dikkati ölçüldüğü nöropsikolojik bir testlerden bir tanesidir. Katılımcıdan, ekrana verilen belli uyaranlara karşı uygun tepki vermesi - belli anlarda tepkisiz kalması istenir. Test performansı sonucunda; süre,doğru cevaplar, ihmal hataları ve işleme hataları hesaplanır. Hedef uyarana yanıt verilmemesi (ihmal hatası) dikkatin sürdürülmesi sorunlarını / hedef uyarı dışındaki uyaranlara verilen cevap (işleme hatası) dürtüsellik ile ilişkilendirilmiştir.

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

SB'nin beş alt boyutunu değerlendirmek için Bora ve arkadaşları tarafından bir batarya geliştirilmiştir.

3.4.4.1.YET

PETT kullanılacaktır. Her temel emosyonun doğru sayısıyla, yanlış skorların da ne düzeyde negatif emosyonları artmış atıfla ilişkili olduğuna bakılması planlanmıştır.

ZK

GZOT ve İma testi olmak üzere iki test kullanılacaktır.

3.4.4.2.GZOT

GZOT; ZK'yı ve duygu tanıma yetisini değerlendirmek için sık kullanılan testlerden bir tanesidir. Testin Türkçe formu 34 sorudan oluşmaktadır , her resim -bir doğru yanıtı+ üç çeldiricili dört seçenekle değerlendirilir. Katılımcıdan , bir çift gözün bulunduğu resimlerle ilgili kişilerin düşündüğü/hissettiğini en iyi ifade eden maddeyi tercih etmesi talep edilir. Her soru bir doğru yanıtı oluşur, değerlendirme aşamasında doğru yanıtlanan soru sayısı esas alınarak hesaplama yapılır. Test sonucunda alınan puanın yüksek olması sosyal biliş ve Zihin kuramı yetilerinin iyi olduğuna işarette bulunmaktadır. Öte yandan, uyaran olarak fotoğraflar negatif, pozitif ve nötr olarak 3 grup şeklinde değerlendirilir ve negatif uyaranlara karşı bir taraf tutma olup olmadığının değerlendirilmesi sağlanır.(251,252)

3.4.4.3.İma testi

Testin her bir maddesi imayı tanımayı içeren bir ifadeyi barındırır ve birinci soruya yanlış cevap alındığında, ipucu verilerek tekrar yanıt beklenilir. Bu çalışmada kullanılacak versiyonunda olası yanıtları içeren seçenekler mevcuttur ve doğru yanıt ile, hipomentalizasyon ve hipermentalizasyon hatalarına işaret eden seçenekleri de içeren bir değerlendirme yapılmaya çalışılacaktır.

Sosyal Algı

3.4.4.4.PONS testinin kırk maddeden oluşan görsel kısa formu uygulanacaktır. Testte, 40 adet siyah beyaz ve sessiz video bulunmaktadır. Katılımcıdan yüz, vücut dili ve jestlerin bulunduğu duygusal ve zihinsel durumun tespiti talep edilecektir.

Sosyal Bilgi

3.4.4.5. SFRT ;katılımcının sosyal durumlarla alakalı bilgi düzeyini ölçen bir testtir.

3.4.4.6.SNA ile de katılımcının sosyal normları ne ölçüde tanıdığı değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Atıf Stili

3.4.4.7. IPSAQ kullanılacaktır. Bu ölçek, negatif ve pozitif olayları anlatırken katılımcının atıflarını içsel, durumsal veya dışsal olarak mı açıkladığını değerlendirmeye çalışır.

3.5.İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler için; normal dağılan parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasında, One Way Anova, normal dağılmayan parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Sonuçlar mean+_sd ve median (min -max) olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi ve Fisher Exact Testi kullanıldı. Sonuçlar n ve % olarak sunuldu.

Boyutsal test skorları için korelasyon analizleri yapılmıştır.

Nöropsikolojik test bataryası, sosyal biliş test bataryası ve bireysel ve kişisel performans ölçeği test skorlarının affektif öyküye göre (mani öykü/mani risk/melankoli öykü grupları), iki ana hasta grubu açısından karşılaştırılmasında yaş ve eğitim yılı düzeltilerek ANCOVA yapıldı.

4.BULGULAR

Çalışmamıza hasta grubu ve sağlıklı gönüllü grubu olmak üzere ;189 kişi katılım sağlamış olup hasta grubundan 4 kişi epilepsi tanısı alması sebebiyle ,4 kişi mental retardasyon tanısı sebebiyle,1 kişi OSB tanısı olması ve testleri sürdürme güçlüğü sebebiyle,1 kişi yanlış tanı sebebiyle,2 kişi işitme kaybı olup testleri sürdürme güçlüğü

sebebiyle, 1 kişi bilişsel testleri etkileyebilecek trafik kazası sonrası ciddi kafa travması sebebiyle, 1 kişinin sũreç içerisinde demans tanısı alması sebebiyle, 5 kişi motivasyon dũřũklũęũ sebebiyle testleri sũrdũrememiř olup çalışmamızdan dışlanmıştır. Sağlıklı Kontrol grubumuzdan 5 kişi testleri sũrdũrmedeki motivasyon dũřũklũęũ sebebiyle çalışmadan çıkarılmıştır, yine sağlıklı kontrol grubunda 1 kişi epilepsi tanısının olduğunun ۆğrenilmesi ũzere çalışmadan çıkarılmıştır. Bu sebeplerden dolayı çalışma dışı bırakılan kişiler gۆz ۆnũne alındığında aktif katılımcı sayımız toplamda 164 kişi olarak hesaplanmıştır.

Olgu rapor formu, klinik ۆlek skorları tũm katılımcılar için doldurulmuştur. ۆz bildirim ۆlekleri, nۆrobiliř ve sosyal biliş bataryası tũm katılımcılara uygulanmakla birlikte testleri sũrdũrmeyi engelleyen durumlar sebebiyle (motivasyon dũřũklũęũ, akut alevlenme, başka tıbbi nedene bağlı kontrole gelememe, taşınma vb.) tũm katılımcılar için eksiksiz olarak yapılamamıştır. Hastalarımızın %82'si tũm testleri tamamlayabilmiştir.

4.1.Araştırma Gruplarının Sosyodemografik ۆzellikleri

Tablo 1: Araştırma Gruplarımızın Cinsiyet Dağılımı

	şizofreni (n:96)		şAB* (n:37)		SK** (n:31)		Toplam (n:164)	
Cinsiyet	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	38	39,6	13	35,1	11	35,5	62	37,8
Erkek	58	60,4	24	64,9	20	64,5	102	62,2
<i>Ki kare testi kullanılmıştır(p:0,855)</i> <i>*şizoaffektif Bozukluk, **Sağlıklı Kontrol</i>								

şizofreni grubunda 96 katılımcı ve şizoaffektif bozukluk grubunda 37 katılımcı sağlıklı kontrol grubunda 31 katılımcı bulunmaktadır. Araştırma gruplarımızın cinsiyet dağılımı Tablo 1'dir. Çalışma grubumuzu bũtũn olarak değerlendirdiğimizde

katılımcılarımızın %37,8'inin(n:62) kadın, %62,2(n:102) erkektir. Grupların kendi içlerindeki cinsiyet dağılımı; şizofreni grubunun 96 kişiden oluştuğu, %39,6'nın (n:38) kadın, %60,4'ünün (n:58) erkek olduğu görülmektedir. Şizoaffektif bozukluk grubunun ise 37 kişiden oluştuğu, %35,1'inin (n:13) kadın, %64,9'unun(n:24) erkek katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Son olarak 31 katılımcıdan oluşan sağlıklı kontrol grubumuzun %35,5'inin (n:11) kadın, 64,5'inin (n:20) erkek olduğu görülmektedir. Araştırma gruplarımız arasında cinsiyet dağılımı açısından a.f bulunmamaktadır. (p:0,855)

Tablo 2: Araştırma Gruplarımızdaki Katılımcıların Yaş ve Eğitim Yılı Ortalamaları

	Şizofreni (n:96)	ŞAB (n:37)	SK (n:31)	p değeri
Yaş (Ortalama±SS)	41,4±12,3	39,9±11,1	37,2±10,6	0,215
Eğitim Yılı Median (min- max)	11,0 (4,0-17,0)	11,0 (5,0-15,0)	15,0 (5,0-18,0)	<0,001 *0,301 **<0,001 ***0,010
<i>Tek Yönlü Anova yapılmıştır.</i> *Şizofreni-ŞAB karşılaştırma, **Şizofreni-SK karşılaştırma, ***ŞAB-SK karşılaştırma				

Araştırma gruplarına göre katılımcıların yaş ve eğitim yılı karşılaştırılması Tablo 2'de yer almıştır. Şizofreni grubunun yaş ortalaması 41,4±12,3 iken, şizoaffektif bozukluk grubunun yaş ortalaması 39,9±11,1 ve sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 37,2±10,6 bulunmuştur. G.a yaş açısından(p=0,215) anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim süreleri açısından bakıldığında şizofreni grubunda eğitim yılı median(min-max) değeri 11,0 (4,0-17,0) yıl iken, şizoaffektif bozukluk grubunda 11,0 (5,0-15,0) yıl, sağlıklı kontrol grubunda ise 15,0 (5,0-18,0) yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında eğitim yılı açısından (**p<0,001**) anlamlı fark bulunmaktadır. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarının eğitim yılı açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark

gözlenmemiştir. ($p = 0,301$).Sch ve sağlıklı kontrol grubu eğitim yılı açısından karşılaştırıldığında ($p < 0,001$) ve ŞAB ve sağlıklı kontrol grubu eğitim yılı açısından karşılaştırıldığında ($p = 0,010$) anlamlı fark görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubumuzun eğitim yılı median değeri, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarımıza göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 3: Araştırma Gruplarımızın Öğrenim Durumları Açısından Karşılaştırılması

	Şizofreni (n:96)		ŞAB (n:37)		SK (n:31)		p değeri
Öğrenim Durumu	n	%	n	%	n	%	<0,001
İlkokul	16	16,7	5	13,5	3	9,7	
Ortaokul	11	11,5	1	2,7	0	0	
Lise	45	46,9	17	45,9	4	12,9	
Üniversite	21	21,9	12	32,4	18	51,6	
Ön lisans	2	2,1	2	5,4	8	25,8	
Okur-yazar	1	1	0	0	0	0	
Ki kare test							

Araştırma gruplarımızı öğrenim durumları açısından karşılaştırılması Tablo 3 ‘de gösterilmektedir.

Şizofreni grubunun öğrenim durumuna baktığımızda; %16,7’inin (n:16) ilkokul mezunu, %11,5’inin(n:11) ortaokul mezunu, %46,9’unun(n:45) lise mezunu, %21,9’unun(n:21) üniversite mezunu, %2,1’inin(n:2) ön lisans mezunu, %1,0’inin (n:1) okur yazar olduğu görülmektedir.

Şizoaffektif bozukluk grubuna baktığımızda %13,5’inin (n:5) ilkokul mezunu, %2,7’inin(n:1) ortaokul mezunu, %45,9’unun (n:17) lise mezunu, %32,4’ünün (n:12) üniversite mezunu, %5,4’ünün (n:2) ön lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Son olarak sağlıklı kontrol grubunu öğrenim durumu açısından ele alırsak; %9,7’inin(n:3) ilkokul mezunu, %0’ının(n:0) ortaokul mezunu, %12,9’unun(n:4) lise

mezunu, %51,6'sının(n:18) üniversite mezunu, %8'inin(25,8) ön lisans mezunu olduğu görülmektedir, p değeri <0,001 olarak hesaplanmış olup gruplar arası anlamlı fark vardır.

Tablo 4: Araştırma Gruplarımızın Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Medeni Durum	Şizofreni (n:96)		Şizoaffektif (n:37)		Sağlıklı kontrol (n:31)		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Evli	17	17,7	9	24,3	23	74,2	<0,001
Bekar Partnersiz	65	67,7	22	59,5	6	19,4	
Bekar Partnerli	5	5,2	2	5,4	1	3,2	
Dul	3	3,1	0	0,0	0	0,0	
Boşanmış	6	6,3	4	10,8	1	3,2	
Partner varlığı	22	22,9	11	29,7	24	77,4	
Ki kare testi kullanılmıştır							

Araştırma gruplarımızın medeni durumları açısından karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Şizofreni grubundaki katılımcıları medeni durumları açısından incelediğimizde %17,7'inin(n:17) evli, %67,7'inin(n:65) bekar ve partnersiz, %5,2'inin(n:5) bekar ve partnerli, %3,1'inin(n:3) dul, %6,3'inin(n:6) boşanmış olduğunu görmekteyiz. Şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıları medeni durumları açısından incelediğimizde %24,3'inin(n:9) evli, %59,5'inin(n:22)

bekar ve partnersiz, %5,4'inin(n:2) bekar ve partnerli, %10,8'inin(n:4) boşanmış olduğunu görmekteyiz.

Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların medeni durumlarına baktığımızda ise %74,2'inin(n:23) evli, %19,4'inin(n:6) bekar ve partnersiz, %3,2'inin (n:1) bekar ve partnerli, %3,2'inin (n:1) boşanmış olduğunu görmekteyiz. Araştırma gruplarımıza partner varlığı açısından bakacak olursak şizofreni grubundaki katılımcıların 22,9'inin(n:22) partneri olduğu, şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların 29,7'inin(n:11) partneri olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların 77,4'ünün(24) partneri olduğunu görmekteyiz. Gruplar arasında medeni durum açısından a.f vardır. ($p < 0,001$).

4.2. Araştırma Gruplarının Klinik Özellikleri

Tablo 5: Araştırma Grupları ve Tanısal Alt Grupları

Araştırma Grupları	n	%	Tanısal Alt Gruplar	Melankoli	
				Var	Yok
Şizofreni n:96	24	25	Şizofreni-nonafektif	0	24
	7	7,3	Şizofreni -bipolar BTA	1	6
	51	51,3	Şizofreni-nonmelankolik depresif	0	51
	14	14,6	Şizofreni-melankolik depresif	14	0
Şizoaffektif n: 37	32	86,5	Şizoaffektif-bipolar tip	15	17
	5	13,5	Şizoaffektif -depresif tip	5	0
Sağlıklı Kontrol n:31	31	100	Sağlıklı Kontrol	0	31

Çalışma gruplarımızın tanısal alt gruplara ayrılmış şekli ve melankolik depresyon öyküsü tablo 5'te gösterilmiştir. Araştırma gruplarımızı affektif komorbiditenin eşlik etme durumuna göre alt gruplara ayırdığımızda ; Şizofreni grubumuzu oluşturan katılımcıların %25'inin(n:24) şizofreni-nonafektif(depresyon ve mani öyküsü olmayan) alt grubunu oluşturduğunu, %7,3'ünün(n:7) şizofreni-bipolar BTA(hipomani veya mani öyküsü olan) alt grubunu oluşturduğunu, %51,3'ünün(n:51)

	Şizofreni		ŞAB		p değeri
	N:	%	N:	%	
P.EŞ.T	46	47,9	23	62,2	0,141
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	29	30,2	18	48,6	0,046
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	7	7,3	4	10,8	0,498
Obsesif Kompulsif Bozukluk	22	22,9	10	27	0,619
Posttravmatik Stres Bozukluğu	4	4,2	0	0	0,576
Dürtü Denetim Bozukluğu	3	3,1	1	2,7	0,733
Yeme Bozuklukları	1	1	0	0	1
<i>Ki kare testi yapıldı</i>					

şizofreni-nonmelankolik depresif alt grubunu(melankolik özellikli olmayan depresyon öyküsü olan) oluşturduğunu, %14,6'nın(n:14) şizofreni-melankolik depresif alt grubunu(melankolik depresyon öyküsü olan) oluşturduğunu görmekteyiz. Şizoaffektif bozukluk grubunu oluşturan katılımcıların %86,5(n:32)'inin şizoaffektif-bipolar tip (mani veya hipomani öyküsü olan)alt grubunu oluşturduğunu, %13,5'inin(n:5) şizoaffektif bozukluk depresif alt tip (depresyon öyküsü olan) grubunu oluşturduğunu görmekteyiz. Melankolik özellikli depresyon öyküsü çalışmamız için önemlidir; gruplarımızdaki melankolik özellikli depresyon öyküsü olan katılımcılarımızın dağılımına baktığımızda şizofreni grubu içinde toplamda n:15 hastada bu öykünün olduğunu, şizoaffektif bozukluk grubunda ise toplamda n:20 kişide bu öykünün olduğunu görmekteyiz.

Tablo 6: Araştırma Gruplarına Eşlik Eden Psikiyatrik Eş Tanılar

Araştırma gruplarımıza eş eden psikiyatrik eş tanı durumları Tablo 6'da gösterilmektedir

Şizoaffektif bozukluk grubumuzdaki katılımcıların %62,2'sine(n:23), şizofreni grubumuzdaki katılımcıların %47,9'una(n:46) herhangi bir psikiyatrik eş tanı saptanmış olup g.a a.f saptanmadı. Yaygın anksiyete bozukluğu %48,6 oranında şizoaffektif bozukluğa, %30,2 oranında şizofreni grubuna eşlik etmekte olup g.a, a.f

	Şizofreni (n:96)		SAB (n:37)		SK (n:31)		p değeri
	n	(%)	n	(%)	n	%	
Dahili komorbidite							
Metabolik Sendrom	25	26	3	8,1	1	3,2	0,003
Diyabetes Mellitus	20	20,8	4	10,8	1	3,2	0,042
Hiperlipidemi	39	40,6	10	27	4	12,9	0,012
Hipertansiyon	16	16,7	4	10,8	8	25,8	0,258
Abdominal Obezite	31	32,3	14	37,8	9	29	0,728
Hipotiroidi	6	6,3	3	8,1	1	3,2	0,701
HDL düşüklüğü	11	11,5	2	5,5	1	3,2	0,281
Anemi	11	11,5	4	10,8	3	9,7	0,962
PCOS	4	4,2	1	2,7	1	3,2	0,913
Ki kare testi kullanılmıştır.							

mevcuttur. (**p değeri=0,046**). G.a OKB, SAB, PTSB, DDB, YB açısından a.f saptanmadı.

Tablo 7: Araştırma Gruplarına Eşlik Eden Dahili Tanılar

Araştırma gruplarımızdaki katılımcılara eşlik eden dahili ek tanı durumları Tablo 7’de mevcuttur. Şizofreni tanı grubumuza sırasıyla eşlik eden en sık dahili eş tanılar ; %40,6(n:39) oranında hiperlipidemi, %32,3(n:31) oranında abdominal obezite, %26(n:25) oranında metabolik sendrom, %20,8(n:20) oranında diyabetes mellitus olarak görülmektedir. Şizoaffektif tanı grubumuza sırasıyla eşlik eden en sık dahili eş tanılar sırasıyla; %37,8(n:14) oranında abdominal obezite, %27(n:10) oranında hiperlipidemi, %10,8;10,8;10,8 (n:4;4;4)) oranında diyabetes mellitus; hipertansiyon, anemi olarak görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubumuza en sık eşlik eden dahili eş durumlar sırasıyla; %29(n:9) oranında abdominal obezite, %25,8(n:8) oranında

hipertansiyon, %12,9(n:4) oranında hiperlipidemi, %9,7(n:3) oranında anemi olarak görülmektedir. Gruplar arasında metabolik sendrom (**p=0,003**), hiperlipidemi (**p=0,012**), diyabetes mellitus (**p=0,042**) anlamlı fark vardır.

Tablo 8: Araştırma Gruplarının Alışkanlıklar Açısından Karşılaştırılması

Alışkanlıklar	Şizofreni		ŞAB		SK		p değeri
	n	(%)	n	%	n	(%)	
Alkol Kullanımı Güncel							
-Abuse	7	7,3	3	8,1	4	12,9	0,620
-Sosyal	89	92,7	34	91,9	27	87,1	
Alkol Kullanım Geçmiş							
-Abuse	14	14,6	3	8,1	4	12,9	0,262
-Sosyal	80	83,3	31	83,8	27	87,1	
-Bozukluk	2	2,1	3	8,1	0	0	
Esrar Güncel							
-Düzenli	0	0	1	2,7	0	0	0,178
-Yok	96	100	36	97,3	31	100	
Esrar Geçmiş							
Düzenli	9	9,4	4	10,8	0	0	0,216
Yok	77	80,2	31	83,8	30	96,8	
Denemiş	10	10,4	2	5,49	1	3,2	
Diğer madde güncel	0	0	1	2,7	0	0	0,178
Sigara Kullanımı	47	49	20	54,1	10	32,3	0,166
Paket/Yıl median (min-max)	0,5(0,0-63,0)		5(0,0-84,0)		0(0,0-33,0)		0,228

Araştırma gruplarındaki katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlıkları açısından değerlendirilmesi Tablo 8’de görülmektedir. Araştırma gruplarımızdaki katılımcıları sigara kullanımı açısından değerlendirdiğimizde; şizofreni grubundaki katılımcıların %49,0(n:47) oranında, şizoaffektif grubundaki katılımcıların %54,1(n:20) oranında, sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %32,3(n:10)

oranında sigara kullanımı olduğu görülmektedir. Sigara kullanımı açısından g.a, a.f yoktur. ($p=0,166$).

Araştırma gruplarımızdaki katılımcıları güncel alkol kullanımı açısından değerlendirdiğimizde; şizofreni grubundaki katılımcıların %7,3(n:7) oranında, şizoaffektif grubundaki katılımcıların %8,1(n:3) oranında, sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %12,9(n:4) oranında abuse şeklinde alkol kullanım alışkanlığı olduğu görülmektedir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,620$). Araştırma gruplarımızdaki katılımcıları geçmiş alkol kullanımı açısından değerlendirdiğimizde; şizofreni grubundaki katılımcıların %14,6'ünde (n:14) abuse şeklinde kullanım alışkanlığı olduğu, %2,1'inde(n:2) alkol kullanım bozukluğu olduğu görülmektedir. Şizoaffektif grubundaki katılımcıları geçmiş alkol kullanımı açısından değerlendirdiğimizde ise; %8,1'inde (n:3) abuse şeklinde alkol kullanım alışkanlığı olduğu, %8,1'inde(n:3) alkol kullanım bozukluğu olduğu görülmektedir. Son olarak sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıları geçmiş alkol kullanımı açısından değerlendirdiğimizde; 12,9'unun(n:4) abuse şeklinde alkol kullanım alışkanlığı olduğu, %87,1'inin(n:27) ise nadiren ya da hiç alkol kullanmadığı görülmektedir. G.a, a.f bulunmamıştır($p=0,262$).

Araştırma gruplarımızdaki katılımcıları güncel esrar kullanımı açısından değerlendirdiğimizde; şizofreni grubundaki katılımcıların güncel esrar kullanım durumu olmadığı, şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların ise %2,7'inde (n:1) düzenli esrar kullanımı olduğu görülmektedir. G.a, a.f bulunmamıştır ($p=0,178$).

Araştırma gruplarımızdaki katılımcıların geçmiş esrar kullanıma bakacak olursak; şizofreni grubundaki katılımcıların %9,4'ünün(n:9) düzenli kullandığı, %10,4'ünün (n:10) ise sadece deneme amaçlı kullandığı görülmektedir. Şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların geçmişte %10,8'inde(n:4) düzenli esrar kullanımı olduğu, %5,49'unda(n:2) geçmişte deneme amaçlı esrar kullanımı olduğu görülmektedir. G.a, a.f bulunmamıştır ($p=0,216$).

Tablo 9: Araştırma Gruplarının Meslek Açısından Dağılımı

Meslek	Şizofreni		ŞAB		SK		P değeri
	n	%	n	%	n	%	
Öğrenci	2	2,1	3	8,1	3	9,7	<0,001
Özel Sektör Çalışanı	35	36,5	16	43,2	8	25,8	
Kamu Çalışanı	4	4,2	5	13,5	16	51,6	
Ev hanımı	17	17,7	4	10,8	1	3,2	
Akademisyen	1	1,0	0	0	2	6,5	
Emekli	5	5,2	2	5,4	1	3,2	
Yok	32	33,3	7	18,9	0	0	

Araştırma gruplarımızdaki katılımcıların mesleki dağılımları tablo 9’da gösterilmiştir.

Şizofreni grubundaki katılımcıların mesleki dağılım durumunu sıklık oranına göre sıraladığımızda; %36,5’inin(n:35) özel sektör çalışanı, %33,3’ünün(n:32) mesleğinin olmadığı, %17,7’sinin(n:17) ev hanımı, %5,2’inin(n:5) emekli, %4,2’nin(n:4) kamu çalışanı %2,1’inin (n:2) öğrenci, %1,0’in(n:1) akademisyen olduğu görülmektedir. Şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların mesleki dağılımına baktığımızda; %43,2’nin(n:16) özel sektör çalışanı, %18,9’unun(n:7) mesleğinin olmadığını, %13,5’inin(n:5) kamu çalışanı, %10,8’inin(n:4) ev hanımı, %8,1’inin(n:3) öğrenci, %5,4’ünün(n:2) emekli olduğu görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubumuzun mesleki dağılımı; %51,6’nın(n:16) kamu çalışanı, %25,8’inin(n:8) özel sektör çalışanı, %9,7’inin(n:3) öğrenci, %6,5’inin(n:2) akademisyen, %3,2’sinin(n:1) ev hanımı, %3,2(n:1) emekli olarak bulunmuştur. Gruplar arası mesleki dağılım açısından a.f vardır ($p < 0,001$).

Tablo 10: Araştırma Gruplarının Çalışma Durumu

	Şizofreni	ŞAB	SK	p değeri
--	-----------	-----	----	----------

Son 36 ay çalışma durumu	n	%	n	%	n	%	
Çalışıyor	15	15,6	9	24,3	26	83,9	<0,001
Çalışmıyor	81	84,4	28	75,7	5	16,1	
Çalışma Süresi Median (min-max)	0,0 (0,0-36,0)		0,0 (0,0-36,0)		36,0 (0,0-36,0)		<0,001 *0,121 **<0,001 ***<0,001
Yaşam Boyu Çalışma Yılı Median (min-max)	0,0 (0,0-35,0)		3,0 (0,0-30,0)		10,0 (0,0-40,0)		<0,001 *0,648 **<0,001 ***0,007

Araştırma gruplarımızın çalışma durumu karşılaştırılması Tablo 10’da yer almıştır. Araştırma gruplarımızın son 36 içinde çalışma durumlarını karşılaştırdığımızda; şizofreni grubundaki katılımcıların %15,6’sının(n:15) aktif olarak çalışıyor olduğunu, %84,4(n:81) çalışmadığı; şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların ise %24,3’ünün(n:9) aktif olarak çalıştığı, %75,7’sinin(n:28) aktif olarak çalışmadığı; sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların ise %83,9’unun(n:26) aktif olarak çalıştığı, %16,1’inin (n:5) çalışmadığı saptanmıştır. G.a ,a.f mevcuttur (**p <0,001**).

Gruplarımızın son 36 içinde toplam çalıştığı ortalama süreler(ay) baktığımızda Şizofreni 0,0 (0,0-36,0), ŞAB: 0,0 (0,0-36,0), SK :36,0 (0,0-36,0) olarak bulunmuştur, g.a, a.f mevcuttur (**p <0,001**). Şizoaftif bozukluk grubu ve şizofreni grubundaki katılımcılar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (p:0,121). Şizofreni Grubu ve Sağlıklı Kontrol Grubundaki katılımcılar arasında (p<0,001), Şizoaftif Bozukluk Grubu ve SKG katılımcılar arasında (p <0,001) SKG lehine ortalama çalışma süreleri açısından belirgin olarak anlamlı fark vardır.

Soygeçmiş	Şizofreni (n:96)		ŞAB (n:37)		SK (n:31)		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
1.derece akrabada Psikoz	11	11,5	2	5,4	0	0	0,087
1.derece akrabada BPB	1	1	5	13,5	0	0	0,003
1. derece akrabada MDB	15	15,6	8	21,6	3	9,7	0,401
1.derece akrabada NGB	1	1	0	0	1	3,2	0,393
1.derece akrabada DPH	4	4,2	2	5,4	2	6,5	0,884
2. derece akrabada Psikoz	17	17,7	5	13,5	0	0	0,037
2. derece akrabada BPB	3	3,1	4	10,8	1	3,2	0,069
2. derece akrabada DPH	11	11,5	4	10,8	1	3,2	0,447
3. derece akrabada Psikoz	23	24	9	24,3	1	3,2	0,034
3.derece akrabada BPB	1	1	5	13,5	0	0	0,003

Gruplarımızın hayat boyu ortalama toplam çalışma süresine yıl olarak (Median(min-max)) bakacak olursak şizofreni grubu için :0,0 (0,0-35,0); şizoaffektif bozukluk grubu için:3,0 (0,0-30,0); sağlıklı kontrol grubu için:10,0 (0,0-40,0) yıl olduğu bulunmuştur. G.a, a.f mevcuttur. (**p <0,001**). Şizofreni grubu ve şizoaffektif bozukluk grubu karşılaştırıldığında şizoaffektif bozukluk lehine olsa da ($p = 0,648$) iki grup arasında a.f bulunamamıştır. SCH grubu ve SKG karşılaştırıldığında (**p<0,001**) sağlıklı kontrol grubu lehine a.f mevcuttur. Şizoaffektif bozukluk ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında (**p =0,007**) sağlıklı kontrol grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 11: Araştırma Gruplarının Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

Araştırma gruplarının soygeçmiş açısından karşılaştırılması Tablo 11 üzerinden yapılmıştır. Birinci derece akrabada şizofreni ve psikoz öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %11,5'inde(n:11), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %5,4'ünde (n:2), sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %0'ında mevcuttur. G.a, a.f saptanmamıştır ($p = 0,087$). Birinci derece akrabada bipolar bozukluk öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %1,0'inde (n:1), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %13,5'inde(n:5), sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %0'ında saptanmıştır. **Gruplar arasında şizoaffektif bozukluk lehine anlamlı fark vardır(p=0,003)** Birinci derece akrabada depresyon öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %15,6'sında(n:15), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların

%21,6'sında(n:8), sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %9,7'sinde(n:3) saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark gözlemlenmemiştir ($p = 0,401$).

İkinci derece akrabada şizofreni ve psikoz öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %17,7'sinde(n:17), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %13,5'inde(n:5), sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %0'ında(0,0) saptanmıştır. G.a, a.f gözlenmiştir ($p = 0,037$). İkinci derece akrabada bipolar bozukluk öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %3,1'inde(n:3), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %10,8(n:4), sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %0'ında(0,0) saptanmıştır. G.a,a.f gözlemlenmemiştir ($p = 0,069$).

Üçüncü derece akrabalarda psikoz öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %24,0'ünde(n:23), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %24,3'ünde(n:9), sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %3,2'sinde(n:1) saptanmıştır. G.a, a.f fark mevcuttur ($p = 0,034$). Üçüncü derece akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %1'inde (1,0), şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %13,5'inde(n:5), sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %0'ında (0,0) saptanmıştır. G.a, a.f bulunmaktadır ($p = 0,003$).

Tablo 12: Araştırma Gruplarının Gelişimsel Öykü Açısından Karşılaştırması

Gelişimsel Öykü	Şizofreni		ŞAB		SK		P değeri
	n	%	n	%	n	%	
Doğum							
Normal	91	94,8	34	94,4	30	96,8	0,887
Sezaryen	5	5,2	2	5,6	1	3,2	
Perinatal komplikasyon	14	14,6	5	13,9	6	19,4	0,784
Febril K.	18	18,8	8	22,2	1	3,2	0,076
Kafa travması							
Var	8	8,3	4	11,1	0	0	0,057
Yok	71	74	29	80,6	30	96,8	
Olası	17	17,7	3	8,3	1	3,2	
Enürezis	19	19,8	7	19,4	3	9,7	0,422

Enürezis skor							
Yok	76	79,2	30	83,3	28	90,3	0,459
Hafif-kısa	11	11,5	5	13,9	2	6,5	
Uzun-şiddetli	9	9,4	1	2,8	1	3,2	



Araştırma gruplarımızın gelişimsel öykü açısından karşılaştırılması tablo 12’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan 163 kişi üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Kafa travması öyküsü açısından bakıldığında; şizofreni grubundaki katılımcılar için, %8,3’ünde (n:8) hastada kafa travması öyküsü olduğu, %74,0’ünde (n:71) hastada kafa travması öyküsü alınmadığı, %17,7’sinde(n:17) ise kafa travması öyküsünün şüpheli olduğu gözlenmiştir. Şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcılar için; %11,1’inde (n:4) kafa travması öyküsü olduğu, %80,6’sında(n:29) kafa travması öyküsü olmadığı, %8,3’ünde(n:3) ise kafa travması öyküsü şüpheli olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılar için; kafa travması öyküsü şüphesi 1 katılımcıda saptanmıştır. Gruplar arası anlam fark yoktur ($p = 0,057$)

Febril nöbet öyküsü açısından bakıldığında; Şizofreni grubundaki katılımcıların %18,8'inde (n:18) febril nöbet öyküsü olduğu, şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların %22,2'sinde(n:8) febril nöbet öyküsü olduğu, sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %3,2'sinde(n:1) febril nöbet öyküsü olduğu saptanmıştır. G.a, a.f bulunmamıştır (p= 0,076).

Doğum öyküsü açısından bakıldığında; Şizofreni grubundaki katılımcıların, %94,8(n:91) normal doğum ile, %5,2'sinin(n:5) sezaryen yöntemi ile dünyaya geldiği öyküsü alınmıştır. Şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların, %94,8'inin (n:91) normal doğum ile, %5,2'sinin(n:5) sezaryen yöntemi ile dünyaya geldiği öyküsü alınmıştır. Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %96,8(n:30) normal doğum ile, %3,2(n:1) sezaryen yöntemi ile dünyaya geldiği bilgisi edinilmiştir. G.a, a.f gözlemlenmemiştir (p = 0,887)

Perinatal komplikasyon öyküsü açısından bakıldığında; Şizofreni grubundaki katılımcıların 14,6'ünde(n:14), şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların 13,9'unda(n:5), sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %19,4'ünde(n:6) perinatal komplikasyon öyküsü saptanmıştır. G.a, a.f bulunmamıştır (p =0,784).

Enürezis öyküsü açısından bakıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların %19,8'inde(n:19), şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların %19,4'ünde(n:7) sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların %9,7'sinde (n:3) enürezis öyküsü alınmıştır. G.a, a.f yoktur (p= 0,422).

Tablo 13: Araştırma Gruplarının Hastalık Öyküsü

Tablo13a)

	ŞİZOFRENİ (n:96) Ortalama ± std	ŞAB (n:37) Ortalama ± std	p değeri
Psikotik bulgular başlangıç yaşı	22,13 ± 6,77	23,83 ± 7,93	0,218
İlk atakta yaş	22,97 ± 7,14	23,89 ± 7,92	0,524
İlk yatışta yaş	26,76 ± 9,51	24,96 ± 7,50	0,339
Hastane yatış sayısı	2,48 ± 2,95	3,35 ± 2,83	0,130
Hastalık süresi	19,01 ± 10,94	16,13 ± 10,15	0,168
Tedavi başlangıç yaşı	25,61 ± 21,62	23,70 ± 8,45	0,603
Depresif semptom başlangıç yaşı	23,16 ± 14,77	19,00 ± 5,67	0,112
Manik semptom başlangıç yaşı	26,74 ± 11,12	23,35 ± 6,47	0,156
İlk duygudurum atağı yaşı	21,62 ± 9,95	19,42 ± 5,84	0,232
<i>Tek Yönlü Anova yapılmıştır.</i>			

Tablo13b)

	Şizofreni		ŞAB		p değeri
	n	%	n	%	
İntihar girişimi öyküsü	27	28,1	14	37,8	0,277
AD elevasyon öyküsü	9	9,4	9	24,3	0,024
Tedavi uyumu					
İyi	47	49,0	21	56,8	0,402
Orta	35	36,5	9	24,3	
Kötü	14	14,6	7	18,9	

Tablo 14: Hasta gruplarının psikotrop kullanım öyküsü

	Şizofreni (n:96)	ŞAB	p değeri
--	----------------------------	------------	-----------------

			(n:37)		
	n	%	n	%	
İlaç kullanım öyküsü					
Antidepresan öyküsü	58	60,4	28	75,7	0,099
Duygudurum Dengeleyici öyküsü	20	20,8	25	67,6	0
Güncel tedavi					
Antidepresan kullanımı	45	46,9	18	48,6	0,854
Duygudurum dengeleyici kullanımı	13	13,5	26	70,3	0
Lityum	0	0	8	21,6	0
Valproik asit	12	12,5	17	45,9	0
Lamotrjin	2	2,1	6	16,2	0,06
Antipsikotik kullanımı	95	99	35	97,2	0,467
Olanzapin	21	21,9	6	16,2	0,467
Ketiyapin	20	20,8	11	29,7	0,277
Risperidon	23	24	13	35,1	0,194
Paliperidon	16	16,7	2	5,4	0,154
Aripiprazol	23	24	9	24,3	0,965
Amisülpirid	11	11,5	4	10,8	1
Klozapin	31	32,3	10	27,8	0,618
Diğer AP	3	3,1	0	0	0,560
Tipik AP	5	5,2	0	0	0,322
- Uzun etkili enjeksiyon	41	42,7	13	35,1	0,425
Ki kare testi kullanılmıştır					

Tablo 15: Hasta Gruplarında Güncel Tedavide Ortalama İlaç Kullanım Dozları

	Şizofreni (n:96)	ŞAB (n:37)	P değeri
	Ortalama ± std	Ortalama ± std	
Olanzapin doz	2,86±6,09	2,22 ± 5,66	0,583
Ketiapin doz	68,12 ± 182,82	110,81 ±225,50	0,261
Risperidon doz	0,88 ± 1,71	1,29 ± 2,01	0,239
Paliperidon doz	1,18 ±2,87	0,48 ±2,06	0,178
Aripiprazol doz	4,27 ±9,08	3,91 ±7,82	0,836
Amisülpirid doz	55,2 ±179,98	43,24 ±134,45	0,715
Klozapin doz	100 ± 163,79	77,02 ±133,25	0,448
Diğer AP doz	5 ±27,98	0 ±0	0,280
Tipik AP doz	0,45 ±2,71	0±0	0,307
CPZ eşdeğer doz	811,82 ± 518,46	690,02 ±378,78	0,196
Lityum doz	0 ±0	1125 ± 474,34	0,012
VPA doz	910,71 ± 476,43	1279,41 ±394,12	0,025
Lamotrjin doz	8,33 ±14,43	110,71 ± 78,86	0,063

Klinik Ölçek Puanları

Tablo 16: Pozitif Belirtiler Ölçeği (SAPS) Skorlarının Karşılaştırılması

	Şizofreni (n:96) Ortalama $\pm$ std	ŞAB (n: 37) Ortalama $\pm$ std	p değeri
Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)			
Varsanı Total	5,02 $\pm$ 5,93	4,37 $\pm$ 5,31	0,566
Sanrı Total	9,82 $\pm$ 9,72	9,29 $\pm$ 8,20	0,771
Garip Davranış Total	0,92 $\pm$ 2,56	0,16 $\pm$ 0,60	0,075
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu	3,86 $\pm$ 5,90	2,94 $\pm$ 5,35	0,411
Uygunsuz Duygulanım	0,30 $\pm$ 0,87	0,27 $\pm$ 0,87	0,851
Total	19,93 $\pm$ 18,86	17,05 $\pm$ 14,83	0,405
<i>Tek Yönlü ANOVA kullanılmıştır.</i>			

Hasta gruplarının Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS) ortalama skorları açısından karşılaştırılması tablo 17’de gösterilmiştir. SAPS ölçeği varsanı total alt ölçeğinin skorları karşılaştırıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların ortalama puanı $5,02 \pm 5,93$, şizoaffectif bozukluk grubundaki katılımcıların ortalama puanı $4,37 \pm 5,31$ olarak hesaplanmıştır. G.a, a.f yoktur. ($p=0,566$). SAPS ölçeği sanrı total alt ölçeğinin skorları karşılaştırıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların ortalama puanı $9,82 \pm 9,72$, şizoaffectif bozukluk grubundaki katılımcıların ortalama puanı $9,29 \pm 8,20$ olarak hesaplanmıştır. G.a, a.f yoktur ($p=0,771$). SAPS garip davranış total alt ölçeğinin skorları karşılaştırıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların ortalama puanı $0,92 \pm 2,56$, şizoaffectif bozukluk grubundaki katılımcıların ortalama puanı $0,16 \pm 0,60$ olarak hesaplanmıştır. G.a, a.f yoktur. ($p=0,075$). SAPS pozitif yapısal düşünce bozukluğu alt ölçeğinin skorları karşılaştırıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların ortalama puanı $3,86 \pm 5,90$, şizoaffectif bozukluk grubundaki katılımcıların ortalama puanı $2,94 \pm 5,35$ olarak hesaplanmıştır. G.a, a.f yoktur. ($p=0,411$). SAPS uygunsuz duygulanım alt ölçeğinin skorları karşılaştırıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların ortalama puanı $0,30 \pm 0,87$, şizoaffectif bozukluk grubundaki katılımcıların ortalama puanı $0,27 \pm 0,87$ olarak hesaplanmıştır. G.a, a.f yoktur ($p=0,851$). SAPS ölçeğinin total skorları karşılaştırıldığında; şizofreni grubundaki katılımcıların ortalama puanı $19,93 \pm 18,86$, şizoaffectif bozukluk grubundaki katılımcıların ortalama puanı $17,05 \pm 14,83$ olarak hesaplanmıştır G.a, a.f yoktur. ($p=0,405$).

Tablo 17: Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (BNSS) Skorlarının Karşılaştırılması

	Şizofreni (n:96) Ortalama $\pm$ std	ŞAB (n: 37) Ortalama $\pm$ std	p değeri
Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (BNSS)			
Amotivasyon Faktör	15,96 $\pm$ 8,61	11,37 $\pm$ 6,13	0,04
- Anhedoni total	5,10 $\pm$ 3,59	4,48 $\pm$ 2,82	0,350
- Sıkıntı Hissinin Eksikliği	0,85 $\pm$ 1,13	0,43 $\pm$ 0,60	0,034
- Asosyallik total	5,63 $\pm$ 2,50	3,70 $\pm$ 2,11	0,00
- Avolüsyon total	4,37 $\pm$ 2,88	2,75 $\pm$ 2,13	0,02
Ekspresyon Faktör	8,02 $\pm$ 7,08	3,54 $\pm$ 3,12	0,0
- Afektif Küntlük total	5,37 $\pm$ 4,51	3,00 $\pm$ 2,49	0,03
- Aloji total	2,64 $\pm$ 2,99	0,54 $\pm$ 1,21	0,0
Total	23,98 $\pm$ 14,67	14,91 $\pm$ 7,71	0,01
<i>Tek Yönlü ANOVA kullanılmıştır.</i>			

Tablo 18: HDÖ ve YMDÖ Skorlarının Karşılaştırılması

	Şizofreni (n:96)	ŞAB (n:37)	p değeri
	Ortalama ± std	Ortalama ± std	
Hamilton Depresyon Ölçeği	7,52 ±5,29	9,35 ±6,63	0,099
Young Mâni Derecelendirme Ölçeği	7,59 ±5,48	8,48 ±5,62	0,405
<i>Tek Yönlü ANOVA kullanılmıştır.</i>			

Hasta gruplarının HDÖ ve YMDÖ skorları açısından karşılaştırılmasına tablo 19’da yer verilmiştir. Hamilton Depresyon Ölçeği ortalama skorları karşılaştırıldığında; şizofreni grubu için ortalama puan 7,52 ±5,29, şizoaffektif bozukluk grubu için ortalama puan 9,35 ±6,63 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arası anlamlı fark yoktur(p=0,099). Young Mani Derecelendirme Ölçeği ortalama skorları karşılaştırıldığında; şizofreni grubu için ortalama puan 7,59 ±5,48, şizoaffektif bozukluk grubu için ortalama puan 8,48 ±5,62 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arası anlamlı fark yoktur(p=0,405).

Tablo 19: Düşünce ve Dil Ölçeği Sonuçları

	Şizofreni (n:76)	ŞAB (n: 26)	p değeri
	Ortalama ± std	Ortalama ± std	
Tematik Algı Testi (1. Resim)			
Negatif Yapısal Düşünce Bozukluğu	0,46±0,34	0,20±0,25	0,001
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu	0,09±0,21	0,03±0,09	0,214
Tematik Algı Testi (2. Resim)			
Negatif Yapısal Düşünce Bozukluğu	0,49±0,39	0,20±0,26	0,001
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu	0,12±0,21	0,03±0,11	0,041
Tematik Algı Testi (3. Resim)			

Negatif Yapısal Düşünce Bozukluğu	0,48±0,39	0,23±0,29	0,004
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu	0,15±0,26	0,10±0,24	0,459
Total			
Negatif Yapısal Düşünce Bozukluğu	0,47±0,34	0,21±0,24	0
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu	0,12±0,18	0,06±0,13	0,128
Toplam	1,81±1,29	0,82±0,98	0,001
<i>Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır.</i>			

4.3.Araştırma Gruplarımızın İşlevsellik Açısından Değerlendirilmesi

4.3.1.Hastalık Öncesi İşlevsellik

	Şizofreni (n:37)	ŞAB (n:96)	SK (n:31)	p değeri
PAS				
PAS 12 yaş öncesi	0,40±0,23	0,31±0,19	0,12±0,11	0,019* 0,00** 0,0***
PAS 12-15 yaş arası	0,49 ±0,20	0,45± 0,18	0,12 ±0,10	0,688* 0** 0***
PAS 16-18 yaş arası	0,57 ±0,19	0,52 ±0,18	0,12± 0,10	0,349* 0** 0***
PAS 19 yaş sonrası	0,68 ±0,16	0,63 ±0,15	0,96± 0,10	0,129* 0** 0***
PAS Toplam puan	0,53 ±0,17	0,48±0,15	0,11±0,09	0,075* 0** 0***

**Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır.
Yüksek skor düşük işlevselliği göstermektedir.**

* Şizofreni-ŞAB ** Şizofreni-SK *** ŞAB-SK

Tablo 20: Araştırma Gruplarımızın Hastalık Öncesi İşlevselliği

Araştırma gruplarımızın hastalık öncesi işlevselliğini gösteren veriler tablo 13'te gösterilmiştir. Premorbid işlevsellik ölçeğinde katılımcılar dört temel yaş grubun için içe kapanıklık, arkadaşlık ilişkileri, okul başarısı ve okula uyum alanlarında olmak üzere skorlanır, dört ana yaş grubu için ortalamalar alınarak PAS 12 yaş öncesi, PAS 12-15 yaş arası, PAS 16-18 yaş arası, PAS 19 yaş sonrası hesaplanmıştır. Son olarak dört temel yaş grubu için PAS total hesaplanmıştır, skor arttıkça işlevsellik düşer. PAS 12 yaş öncesi için g.a, a.f mevcuttur. (p=0).

Araştırma gruplarımızın hastalık öncesi işlevselliğini gösteren veriler tabloda gösterilmiştir.

Şizofreni grubunun ve şizoaftif bozukluk grubunun 12 yaş öncesi premorbid işlevselliği anlamlı olarak skg'na göre daha düşüktür. Aynı zamanda şizofreni grubunun 12 yaş öncesi premorbid işlevselliği şizoaftif bozukluk grubuna göre anlamlı derecede bozulmuştur. Şizofreni ve şab grubunda, skb'ye göre 12-15,16-18 aralıkları ve 19 yaş sonrası için premorbid işlevsellikte anlamlı oranda bozulma görünmekte ve giderek şiddetlenmektedir. Şizofreni ve şizoaftif bozukluk arasında ise bu yaş grupları açısından premorbid işlevsellik açısından anlamlı fark gözükmemektedir. Dört yaş grubu için PAS total skoru değerlendirildiğinde şizofreni ve şizoaftif bozuklukta sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı fark görünmekle birlikte şizofreni ve şizoaftif bozukluk arasında bu fark görünmemektedir. Şizofreni ve şab grubunda skg'na göre tüm yaş grupları için premorbid işlevsellikte belirgin olarak bozulmanın olduğu ve bozulmanın şiddetinin yaş ile arttığı sonucuna varılabilir. 12 yaş öncesi için şizofreni grubunda anlamlı olarak şab ve skg'na göre daha fazla bir bozulma olduğu söylenebilir. Şizofreni ve şizoaftif bozukluk arasında premorbid uyumdaki bozulma 12 yaş öncesi için anlamlı olarak şizofreni lehine

belirgin 12 yaş sonrası dönemlerde anlamlı fark gözlenmemekle birlikte yaş ilerledikçe şizofreni ve şizoaffektif bozuklukta hastalık öncesi uyum bozukluğının şiddetinin artmasıyla birlikte şizofreni grubu için bu bozulmanın daha şiddetli olduğu söylenebilir.

4.3.2. Bireysel Ve Sosyal İşlevselliğinin Değerlendirilmesi

PSP

Hasta gruplarımızın işlevselliği dört temel alanda olmak üzere PSP ile değerlendirilmiştir. Tüm ölçek alt alanları ortak değerlendirmeye alınarak toplam bir skor oluşturulmuştur.

Psp1:Sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma (öğrenim görmek dahil)

Psp2:Kişisel ve sosyal ilişkiler

Psp3:Öz bakım

Psp4:Rahatsız edici ve agresif davranışlar

Psp Toplam: Dört temel alandan yola çıkılarak değerlendirilen toplam skor.

Analiz; bağımlı değişken, psp skorları, bağımsız değişkenler; tanı grupları (şizoaffektif bozukluk ve şizofreni) ve mani risk grubu/mani ya da hipomani öyküsü/melankoli öyküsü, kovaryanslar: yaş ve eğitim olacak şekilde İki Yönlü ANOVA yapılmıştır.

Araştırma gruplarımızın mani ya da hipomani öyküsüne göre sınıflandırmasına göre, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Skorları açısından karşılaştırılmasına aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 21: psp1 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-1
	Tanı grupları

Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (7/89)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (32/5)	Toplam n=133 (96/37)
Mani var n=39 (7/32)	3,14±1,35 *3,12 (2,49-3,75)	2,69±0,82 *2,70 (2,41-3,00)	2,77±0,93 *2,91 (2,56-3,26)
Mani yok n=94 (89/5)	3,34±0,80 *3,33 (3,16-3,51)	2,80±0,84 *2,79 (2,05-3,54)	3,31±0,80 *3,06 (2,68-3,45)
Toplam n=133 (39/94)	3,32±0,84 *3,23 (2,90-3,55)	2,70±0,81 *2,75 (2,35-3,15)	3,15±0,87

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	2,338	3,320	0,071
Mani grup	1	0,243	0,345	0,558
Tanı grup*mani grup	1	0,040	0,057	0,812
Hata	127	0,704		
Toplam	133			

Mani öyküsüne göre gruplarda psp1 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a, istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 0,345$ $p = 0,558$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp1 skor değerleri incelendiğinde gruplar arasında şizofreni lehine i.o sınırdan a.f bulunmuştur, $F(1, 127) = 3,320$ $p = 0,071$.

Hasta grupları arasında psp-1 skor değerleri için tanı ve mani öykü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır $F(1, 127) = 0,057$ $p = 0,812$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp1 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 22: psp2 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-2		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (7/89)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (32/5)	Toplam n=133 (96/37)
Mani var n=39 (7/32)	2,86±1,21 *2,85 (2,21-3,48)	2,66±0,79 *2,65 (2,35-2,95)	2,69±0,86 *2,75 (2,40-3,10)
Mani yok	3,10±0,84	2,40±0,55	3,06±0,84

n=94 (89/5)	*3,11 (2,93-3,28)	*2,37 (1,62-3,12)	*2,74 (2,35-3,13)
Toplam	3,08±0,87	2,62±0,76	2,95±0,86
n=133 (39/94)	*2,98 (2,65-3,31)	*2,51 (2,11-2,92)	

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Cohen d:0,44

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	2,334	3,122	0,080
Mani grup	1	0,001	0,001	0,902
Tanı grup*mani grup	1	0,729	1,018	0,315
Hata	127	0,716		
Toplam	133			

Mani öyküsüne göre gruplarda psp2 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 127) =0,001 p=0,972.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp2 skor değerleri incelendiğinde gruplar arasında şizofreni grubu lehine istatistiksel olarak sınırda anlamlı fark bulunmuştur, F (1, 127) =3,122 p=0,080.

Hasta grupları arasında psp-2 skor değerleri için tanı ve mani öykü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır, F (1,127) =1,018 p=0,315. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp2 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo23: psp3 skor İki yönlü ANOVA analizi

	Bireysel ve sosyal performans ölçeği -Öz bakım (psp3)		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (7/89)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (32/5)	Toplam n=133 (96/37)
Mani var n=39 (7/32)	1,14±1,35 *1,15 (0,26-2,05)	0,72±0,99 *0,75 (0,32-1,17)	0,79±1,06 *0,95 (0,45-1,44)
Mani yok n=94 (89/5)	1,25±1,25 *1,23 (0,98-1,48)	1,00±1,41 *1,07 (0,00-2,13)	1,23±1,25 *1,15 (0,60-1,70)

Toplam n=133 (39/94)	1,24±1,25 *1,19 (0,73-1,66)	0,76±1,04 *0,91 (0,33-1,48)	1,11±1,21
-------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,842	0,587	0,445
Mani grup	1	0,418	0,291	0,590
Tanı grup*mani grup	1	0,151	0,106	0,746
Hata	127	1,434		
Toplam	133			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani öyküsüne göre gruplarda psp3 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 127) =0,291 p=0,590.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp3 skor değerleri incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 127) =0,587 p=0,445.

Hasta grupları arasında psp-3 skor değerleri için tanı ve mani öykü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır, F (1, 127) =0,106 p=0,746. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp3 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 24: psp4 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-4		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (7/89)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (32/5)	Toplam n=133 (96/37)
Mani var n=39 (7/32)	0,14±0,38 * 0,13 (-0,48-0,75)	0,38±0,66 *0,37 (0,08-0,66)	0,33±0,62 *0,25 (-0,09-0,59)
Mani yok n=94 (89/5)	0,51±0,91 *0,51 (0,34-0,68)	0,00±0,00 *-0,02 (-0,75-0,71)	0,48±0,89 *0,24 (-0,13-0,62)
Toplam n=133 (39/94)	0,48±0,88 *0,32 (0,00-0,64)	0,32±0,63 *0,18 (-0,22-0,57)	0,44±0,82

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,217	0,320	0,573
Mani grup	1	0,001	0,001	0,974
Tanı grup*mani grup	1	1,500	2,205	0,140
Hata	127	0,680		
Toplam	133			

Mani öyküsüne göre gruplarda psp4 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatikselsel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 0,001$ $p = 0,974$.

Şizofreni ve şizoaftektif gruplarda ortalama psp4 skor değerleri incelendiğinde g.a istatikselsel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 0,320$ $p = 0,573$.

Hasta grupları arasında psp-4 skor değerleri için tanı ve mani öykü değışkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır, $F(1, 127) = 2,205$ $p = 0,140$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp4 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 25: psp toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-toplam puan		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (7/89)	Şizoaftektif bozukluk n=37 (32/5)	Toplam n=133 (96/37)
Mani var n=39 (7/32)	46,00±19,54 * 46,29 (36,22-56,36)	53,16±13,23 *53,01 (48,28-57,73)	51,87±14,52 *49,65 (44,09-55,20)
Mani yok n=94 (89/5)	42,43±12,94 *42,45 (39,63-45,27)	56,00±11,85 *56,14 (44,22-68,07)	43,15±13,19 *49,30 (43,18-55,42)
Toplam n=133 (39/94)	42,69±13,42 *44,37 (39,14-49,60)	53,54±12,93 *54,58 (48,15-61,00)	45,71±14,11

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
-------------------	----	--------------------	---	---

Tanı grup	1	1071,560	5,942	0,016
Mani grup	1	1,276	0,007	0,933
Tanı grup*mani grup	1	125,065	0,693	0,407
Hata	127	180,342		
Toplam	133			

Cohen d:0,62

Mani öyküsüne göre gruplarda psp toplam skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 0,007$ $p = 0,933$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp toplam değerleri incelendiğinde gruplar arasında şab lehine istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, $F(1, 127) = 5,942$ $p = 0,016$.

Hasta grupları arasında psp-total skor değerleri için tanı ve mani öykü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır $F(1, 127) = 0,693$ $p = 0,407$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp toplam skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Araştırma gruplarımızın mani risk sınıflandırmasına göre, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Skorları açısından karşılaştırılmasına aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 26: psp1 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-1		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=96 (28/68)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (33/4)	Toplam n=133 (96/37)
Mani riski var n=61 (28/33)	3,32±0,90 *3,32 (3,01-3,64)	2,73±0,84 *2,74 (2,45-3,03)	3,00±0,91 *3,03 (2,82-3,25)
Mani riski yok	3,32±0,82	2,50±0,58	3,28±0,83

n=72 (68/4)	*3,32 (3,11-3,52)	*2,51 (1,68-3,34)	*2,91 (2,49-3,34)
Toplam	3,32±0,84	2,70±0,81	3,15±0,87
n=133 (61/72)	*3,32 (3,13-3,51)	*2,63 (2,19-3,07)	

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	5,766	8,175	0,005
Mani risk grup	1	0,164	0,232	0,631
Tanı grup*mani risk grup	1	0,151	0,215	0,644
Hata	127	0,705		
Toplam	133			

Mani risk gruplarına göre psp1 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 0,232$ $p = 0,631$.

SCH ve ŞAB gruplarında ortalama psp1 skor değerleri incelendiğinde g.a SCH lehine istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, $F(1, 127) = 8,175$ $p = 0,005$.

Hasta grupları arasında psp1 skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmadı, $F(1, 127) = 0,215$ $p = 0,644$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp1 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 27: psp2 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-2		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=96 (28/68)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (33/4)	Toplam n=133 (96/37)
Mani riski var n=61 (28/33)	3,00±0,98 *2,99 (2,67-3,30)	2,67±0,78 *2,66 (2,36-2,95)	2,69±0,86 *2,82 (2,60-3,04)

Mani riski yok n=72 (68/4)	3,12±0,82 *3,13 (2,93-3,33)	2,25±0,50 *2,24 (1,40-3,08)	3,06±0,84 *2,68 (2,25-3,11)
Toplam n=133 (61/72)	3,08±0,87 *3,06 (2,87-3,25)	2,62±0,76 *2,45 (2,00-2,89)	2,95±0,86

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), Cohen d:0,44

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	4,480	6,281	0,013
Mani risk grup	1	0,221	0,310	0,579
Tanı grup*mani risk grup	1	0,945	1,324	0,252
Hata	127	0,713		
Toplam	133			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani risk gruplarına göre gruplarda psp2 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 0,310$ $p = 0,579$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp2 skor değerleri incelendiğinde g.a SCH lehine istatistiksel olarak a.f bulunmuştur, $F(1, 127) = 6,281$ $p = 0,013$.

Hasta grupları arasında psp2 skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmadı, $F(1, 127) = 1,342$ $p = 0,252$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp2 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 28: psp3 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-3		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=96 (28/68)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (33/4)	Toplam n=133 (96/37)
Mani riski var n=61 (28/33)	1,07±1,12 *1,11 (0,66-1,56)	0,79±1,05 *0,82 (0,40-1,23)	0,92±1,08 *0,96 (0,65-1,27)
Mani riski yok	1,31±1,30	0,50±1,00	1,26±1,29

n=72 (68/4)	*1,28 (0,99-1,57)	*0,53 (-0,66-1,71)	*0,90 (0,29-1,51)
Toplam n=133 (61/72)	1,24±1,25 *1,19 (0,93-1,46)	0,76±1,04 *0,67 (0,04-1,30)	1,11±1,21

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	3,235	2,260	0,135
Mani risk grup	1	0,042	0,029	0,864
Tanı grup*mani risk grup	1	0,649	0,453	0,502
Hata	127	1,431		
Toplam	133			

Mani risk gruplarına göre gruplarda psp3 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 127) =0,029 p=0,864.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp3 skor değerleri incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, F (1, 127) =2,260 p=0,135.

Hasta grupları arasında psp3 skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmadı, F (1, 127) =0,453 p=0,502. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp3 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 29: psp4 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-4		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=96 (28/68)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (33/4)	Toplam n=133 (96/37)
Mani riski var n=61 (28/33)	0,46±0,84 * 0,46 (0,14-0,77)	0,36±0,65 *0,36 (0,07-0,65)	0,41±0,74 *0,41 (0,19-0,62)

Mani riski yok n=72 (68/4)	0,49±0,91 *0,49 (0,29-0,69)	0,00±0,00 *-0,01 (-0,83-0,82)	0,46±0,89 *0,24 (-0,18-0,67)
Toplam n=133 (61/72)	0,48±0,88 *0,47 (0,29-0,66)	0,32±0,63 *0,18 (-0,26-0,61)	0,44±0,82

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	1,067	1,550	0,215
Mani risk grup	1	0,322	0,468	0,495
Tanı grup*mani risk grup	1	0,480	0,697	0,405
Hata	127	0,688		
Toplam	133			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani risk gruplarına göre gruplarda psp4 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 0,468$ $p = 0,495$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp4 skor değerleri incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 1,550$ $p = 0,215$.

Hasta grupları arasında psp4 skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmadı, $F(1, 127) = 0,697$ $p = 0,405$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp4 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 30: psp toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-toplam puan		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=96 (28/68)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (33/4)	Toplam n=133 (96/37)
Mani riski var n=61 (28/33)	45,00±13,62 * 45,08 (40,06-50,10)	52,73±13,25 *52,66 (48,03-57,28)	49,18±13,86

			*48,87 (45,44-52,30)
Mani riski yok n=72 (68/4)	41,74±13,33 *41,74 (38,50-44,98)	60,25±8,18 *60,19 (46,97-73,40)	42,76±13,74 *50,96 (44,17-57,76)
Toplam n=133 (61/72)	42,69±13,42 *43,41 (40,44-43,38)	53,54±12,93 *56,42 (49,41-63,43)	45,71±14,11

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), Cohen d:0,47

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	2036,045	11,430	0,001
Mani risk grup	1	52,768	0,296	0,587
Tanı grup*mani risk grup	1	356,196	2,000	0,160
Hata	127	178,125		
Toplam	133			

Mani risk gruplarına göre gruplarda psp toplam skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 127) =0,296 p=0,587.

Şizofreni ve şizoaftif gruplarda ortalama psp toplam değerleri incelendiğinde g.a ,ŞAB lehine istatistiksel olarak a.f bulunmuştur, F (1, 127) =11,430 p=0,001.

Hasta grupları arasında psp toplam skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmadı F (1, 127) =2,000 p=0,160. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait psp toplam skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Araştırma gruplarımızın melankoli öyküsüne göre, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Skorları açısından karşılaştırılmasına aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 31: psp1 s skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-1		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (15/81)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (20/17)	Toplam n=133 (96/37)
Melankoli var n=35 (15/20)	3,07±0,59 *3,07 (2,64-3,50)	2,65±0,81 *2,66 (2,29-3,03)	2,83±0,75 *2,87 (2,58-3,15)
Melankoli yok n=98 (81/17)	3,37±0,87 *3,36 (3,18-3,55)	2,76±0,83 *2,78 (2,38-3,18)	3,27±0,89 *3,07 (2,85-3,29)
Toplam n=133 (35/98)	3,32±0,84 *3,22 (2,99-3,45)	2,70±0,81 *2,72 (2,45-2,99)	3,15±0,87

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), Cohen d:0,54

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	5,199	7,455	0,007
Melankoli grup	1	0,887	1,273	0,261
Tanı grup*melankoli grup	1	0,160	0,229	0,633
Hata	127	0,697		
Toplam	133			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Melankoli öyküsüne göre gruplarda psp1 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 127) =1,273 p=0,261.

SCH ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp1 skor değerleri incelendiğinde g.a SCH lehine istatistiksel olarak a.f bulunmuştur, F (1, 127) =7,455 p=0,007.

Hasta grupları arasında psp toplam skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmadı F (1, 127) =0,229 p=0,633. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait psp1 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 32: psp2 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP2		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (15/81)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (20/17)	Toplam n=133 (96/37)
Melankoli var n=35 (15/20)	2,33±0,62 *2,34 (1,93-2,75)	2,55±0,83 *2,53 (2,17-2,89)	2,64±0,74 *2,44 (2,16-2,71)
Melankoli yok n=98 (81/17)	3,22±0,84 *3,23 (3,05-3,40)	2,71±0,69 *2,70 (2,32-3,09)	3,13±0,83 *2,97 (2,75-3,18)
Toplam n=133 (35/98)	3,08±0,87 *2,78 (2,56-3,01)	2,62±0,76 *2,62 (2,35-2,88)	2,95±0,86

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş)

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,574	0,895	0,346
Melankoli grup	1	5,963	9,299	0,003
Tanı grup*melankoli grup	1	4,158	4,158	0,044
Hata	127	0,641		
Toplam	133			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda psp2 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a melankoli yok lehine istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, F (1, 127) =9,299 p=0,003.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp2 skor değerleri incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, F (1, 127) =0,895 p=0,346.

Hasta grupları arasında psp2 skoru için tanı ve melankoli öykü grupları değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptandı F (1, 127) =4,158 p=0,044. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait psp2 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Etkileşimin sebebi şizofreni hastalarında melankoli olan ve olmayan hastaların psp2 ortalamaları (yaş ve eğitim yılına göre düzeltilmiş) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (p<0,001).

Tablo 33: psp3 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP3		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (15/81)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (20/17)	Toplam n=133 (96/37)
Melankoli var n=35 (15/20)	0,73±0,88 *0,71 (0,11-1,31)	0,55±0,89 *0,61 (0,08-1,13)	0,63±0,88 *0,66 (0,26-1,06)
Melankoli yok n=98 (81/17)	1,33±1,28 *1,32 (1,06-1,58)	1,00±1,17 *1,00 (0,43-1,57)	1,28±1,27 *1,16 (0,85-1,47)
Toplam n=133 (35/98)	1,24±1,25 *1,02 (0,69-1,35)	0,76±1,04 *0,80 (0,42-1,19)	1,11±1,21

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,959	0,690	0,408
Melankoli grup	1	5,361	3,857	0,052
Tanı grup*melankoli grup	1	0,254	0,183	0,670
Hata	127	1,390		
Toplam	133			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Melankoli öyküsüne göre gruplarda psp3 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak sınırda a.f saptanmıştır, $F(1, 127) = 3,857$ $p = 0,052$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp3 skor değerleri g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 127) = 0,690$ $p = 0,408$.

Hasta grupları arasında psp3 skoru için tanı ve melankoli öyküsüne göre grup değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmadı $F(1, 127) = 0,183$ $p = 0,670$.

Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait psp3 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 34: psp4 skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP4		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (15/81)	Şizoaffektif bozukluk n=37 (20/17)	Toplam n=133 (96/37)
Melankoli var n=35 (15/20)	0,00±0,00 * 0,01 (-0,41-0,42)	0,20±0,52 *0,19 (-0,17-0,55)	0,11±0,40 *0,10 (-0,18-0,37)
Melankoli yok n=98 (81/17)	0,57±0,93 *0,57 (0,39-0,75)	0,47±0,72 *0,47 (0,08-0,86)	0,55±0,90 *0,52 (0,31-0,73)
Toplam n=133 (35/98)	0,48±0,88 *0,29 (0,06-0,51)	0,32±0,63 *0,33 (0,06-0,59)	0,44±0,82

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,036	0,055	0,816
Melankoli grup	1	3,822	5,828	0,017
Tanı grup*melankoli grup	1	0,416	0,636	0,427
Hata	127	0,655		
Toplam	133			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda psp4 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a melankoli yok lehine istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, F (1, 127) =5,838 p=0,017.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama psp4 skor değerleri incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, F (1, 127) =0,055 p=0,816.

Hasta grupları arasında psp4 skoru için tanı ve melankoli öykü grupları değişkenleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır, F (1, 127) =0,636 p=0,427. Farklı melankoli

gruplarında bulunan hastalara ait psp4 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 35: psp toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

	PSP-toplam puan		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=96 (15/81)	Şizoaftif bozukluk n=37 (20/17)	Toplam n=133 (96/37)
Melankoli var n=35 (15/20)	52,47±7,27 * 52,41 (45,78-59,04)	54,55±13,21 *54,48 (48,69-60,27)	53,66±10,97 *53,44 (49,05-57,83)
Melankoli yok n=98 (81/17)	40,88±13,54 *40,93 (38,07-43,79)	52,35±12,90 *52,23 (46,00-58,46)	42,87±14,07 *46,58 (43,16-50,00)
Toplam n=133 (35/98)	42,69±13,42 *46,67 (43,06-50,28)	53,54±12,93 *53,35 (49,10-57,61)	45,71±14,11

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	1071,560	5,584	0,02
Melankoli grup	1	1,276	5.953	0,016
Tanı grup*melankoli grup	1	125,065	2.670	0,105
Hata	127	180,342		
Toplam	133			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda psp toplam skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, F (1, 127) =5,953 p=0,016.

Şizofreni ve şizoaftif gruplarda ortalama psp toplam değerleri incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f bulunmuştur, F (1, 127) =5,584 p=0,020.

Hasta grupları arasında psp toplam skoru için tanı ve melankoli öykü grupları değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı etkileşim bulunmuştur F (1, 127) =2,670 p=0,105. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait psp

toplam skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Etkileşimin sebebi şizofreni hastalarında melankoli olan ve olmayan hastaların psp toplam puan ortalamaları (yaş ve eğitim yılına göre düzeltilmiş) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (p=0,002).

4.4.Araştırma Gruplarımızın Nörobiliş Açısından Değerlendirilmesi

4.4.1. SCIP

Araştırma gruplarımızın mani ya da hipomani öyküsüne göre, SCIP skorları açısından karşılaştırılmasına aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 36: SCIP toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -toplam skor		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=87 (7/80)	Şizoaffektif bozukluk n=30 (26/4)	Toplam n=117 (87/30)
Mani var n=33 (7/26)	52,00±15,89 *52,79 (44,15- 61,44)	54,70±12,56 *53,29 (48,78- 57,80)	54,18±13,74 *53,04 (48,18- 57,90)
Mani yok n=84 (80/4)	54,70±12,56 *55,18 (52,62- 57,73)	59,50±16,90 *58,17 (46,75- 69,58)	54,93±12,71 *56,67 (50,83- 62,52)
Toplam n=117 (33/84)	54,48±12,77 *53,98 (49,48- 58,50)	55,40±13,67 *55,73 (59,58- 61,87)	54,72±12,95

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Mani öyküsüne göre gruplarda SCIP Toplam skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 53,04 %95 GA (48,18-57,90), mani yok grubunda 56,67 %95 GA (50,83-62,52) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 111) = 0,896$ $p = 0,346$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama SCIP toplam skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 53,98 %95 GA (49,48-58,50), ve şizoaffektif grupta 55,73 %95 GA (50,83-61,87) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 111) = 0,204$ $p = 0,652$.

Mani öykü gruplarının (mani var, mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların SCIP toplam skorları üzerine ortak etkisi

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	27,090	0,204	0,652
Mani grup	1	118,743	0,896	0,346
Tanı grup*mani grup	1	13,949	0,105	0,746
Hata	111	132,536		
Toplam	117			

değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır, $F(1, 111) = 0,105$ $p = 0,746$. Mani öyküsüne göre ayırdığımız hasta gruplarında bulunan hastalara ait SCIP toplam skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 37: SCIP sözel kısa süreli bellek skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -sözel kısa süreli bellek skoru
--	--------------------------------------

	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=89 (7/82)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (27/4)	Toplam n=120 (89/31)
Mani var n=34 (7/27)	15,71±6,52 *15,78 (12,65- 18,90)	17,56±4,28 *17,23 (15,63-18,83)	17,18±4,77 *16,50 (14,75- 18,26)
Mani yok n=86 (82/4)	18,40±4,24 *18,52 (17,61- 19,44)	19,25±3,86 *18,88 (14,75-23,01)	18,44±4,21 *18,70 (16,59- 20,81)
Toplam n=120 (34/86)	18,19±4,47 *17,15 (15,52- 18,78)	17,77±4,21 *18,06 (15,84-20,28)	18,08±4,39

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	7,372	0,425	0,516
Mani grup	1	43,717	2,520	0,115
Tanı grup*mani grup	1	2,692	0,155	0,694
Hata	114	17,346		
Toplam	120			

Mani öyküsüne göre (mani var/yok) gruplarda SCIP sözel kısa süreli bellek skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 16,50 %95 GA (14,75-18,26), mani yok grubunda 18,70 %95 GA (16,59-20,81) olarak bulunmuş ve g.a,istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır,F (1, 114) =2,520 p=0,115.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama SCIP sözel kısa süreli bellek skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 17,15 %95 GA (15,52-18,78), ve şizoaffektif bozukluk grubunda 18,06 %95 GA (15,84-20,28) olarak bulunmuş ve g.a,istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır,, F (1, 114) =0,425 p=0,516.

Mani öykü gruplarının (mani var mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların SCIP sözel kısa süreli bellek skorları üzerine ortak etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak a.f bulunamamıştır, F (1, 114) =0,155 p=0,664. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sözel kısa süreli bellek

skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.



Tablo 38: SCIP sesiz harf tekrarlama testi skoru İki yönlü ANOVA analizi

	Bilişsel bozukluk tarama ölçeği (SCIP sessiz harf tekrarlaması testi skoru)		
	Tanı grupları		
Mani öykü grupları	Şizofreni n=89 (7/82)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (27/4)	Toplam n=120 (89/31)
Mani var n=34 (7/27)	14,57±3,10 *14,64 (11,94- 17,33)	15,07±4,72 *14,76 (13,38- 16,14)	14,97±3,90 *14,70 (13,19- 16,21)
Mani yok n=86 (82/4)	15,61±3,75 *15,72 (14,94- 16,51)	19,75±4,57 *19,40 (15,84- 22,96)	15,80±3,86 *17,56 (15,74- 19,39)
Toplam n=120 (34/86)	15,53±3,70 *15,18 (13,78- 16,59)	15,68±4,40 *17,08 (15,17- 19,00)	15,57±3,87

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	32,420	2,513	0,116
Mani grup	1	74,168	5,750	0,018
Tanı grup*mani grup	1	28,413	2,204	0,140
Hata	114	12,900		
Toplam	120			

Cd:0,21

Mani öyküsüne göre gruplarda SCIP sessiz harf tekrarlaması test skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 14,50 %95 GA (13,19-16,21), mani yok grubunda 17,56 %95 GA (15,74-18,39) olarak bulunmuş ve g.a SCIP sessiz harf tekrarlaması test skoru ortalamasında Mani yok grubu lehine istatistiksel a.f, F (1, 114) =5,749 p=0,018

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama SCIP sessiz harf tekrarlaması test skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 15,18 %95 GA (13,78-16,59), ve şizoaffektif grupta 17,08 %95 GA (15,17-19,00) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, F (1, 114) =2,513 p=0,116.

Mani öykü gruplarının (Mani var mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların SCIP sessiz harf tekrarlaması test skoru üzerine ortak

etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak a.f bulunamamıştır, $F(1, 114) = 2,204$ $p = 0,140$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sessiz harf tekrarlamaya test skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 39: SCIP Sözel Akıcılık Testi Skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -sözel akıcılık testi skoru				
	Tanı grupları				
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=89 (7/82)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (27/4)	Toplam n=120 (89/31)		
Mani var n=34 (7/27)	9,57±5,62 *9,90 (6,74-13,05)	11,41±3,86 *11,04 (9,42-12,66)	11,03±4,25 *10,47 (9,70-12,24)		
Mani yok n=86 (82/4)	10,45±4,45 *10,55 (9,63-11,48)	9,25±4,35 *9,06 (4,89-13,23)	10,40±4,43 *9,81 (7,67-11,94)		
Toplam n=120 (34/86)	10,38±4,52 *10,22 (8,58-11,87)	11,13±3,91 *10,05 (7,81-12,29)	10,58±4,37		
Varyansın kaynağı		df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup		1	0,277	0,016	0,901
Mani grup		1	3,965	0,224	0,637
Tanı grup*mani grup		1	15,659	0,886	0,349
Hata		114	17,679		
Toplam		120			

Mani öyküsüne göre gruplarda SCIP sözel akıcılık skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 10,47 %95 GA (9,70-12,24), mani yok grubunda 9,81 %95 GA (7,67-11,94) olarak bulunmuş ve g.a , SCIP sözel akıcılık skoru ortalamasında istatistiksel a.f saptanmamıştır, $F(1, 114) = 0,224$ $p = 0,637$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama SCIP sözel akıcılık skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 10,22 %95 GA (8,58-11,87), ve şizoaffektif grupta 10,05 %95 GA (7,81-12,29) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 0,016$ $p = 0,901$.

Mani öykü gruplarının (Mani var mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların SCIP sözel akıcılık skoru üzerine ortak etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak a.f bulunamamıştır, $F(1, 114) = 0,886$ $p = 0,3499$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sözel akıcılık skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo40: SCIP gecikmeli hatırlama skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -gecikmeli hatırlama skoru		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=89 (7/82)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (27/4)	Toplam n=120 (89/31)
Mani var n=34 (7/27)	4,17±2,81 *4,71 (2,67-6,76)	3,89±2,91 *3,69 (2,64-4,74)	4,06±2,87 *4,20 (3,06-5,35)
Mani yok n=86 (82/4)	3,52±2,86 *3,60 (3,00-4,20)	5,00±3,74 *4,74 (2,04-7,45)	3,59±2,90 *4,17 (2,79-5,56)
Toplam n=120 (34/86)	3,62±2,86 *4,16 (3,09-5,23)	4,03±2,98 *4,22 (2,76-5,67)	3,72±2,89

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,031	0,004	0,949
Mani grup	1	0,008	0,001	0,973
Tanı grup*mani grup	1	10,549	1,416	0,237
Hata	114	7,449		
Toplam	120			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani öyküsüne göre gruplarda SCIP gecikmeli hatırlama skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 4,20 %95 GA (3,06-5,35), mani yok grubunda 4,17 %95 GA (2,79-5,56) olarak bulunmuş ve g.a SCIP gecikmeli hatırlama skoru ortalamasında istatistiksel a.f saptanmamıştır, $F(1, 114) = 0,001$ $p = 0,973$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama SCIP gecikmeli hatırlama skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 4,16 %95 GA (3,09-5,23), ve şizoaffektif grupta 4,22 %95 GA (2,76-5,67) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 0,004$ $p = 0,949$.

Mani öykü gruplarının (Mani var mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların SCIP gecikmeli hatırlama skoru üzerine ortak etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak a.f bulunamamıştır ($F(1, 114) = 1,416$ $p = 0,237$). Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait SCIP gecikmeli hatırlama skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 41: SCIP görsel motor işleme skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP- görsel motor işleme skoru		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=87 (7/80)	Şizoaffektif bozukluk n=30 (26/4)	Toplam n=117 (87/30)

Mani var n=33 (7/26)	7,43±2,15 *7,62 (5,82-9,42)	7,20±2,95 *6,83 (5,89-7,76)	7,24±2,77 *7,22 (6,21-8,23)
Mani yok n=84 (80/4)	6,43±2,90 *6,55 (6,01-7,08)	6,25±2,63 *5,91 (3,53-8,39)	6,42±2,87 *6,24 (5,01-7,45)
Toplam n=117 (33/84)	6,51±2,84 *7,08 (6,14-8,02)	7,07±2,89 *6,37 (5,09-7,65)	6,65±2,86

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	8,894	1,548	0,216
Mani grup	1	4,538	0,790	0,376
Tanı grup*mani grup	1	0,058	0,010	0,920
Hata	111	5,748		
Toplam	117			

Mani öyküsüne göre gruplarda SCIP görsel motor işleme skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 7,22 %95 GA (6,21-8,23), mani yok grubunda 6,24 %95 GA (5,01-7,45) olarak bulunmuş ve g.a SCIP görsel motor işleme skoru ortalamasında istatistiksel a.f saptanmamıştır, $F(1, 111) = 0,790$ $p = 0,376$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama SCIP görsel motor işleme skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 7,08 %95 GA (6,14-8,02), ve şizoaffektif grupta 6,37 %95 GA (5,09-7,65) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 111) = 1,548$ $p = 0,216$.

Mani öykü gruplarının (Mani var mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların SCIP görsel motor işleme skoru üzerine ortak etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak a.f bulunamamıştır, $F(1, 111) = 0,010$ $p = 0,920$). Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait SCIP görsel motor işleme skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Araştırma gruplarımızın mani risk sınıflandırmasına göre, Bilişsel Bozukluk Tarama ölçeği (SCIP) skorları açısından karşılaştırılmasına aşağıda yer verilmiştir.

Bipolar Bozukluk Belirti Tarama Ölçeği kullanılarak, mani semptom indeksinde yer alan M1-M10 arasındaki alt ölçek parametreleri hastalarda hayat boyu mani riskini değerlendirmek üzere puanlanmıştır, çalışmamızda eşik olarak zayıf mani semptomları sendromunu karşılayan kriterler kullanılmıştır. M1-M10 arası maddelerden herhangi ikisinin skoru 3 ve/veya M1-M10 arası maddelerden herhangi birinin skoru 4 olan yeni bir değişkenle bir eşik değeri oluşturulmuştur, bu hastalar için mani risk grubu sınıflandırması yapılmıştır (mani riski var/mani riski yok)

Tablo 42: SCIP toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

-	SCIP -toplam skor		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=87 (28/59)	Şizoaffektif bozukluk n=30 (27/3)	Toplam n=117 (87/30)
Mani riski var n=55 (28/27)	57,71±12,90 *56,98 (52,67- 61,28)	54,85±13,14 *53,29 (48,89- 57,69)	56,31±12,98 *55,13 (52,05- 58,22)
Mani riski yok n=62 (59/3)	52,95±12,52 *54,03 (51,05- 57,00)	60,33±20,60 *60,10 (46,98- 73,23)	53,31±12,87 *57,06 (50,33- 63,79)
Toplam n=117 (55/62)	54,48±12,77 *55,50 (52,90- 58,11)	55,40±13,67 *56,69 (49,77- 63,62)	54,72±12,95

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	13,257	0,101	0,751

Mani risk grup	1	34,875	0,266	0,607
Tanı grup*mani risk grup	1	225,282	1,720	0,192
Hata	111	130,995		
Toplam	117			

Mani risk gruplarında SCIP toplam skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 55,13 %95 GA (52,05-58,22), mani riski yok grubunda 57,06 %95 GA (50,33-63,79) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 111) =0,266 p=0,607.

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarında ortalama SCIP toplam skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 55,50 (52,90-58,11), ve şizoaffektif grupta 56,69 %95 GA (49,77-63,62) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, F (1, 111) =0,101 p=0,751.

Hasta grupları arasında SCIP toplam skoru için tanı ve mani risk grupları arasında istatistiksel olarak a.f saptanmadı, F (1, 111) =1,720 p=0,192. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait SCIP toplam skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 43: SCIP sözel kısa süreli bellek skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -sözel kısa süreli bellek skoru		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=89 (28/61)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (28/3)	Toplam n=120 (87/30)
Mani riski var n=56 (28/28)	18,79±4,86 *18,55 (16,97- 20,13)	17,61±4,21 *17,23 (15,63- 18,83)	18,20±4,55 *17,90 (16,77- 21,24)
Mani riski yok n=64 (61/3)	17,92±4,29 *18,19 (17,12- 19,27)	19,33±4,73 *18,88 (14,75- 23,01)	17,98±4,29 *18,77 (16,77- 19,02)
Toplam	18,19±4,47	17,77±4,21	18,08±4,39

n=120 (56/64)	*18,37 (17,42-19,33)	*18,29 (15,75-20,83)	
---------------	----------------------	----------------------	--

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,093	0,004	0,952
Mani risk grup	1	7,098	0,400	0,528
Tanı grup*mani risk grup	1	14,263	0,805	0,372
Hata	114	17,729		
Toplam	120			

Mani risk gruplarında SCIP sözel kısa süreli bellek skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 17,90 %95 GA (16,77-21,24), mani riski yok grubunda 18,77 %95 GA (16,77-19,02) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel a.f saptanmamıştır, $F(1, 114) = 0,400$ $p = 0,528$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama SCIP sözel kısa süreli bellek skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 18,37 %95 GA (17,42-19,33), ve şizoaffektif grupta 18,29 %95 GA (15,75-20,83) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 0,004$ $p = 0,952$.

Hasta grupları arasında SCIP sözel kısa süreli bellek skoru için tanı ve mani risk grupları arasında istatistiksel olarak a.f saptanmadı $F(1, 114) = 0,805$ $p = 0,372$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sözel kısa süreli bellek skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 44: SCIP sesiz harf tekrarlama testi skoru İki yönlü ANOVA analizi

	Bilişsel bozukluk tarama ölçeği (SCIP sesiz harf tekrarlama testi skoru)		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=89 (28/61)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (28/3)	Toplam n=120 (87/30)
Mani riski var n=56 (28/28)	16,57±3,90 *16,35 (14,99- 17,71)	15,36±4,31 *15,02 (13,65- 16,39)	15,96±4,12 *15,69 (14,71- 16,66)
Mani riski yok n=64 (61/3)	15,05±3,53 *15,30 (14,38- 16,23)	18,67±4,93 *18,68 (14,53- 22,84)	15,2±3,64 *16,99 (14,87- 19,12)
Toplam n=120 (56/64)	15,53±3,70 *15,83 (15,00- 16,65)	15,68±4,40 *16,85 (14,66- 19,04)	15,57±3,87

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	9,864	0,752	0,388
Mani risk grup	1	16,083	1,225	0,271
Tanı grup*mani risk grup	1	52,558	4,005	0,048
Hata	114	13,124		
Toplam	120			

Mani risk gruplarda SCIP sessiz harf tekrarlama test skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 15,69 %95 GA (14,71-16,66), mani riski yok grubunda 16,99 %95 GA (14,87-19,12) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır $F(1, 114) = 1,225$ $p = 0,271$

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarında ortalama SCIP sessiz harf tekrarlama test skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 15,83 %95 GA (15,00-16,65), ve şizoaffektif grupta 16,85 %95 GA (14,66-19,04) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 0,752$ $p = 0,388$.

Hasta grupları arasında SCIP sessiz harf tekrarlama skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmıştır $F(1, 114) = 4,005$ $p = 0,048$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sessiz harf tekrarlama test skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. Etkileşimin hangi tanı grubundan kaynaklandığına bakıldığında şizofreni mani risk gruplarının sessiz harf tekrarlama skoru üzerinde etkisi incelendiğinde $p:0,071$, şizoaffektif grubu için $0,221$ bulunmuştur,

Tablo 45: SCIP sözel akıcılık skoru İki yönlü ANOVA analizi

	Bilişsel bozukluk tarama ölçeği (SCIP sözel akıcılık testi skoru)		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=89 (28/61)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (28/3)	Toplam n=120 (87/30)
Mani riski var n=56 (28/28)	11,04±4,57 *10,96 (9,38- 12,55)	11,18±3,97 *10,85 (9,26-12,44)	11,11±4,25 *10,91 (9,78- 12,04)
Mani riski yok n=64 (61/3)	10,08±4,51 *10,29 (9,21- 11,37)	10,67±4,04 *10,21 (5,38-15,04)	10,11±4,46 *10,25 (7,78- 12,72)
Toplam n=120 (56/64)	10,38±4,52 *10,63 (9,67- 11,58)	11,13±3,91 *10,53 (7,98-13,08)	10,58±4,37

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,082	0,005	0,946
Mani grup	1	4,089	0,231	0,632
Tanı grup*mani grup	1	0,003	0,000	0,990
Hata	114	17,679		
Toplam	120			

Mani risk gruplarda SCIP sözel akıcılık skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 10,91 %95 GA (9,78-12,04), mani riski yok grubunda 10,25 %95 GA (7,78-12,72) olarak bulunmuş ve gruplar arasında SCIP sözel akıcılık skoru ortalamasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır, $F(1, 114) = 0,231$ $p = 0,632$

Şizofreni ve şizoaftif bozukluk gruplarında ortalama SCIP sözel akıcılık skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 10,63 %95 GA (9,67-11,58), ve şizoaftif grupta 10,53 %95 GA (7,98-13,08) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 0,005$ $p = 0,946$.

Hasta grupları arasında SCIP sözel akıcılık skoru için tanı ve mani risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı etkileşim saptanmadı $F(1, 114) = 0,000$ $p = 0,990$.

Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sözel akıcılık skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 46: SCIP gecikmeli hatırlama skoru İki yönlü ANOVA analizi

	Bilişsel bozukluk tarama ölçeği (SCIP gecikmeli hatırlama skoru)		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=89 (28/61)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (28/3)	Toplam n=120 (87/30)
Mani riski var n=56 (28/28)	4,36±2,84 *4,19 (3,16-5,21)	3,96±2,89 *3,74 (2,71-4,77)	4,16±2,85 *3,96 (3,23-4,69)
Mani riski yok n=64 (61/3)	3,28±2,83 *3,46 (2,76-4,15)	4,67±4,51 *4,74 (2,04-7,45)	3,34±2,89 *4,10 (2,50-5,71)
Toplam n=120 (56/64)	3,62±2,86 *3,82 (3,20-4,44)	4,03±2,98 *4,25 (2,60-5,89)	3,72±2,89

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	1,693	0,228	0,634
Mani grup	1	0,184	0,025	0,875
Tanı grup*mani grup	1	7,215	0,970	0,327
Hata	114	7,439		

Toplam	120			
--------	-----	--	--	--

Mani risk gruplarda SCIP gecikmeli hatırlama skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 3,96 %95 GA (3,23-4,69), mani riski yok grubunda 4,10 %95 GA (2,50-5,71) olarak bulunmuş ve g.a SCIP sözel akıcılık skoru ortalamasında istatistiksel a.f saptanmamıştır, $F(1, 114) = 0,025$ $p = 0,875$.

Şizofreni ve şizoaftif bozukluk gruplarında ortalama SCIP incele gecikmeli hatırlama skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 3,82 %95 GA (3,20-4,44), ve şizoaftif grupta 4,25 %95 GA (2,60-5,89) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 0,228$ $p = 0,634$

Hasta grupları arasında SCIP gecikmeli hatırlama skoru için tanı ve mani risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı etkileşim saptanmadı $F(1, 114) = 0,970$ $p = 0,327$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait SCIP gecikmeli hatırlama skor ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 47: SCIP görsel motor işleme skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -görsel motor işleme skoru		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=87 (28/59)	Şizoaffektif bozukluk n=30 (27/3)	Toplam n=117 (87/30)
Mani riski var n=55 (28/27)	6,96±1,95 *6,78 (5,87-7,68)	7,07±2,96 *6,68 (5,75-7,61)	7,02±2,48 *6,73 (6,08-7,34)
Mani riski yok n=62 (59/3)	6,29±3,18 *6,56 (5,93-7,19)	7,00±2,65 *6,96 (4,19-9,73)	6,32±3,14 *6,76 (5,34-8,18)
Toplam n=117 (55/62)	6,51±2,85 *6,67 (6,12-7,22)	7,07±2,89 *6,82 (5,36-8,28)	6,65±2,86

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,214	0,037	0,848
Mani grup	1	0,011	0,002	0,966
Tanı grup*mani grup	1	0,579	0,099	0,753
Hata	111	5,831		
Toplam	117			

Mani risk gruplarda SCIP görsel motor işleme skoru ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 6,73 %95 GA (6,08-7,34), mani riski yok grubunda 6,76 %95 GA (5,34-8,18) olarak bulunmuş ve g.a SCIP görsel motor işleme skoru ortalamasında istatistiksel a.f saptanmamıştır, $F(1, 111) = 0,002$ $p = 0,966$.

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarında ortalama SCIP görsel motor işleme skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 6,67 %95 GA (6,12-7,22), ve şizoaffektif grupta 6,82%95 GA (5,36-8,28) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 111) = 0,037$ $p = 0,848$.

Hasta grupları arasında SCIP görsel motor işleme skoru için tanı ve mani risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı etkileşim saptanmadı $F(1, 111) = 0,099$ $p = 0,753$.

Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait SCIP görsel motor işleme skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Araştırma gruplarımızın melankolik depresyon öyküsüne göre, Bilişsel Bozukluk Tarama ölçeği (SCIP) skorları açısından karşılaştırılmasına Tablo de yer verilmiştir.

Tablo 48: SCIP toplam skor İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP- toplam skor		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=87 (15/72)	Şizoaffektif bozukluk n=30 (18/12)	Toplam n=117 (87/30)
Melankoli var n=33 (15/18)	58,33±10,66 *59,39 (53,52-65,25)	54,89±15,86 *52,88 (47,51-58,25)	56,45±13,65 *56,13 (52,17-60,09)
Melankoli yok n=84 (72/12)	53,68±13,09 *54,07 (51,40-56,74)	56,17±10,16 *55,52 (48,98-62,07)	54,04±12,69 *54,80 (51,27-58,32)
Toplam n=117 (33/84)	54,48±12,77 *56,73 (53,51-59,95)	55,40±13,67 *54,20 (49,96-58,44)	54,72±12,95

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
-------------------	----	--------------------	---	---

Tanı grup	1	114,354	0,879	0,350
Melankoli grup	1	32,471	0,250	0,618
Tanı grup*melankoli grup	1	284,680	2,189	0,142
Hata	111	130,046		
Toplam	117			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda SCIP Toplam skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 56,13 %95 GA (52,17-60,09), melankoli yok grubunda 54,80 %95 GA (51,27-58,32) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 111) = 0,250$ $p = 0,618$.

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarında ortalama SCİP toplam skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 56,73 %95 GA (53,51-59,95), ve şizoaffektif grupta 54,20 %95 GA (49,96-58,44) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 111) = 0,879$ $p = 0,350$.

Hasta grupları arasında SCIP toplam skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı, $F(1, 111) = 2,189$ $p = 0,142$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait SCIP toplam skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 49: SCIP sözel kısa süreli bellek skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -sözel kısa süreli bellek skoru		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=89 (15/74)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (19/12)	Toplam n=120 (89/31)
Melankoli var n=34 (7/27)	19,07±4,15 *19,30 (17,15- 21,46)	17,58±4,63 *17,13 (15,20-19,05)	18,24±4,42 *18,21 (16,77- 19,67)
Melankoli yok n=86 (82/4)	18,01±4,54 *18,11 (17,13- 19,08)	18,0±3,60 *17,94 (15,53-20,35)	18,02±4,40 *18,02 (16,72- 19,32)
Toplam n=120 (34/86)	18,19±4,47 *18,70 (17,52- 19,89)	17,77±4,21 *17,53 (15,99-19,02)	18,08±4,39

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	24,872	1,409	0,238
Melankoli grup	1	0,669	0,038	0,846
Tanı grup*melankoli grup	1	18,548	1,050	0,308
Hata	114	17,658		
Toplam	120			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda SCIP sözel kısa süreli bellek skoru ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 18,21 (16,77-19,67), melankoli yok grubunda 18,02 (16,72-19,32) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel a.f saptanmamıştır, F (1, 114) =0,038 p=0,846.

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarında ortalama SCIP sözel kısa süreli bellek skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 18,70 (17,52-19,89), ve şizoaffektif grupta 17,53 (15,99-19,02) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 1,409$ $p = 0,238$.

Hasta grupları arasında SCIP sözel kısa süreli bellek skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı $F(1, 114) = 1,050$ $p = 0,308$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sözel kısa süreli bellek skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.



Tablo 50: SCIP sesiz harf tekrarlama testi skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -sesiz harf tekrarlama testi skoru		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=89 (15/74)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (19/12)	Toplam n=120 (89/31)
Melankoli var n=34 (7/27)	16,73±3,17	15,16±4,76	15,85±4,16

	*16,97 (15,10-18,83)	*14,73 (13,06-16,39)	*15,85 (14,60-17,09)
Melankoli yok n=86 (82/4)	15,28±3,77 *15,37 (14,53-16,21)	16,50±3,80 *16,37 (14,29-18,46)	15,45±3,78 *15,87 (14,75-16,99)
Toplam n=120 (34/86)	15,53±3,70 *16,17 (15,15-17,19)	15,68±4,40 *15,55 (14,21-16,89)	15,57±3,87

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	6,950	0,528	0,469
Melankoli grup	1	0,012	0,001	0,976
Tanı grup*melankoli grup	1	48,240	3,661	0,058
Hata	114	13,175		
Toplam	120			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Melankoli öyküsüne göre gruplarda SCIP sessiz harf tekrarlama test skoru ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 15,85 %95 GA (14,60-17,09), melankoli yok grubunda 15,87 %95 GA (14,75-16,99) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 114) = 0,001$ $p = 0,976$.

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarında ortalama SCIP sessiz harf tekrarlama test skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 16,17 %95 GA (15,15-17,19), ve şizoaffektif grupta 15,55 %95 GA (14,21-16,89) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 0,528$ $p = 0,469$.

Hasta grupları arasında SCIP sessiz harf tekrarlama skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında etkileşim açısından sınırda bir anlamlılık vardı, $F(1, 114) = 3,661$ $p = 0,058$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sessiz

harf tekrarlar test skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) minimal düzeyde etkilenmektedir. Etkileşimin hangi tanı grubundan kaynaklanabileceğine bakıldığında şizofreni içinde melankoli öyküsü olan grubun istatistiksel olarak anlamlı olmayacak düzeyde skor yüksekliği gösterdiği söylenebilir(p:0,168)

Tablo 51: SCIP sözel akıcılık skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -sözel akıcılık testi skoru		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=89 (15/74)	Şizoaffektif bozukluk n=31 (19/12)	Toplam n=120 (89/31)
Melankoli var n=34 (7/27)	11,67±3,99 *11,63 (9,48-13,79)	11,11±4,34 *10,75 (8,83-12,67)	11,35±4,14 *11,19 (9,75-12,63)
Melankoli yok n=86 (82/4)	10,12±4,60 *10,27 (9,30-11,24)	11,17±3,30 *10,84 (8,43-13,25)	10,27±4,44 *10,55 (9,26-11,85)
Toplam n=120 (34/86)	10,38±4,52 *10,95 (9,77-12,13)	11,13±3,91 *10,79 (9,25-12,34)	10,58±4,37

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
-------------------	----	--------------------	---	---

Tanı grup	1	0,458	0,026	0,872
Melankoli grup	1	7,486	0,425	0,516
Tanı grup*melankoli grup	1	9,574	0,543	0,463
Hata	114	17,621		
Toplam	120			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda SCIP sözel akıcılık skoru ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 11,19 %95 GA (9,75-12,63), melankoli yok grubunda 10,55 %95 GA (9,26-11,85) olarak bulunmuş ve g.a SCIP sözel akıcılık skoru ortalamasında istatistiksel a.f saptanmamıştır, $F(1, 114) = 0,425$ $p = 0,516$.

Şizofreni ve şizoaftif gruplarda ortalama SCIP sözel akıcılık skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 10,95 %95 GA (9,77-12,13) ve şizoaftif grupta 10,79 %95 GA (9,25-12,34) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 114) = 0,026$ $p = 0,872$.

Hasta grupları arasında SCIP sözel akıcılık skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı $F(1, 114) = 0,543$ $p = 0,463$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait SCIP sözel akıcılık skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 52: SCIP gecikmeli hatırlama skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -gecikmeli hatırlama skoru
	Tanı grupları

Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=89 (15/74)	Şizoaffectif bozukluk n=31 (19/12)	Toplam n=120 (89/31)
Melankoli var n=34 (7/27)	3,33±3,13 *3,52 (2,11-4,93)	4,26±3,21 *3,97 (2,71-5,23)	3,85±3,16 *3,74 (2,80-4,69)
Melankoli yok n=86 (82/4)	3,68±2,82 *3,72 (3,09-4,36)	3,67±2,67 *3,61 (2,03-5,18)	3,67±2,79 *3,67 (2,82-4,51)
Toplam n=120 (34/86)	3,62±2,86 *3,62 (2,85-4,39)	4,03±2,98 *3,78 (2,78-4,79)	3,72±2,89

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,508	0,067	0,796
Melankoli grup	1	0,114	0,015	0,902
Tanı grup*melankoli grup	1	1,453	0,193	0,662
Hata	114	7,540		
Toplam	120			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda SCIP gecikmeli hatırlama skoru ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 3,74 %95 GA (2,80-4,69) melankoli yok grubunda 3,67 %95 GA (2,82-4,51) olarak bulunmuş ve g.a SCIP gecikmeli hatırlama skoru ortalamasında istatistiksel a.f saptanmamıştır, F (1, 114) =0,015 p=0,902.

Şizofreni ve şizoaffectif bozukluk gruplarında ortalama SCIP gecikmeli hatırlama skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 3,62 %95 GA (2,85-4,39), ve şizoaffectif grupta 3,78 %95 GA (2,78-4,79) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, F (1, 114) =0,067 p=0,796.

Hasta grupları arasında SCIP gecikmeli hatırlama skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı F (1, 114) =0,193 p=0,662. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait SCIP gecikmeli hatırlama

skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 53: SCIP görsel motor işleme skoru İki yönlü ANOVA analizi

	SCIP -görsel motor işleme skoru		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=87 (15/72)	Şizoaffektif bozukluk n=30 (18/12)	Toplam n=117 (87/30)
Melankoli var n=33 (15/18)	7,53±2,26 *7,80 (6,59-9,02)	7,28±3,04 *6,78 (5,66-7,89)	7,39±2,68 *7,29 (6,47-8,11)
Melankoli yok n=84 (72/12)	6,29±2,92 *6,39 (5,83-6,94)	6,75±2,73 *6,60 (5,24-7,96)	6,36±2,89 *6,49 (5,76-7,23)
Toplam n=117 (33/84)	6,51±2,85 *7,10 (6,43-7,76)	7,07±2,89 *6,69 (5,81-7,57)	6,65±2,86

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	2,973	0,529	0,468
Melankoli grup	1	11,610	2,068	0,153
Tanı grup*melankoli grup	1	6,931	1,234	0,269
Hata	111	5,615		
Toplam	117			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda SCIP görsel motor işleme skoru ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 7,29 %95 GA (6,47-8,11), melankoli yok grubunda 6,49 %95 GA (5,76-7,23) olarak bulunmuş ve g.a SCIP görsel motor işleme skoru ortalamasında istatistiksel a.f saptanmamıştır, F (1, 111) =2,068 p=0,153.

Şizofreni ve şizoaffectif bozukluk gruplarında ortalama SCIP görsel motor işleme skoru incelendiğinde şizofreni grubunda 7,10 %95 GA (6,43-7,76), ve şizoaffectif grupta 6,69 %95 GA (5,81-7,57) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 111) = 0,529$ $p = 0,468$.

Hasta grupları arasında SCIP görsel motor işleme skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı, $F(1, 111) = 1,234$ $p = 0,269$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait SCIP görsel motor işleme skoru ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffectif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

4.4.2. Stroop Testi

Mani (ya da hipomani) öykü durumuna göre stroop testi sonuçları Tablo verilmiştir.

Tablo 54: Stroop 1 skor İki yönlü ANOVA analizi

	Stroop Testi (Stroop 1)		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (7/83)	Şizoaffectif bozukluk n=28 (24/4)	Toplam n=118 (90/28)
Mani var n=31 (7/24)	51,57±12,54 *51,00 (38,70- 63,30)	48,50±16,26 *50,29 (43,58- 56,99)	49,19±15,36 *50,65 (43,66- 57,64)
Mani yok n=87 (83/4)	49,86±17,55 *49,32 (45,75- 52,90)	55,25±22,10 *56,52 (40,28- 72,78)	50,10±17,66 *52,93 (44,61- 61,24)
Toplam	49,99±17,16	49,46±16,89	49,86±17,03

n=118 (31/87)	*50,16 (43,76-56,57)	*53,40 (44,60-62,21)	
---------------	----------------------	----------------------	--

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	93,228	0,347	0,557
Mani grup	1	46,471	0,173	0,678
Tanı grup*mani grup	1	139,808	0,521	0,472
Hata	112	268,566		
Toplam	118			

Mani öyküsüne göre gruplarda Stroop 1 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 50,65 (43,66-57,64), mani yok grubunda 52,93 (44,61-61,24) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 112) = 0,173$ $p = 0,678$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP 1 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 50,16 (43,76-56,57), ve şizoaffektif grupta 53,40 (44,60-62,21) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 112) = 0,347$ $p = 0,557$.

Hasta grupları arasında STROOP 1 test skoru için tanı ve mani öyküsü değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim saptanmadı. $F(1, 112) = 0,521$ $p = 0,472$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 1 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 55: Stroop 2 Skor İki Yönlü ANOVA Analizi

	STROOP TESTİ (STROOP 2)
	Tanı grupları

Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (7/83)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (24/4)	Toplam n=118 (90/28)
Mani var n=31 (7/24)	39,71±15,09 *39,42 (29,04-49,80)	35,42±11,71 *36,86 (31,21-42,52)	36,39±12,41 *38,14 (32,25-44,04)
Mani yok n=87 (83/4)	36,92±14,57 *36,47 (33,45-39,48)	43,50±26,45 *44,63 (30,92-58,34)	37,22±15,12 *40,55 (33,53-47,56)
Toplam n=118 (31/87)	37,13±14,54 *37,94 (32,54-43,35)	36,57±14,25 *40,75 (33,32-48,17)	37,00±14,41

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	69,436	0,363	0,548
Mani grup	1	51,861	0,271	0,603
Tanı grup*mani grup	1	256,216	1,341	0,249
Hata	112	191,115		
Toplam	118			

Mani öyküsüne göre gruplarda STROOP 2 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 38,14 (32,25-44,04), mani yok grubunda 40,55 (33,53-47,56) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 112) =0,271 p=0,603.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP 2 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 37,94 (32,54-43,35), ve şizoaffektif grupta 40,75 (33,32-48,17) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, F (1, 112) =0,363 p=0,548.

Hasta grupları arasında STROOP 2 test skoru için tanı ve mani öyküsü değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim saptanmadı. F (1, 112) =1,341 p=0,249.

Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 2 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 56: STROOP 3 skor İki yönlü ANOVA analizi

	STROOP TESTİ (STROOP 3)		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (7/83)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (24/4)	Toplam n=118 (90/28)
Mani var n=31 (7/24)	97,71±16,30 *96,57 (74,70-118,45)	101,54±32,65 *104,74 (92,83-116,66)	100,68±29,55 *100,66 (88,23-113,09)
Mani yok n=87 (83/4)	94,16±30,70 *93,22 (86,86-99,58)	106,00±32,26 *108,21 (79,32-137,11)	94,70±30,68 *100,72 (85,93-115,50)
Toplam n=118 (31/87)	94,43±29,79 *94,90 (83,50-106,30)	102,18±32,03 *106,48 (90,81-122,14)	96,27±30,38

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	1189,763	1,398	0,240
Mani grup	1	0,028	0,000	0,995
Tanı grup*mani grup	1	103,894	0,122	0,727
Hata	112	849,061		
Toplam	118			

Mani öyküsüne göre gruplarda STROOP 3 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 100,66 (88,23-113,09) mani yok grubunda 100,72 (85,93-115,50) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 112) =0,000 p=0,995.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP 3 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 94,90 (83,50-106,30), ve şizoaffektif grupta 106,48 (90,81-122,14)

olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 112) = 1,398$ $p=0,240$.

Hasta grupları arasında STROOP 3 test skoru için tanı ve mani öyküsü değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim saptanmadı. $F(1, 112) = 0,122$ $p=0,727$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 3 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 57: Stroop 3-hata skor İki yönlü ANOVA analizi

	STROOP TESTİ (STROOP 3-hata)		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (7/83)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (24/4)	Toplam n=118 (90/28)
Mani var n=31 (7/24)	4,57±5,03 *4,28 (1,21-7,34)	4,27±6,40 *4,82 (3,15-6,49)	4,34±6,04 *4,55 (2,80-6,29)
Mani yok n=87 (83/4)	3,04±3,51 *2,89 (2,00-3,79)	4,25±5,24 *4,57 (0,51-8,62)	3,10±3,58 *3,73 (1,66-5,80)
Toplam n=118 (31/87)	3,16±3,64 *3,58 (1,99-5,18)	4,27±6,16 *4,69 (2,50-6,89)	3,42±4,37

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	10,847	0,650	0,422
Mani grup	1	5,952	0,357	0,552
Tanı grup*mani grup	1	2,849	0,171	0,680
Hata	112	16,687		
Toplam	118			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani öyküsüne göre gruplarda STROOP 3-hata skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 4,55 (2,80-6,29), mani yok grubunda 3,73 (1,66-5,80) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 112) = 0,357$ $p = 0,552$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP 3-hata skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 3,58 (1,99-5,18) ve şizoaffektif grupta 4,69 (2,50-6,89) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 112) = 0,650$ $p = 0,422$.

Hasta grupları arasında STROOP 3-hata test skoru için tanı ve mani öyküsü değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim saptanmadı. $F(1, 112) = 0,171$ $p = 0,680$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 3-hata skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Mani risk gruplarına göre Stroop testi sonuçları Tablo verilmiştir.

İstatistiksel analiz için bağımsız değişkenler; mani risk grupları, ana tanı grupları (şizofreni ve şizoaffektif bozukluk) bağımlı değişkenler; stroop test skorları, kovaryans: eğitim ve yaş olarak belirlenerek, İki Yönlü ANOVA uygulanmıştır.

Tablo 58: Stroop I skor İki yönlü ANOVA analizi

-	STROOP TESTİ (STROOP 1)
	Tanı grupları

Mani risk grupları	Şizofreni n=90 (28/62)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (25/3)	Toplam n=118 (90/28)
Mani riski var n=53 (28/25)	48,14±16,51 *48,91 (42,75- 55,07)	50,04±17,68 *51,94 (45,36- 58,11)	49,04±16,93 *50,42 (45,89- 54,95)
Mani riski yok n=65 (62/3)	50,82±17,52 *49,70 (45,53- 53,87)	44,67±7,77 *44,96 (26,18- 63,75)	50,54±17,21 *47,33 (37,70- 56,95)
Toplam n=118 (53/65)	49,99±17,16 *49,30 (45,60- 53,00)	49,46±16,89 *48,45 (38,49- 58,41)	49,86±17,03

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	6,786	0,025	0,874
Mani risk grup	1	88,640	0,330	0,567
Tanı grup*mani risk grup	1	141,568	0,527	0,489
Hata	112	268,648		
Toplam	118			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani risk gruplarında STROOP 1 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 50,42 (45,89-54,95), mani riski yok grubunda 47,33 (37,70-56,95) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 112) = 0,330$ $p=0,567$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP 1 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 49,30 (45,60-53,00) ve şizoaffektif grupta 48,45 (38,49-58,41) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 112) = 0,025$ $p=0,874$.

Hasta grupları arasında STROOP 1 skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı, $F(1, 112) = 0,527$ $p = 0,469$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 1 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 59: Stroop 2 skor İki yönlü ANOVA analizi

-	STROOP TESTİ (STROOP 2)		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=90 (28/62)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (25/3)	Toplam n=118 (90/28)
Mani riski var n=53 (28/25)	35,18±12,97 *35,88 (30,68-41,08)	37,32±14,90 *38,90 (33,35-44,45)	36,19±13,82 *37,39 (33,57-41,21)
Mani riski yok n=65 (62/3)	38,02±15,22 *37,06 (33,54-40,58)	30,33±3,06 *30,32 (14,46-46,19)	37,66±14,96 *33,69 (25,57-41,82)
Toplam n=118 (53/65)	37,13±14,54 *36,47 (33,35-39,60)	36,57±14,25 *34,61 (26,20-43,02)	37,00±14,41

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	32,265	0,169	0,682
Mani risk grup	1	126,806	0,662	0,417
Tanı grup*mani risk grup	1	223,428	1,167	0,282
Hata	112	191,461		
Toplam	118			

Mani risk gruplarında STROOP 2 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 37,39 (33,57-41,21), mani riski yok grubunda 33,69 (25,57-41,82)

olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 112) = 0,662$ $p = 0,417$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP 2 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 36,47 (33,35-39,60) ve şizoaffektif grupta 34,61 (26,20-43,02) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 112) = 0,169$ $p = 0,682$.

Hasta grupları arasında STROOP 2 skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı, $F(1, 112) = 1,167$ $p = 0,282$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 2 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 60: Stroop 3 skor İki yönlü ANOVA analizi

-	STROOP TESTİ (STROOP 3)		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=90 (28/62)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (25/3)	Toplam n=118 (90/28)
Mani riski var n=53 (28/25)	88,29±20,60 *89,54 (78,63- 100,44)	102,92±32,70 *106,18 (94,54- 117,82)	95,19±27,71 *97,86 (89,84- 105,88)
Mani riski yok n=65 (62/3)	97,21±32,89 *95,29 (87,91- 102,68)	96,00±31,00 *96,74 (63,47- 130,01)	97,15±32,58 *96,02 (78,98- 113,06)
Toplam n=118 (53/65)	94,43±29,79 *92,42 (85,86- 98,99)	102,18±32,03 *101,46 (83,83- 119,09)	96,27±30,38

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	762,785	0,906	0,343
Mani risk grup	1	31,470	0,037	0,847
Tanı grup*mani risk grup	1	542,177	0,644	0,424
Hata	112	842,308		
Toplam	118			

Mani risk gruplarında STROOP 3 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 97,86 (89,84-105,88), mani riski yok grubunda 96,02 (78,98-113,06) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 112) = 0,037$ $p=0,847$.

Şizofreni ve şizoaftif gruplarda ortalama STROOP 3 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 92,42 (85,86-98,99) ve şizoaftif grupta 101,46 (83,83-119,09) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 112) = 0,906$ $p=0,343$.

Hasta grupları arasında STROOP 3 skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı, $F(1, 112) = 0,644$ $p=0,424$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 3 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 61: STROOP 3-hata skor İki yönlü ANOVA analizi

-	STROOP TESTİ (STROOP 3-hata)		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=90 (28/62)	Şizoaftif bozukluk n=28 (25/3)	Toplam n=118 (90/28)
Mani riski var	2,64±3,08 *2,80 (1,26-4,34)	4,12±6,32 *4,65 (3,01-6,30)	3,34±4,89 *3,73 (2,60-4,86)

n=53 (28/25)			
Mani riski yok n=65 (62/3)	3,40±3,86 *3,10 (2,05-4,14)	5,50±5,63 *5,80 (1,11-10,49)	3,49±3,93 *4,45 (2,04-6,85)
Toplam n=118 (53/65)	3,16±3,64 *2,95 (2,02-3,87)	4,27±6,16 *5,23 (2,74-7,71)	3,42±4,37

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), **Cohen d:0,03**

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	48,359	2,887	0,092
Mani risk grup	1	4,808	0,287	0,593
Tanı grup*mani risk grup	1	1,698	0,101	0,751
Hata	112	16,753		
Toplam	118			

Mani risk gruplarında STROOP 3-hata skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani riski var grubunda 3,73 (2,60-4,86) mani riski yok grubunda 4,45 (2,04-6,85) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 112) =0,287 p=0,593.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP 3-hata skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 2,95 (2,02-3,87) ve şizoaffektif grupta 5,23 (2,74-7,71) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak **sınırdan** a.f saptanmıştır, F (1, 112) =2,887 p=0,092.

Hasta grupları arasında STROOP 3-hata skoru için tanı ve mani risk grubu değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı F (1, 112) =0,101 p=0,751. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 3-hata skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Melankoli öyküsüne göre Stroop testi sonuçları Tablo verilmiştir.

İstatiksel analiz için bağımsız değişkenler; melankoli öykü grupları, ana tanı

grupları (şizofreni ve şizoaffektif bozukluk) bağımlı değişkenler; stroop test

skorları, kovaryans: eğitim ve yaş olarak belirlenerek, two way anova yapılmıştır.

Tablo 62: Stroop I skor İki yönlü ANOVA analizi

	STROOP TESTİ (STROOP 1)		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (15/75)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (16/12)	Toplam n=118 (90/28)
Melankoli var n=31 (15/16)	41,00±9,64 *40,11 (32,03- 48,19)	53,63±20,49 *56,27 (48,37- 64,18)	47,52±17,16 *48,19 (42,57- 53,82)
Melankoli yok n=87 (75/12)	51,79±17,80 *51,30 (47,68- 54,91)	43,92±8,32 *44,56 (35,53- 53,59)	50,70±17,00 *47,93 (43,08- 52,78)
Toplam n=118 (31/87)	49,99±17,16 *45,70 (41,28- 50,13)	49,46±16,89 *50,42 (44,40- 56,43)	49,86±17,03

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	383,925	1,549	0,350
Melankoli grup	1	1,223	0,005	0,618
Tanı grup*melankoli grup	1	2289,024	9,236	0,003
Hata	112	247,848		
Toplam	118			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Melankoli öyküsüne göre gruplarda STROOP 1 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 48,19 (42,57-53,82), melankoli yok grubunda 47,93 (43,08-52,78) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 112) = 0,005$ $p = 0,944$.

Şizofreni ve şizoaftaktif gruplarda ortalama STROOP 1 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 45,70 (41,28-50,13), ve şizoaftaktif grupta 50,42 (44,40-56,43) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 112) = 1,549$ $p = 0,216$.

Hasta grupları arasında Stroop 1 skor değerleri için tanı ve melankoli öykü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmıştır, $F(1, 111) = 9,236$ $p = 0,003$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 1 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftaktif bozukluk olmasından) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farkın hangi ana tanı grubundan kaynaklandığını bulmak için melankoli öyküsüne göre şizofreni ve şizoaftaktif bozukluk grupları için ayrı ayrı *bağımsız-t testi yapılmıştır*. Şizofreni (hipomani var/yok) için **p değeri:0,025**, şizoaftaktif bozukluk için (hipomani var/yok) p değeri:0,135 olarak bulunmuştur.

Tablo 63: STROOP 2 skor İki yönlü ANOVA analizi

	STROOP TESTİ (STROOP 2)		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (15/75)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (16/12)	Toplam n=118 (90/28)
Melankoli var n=31 (15/16)	31,33±6,45 *30,51 (23,51- 37,52)	37,81±17,84 *40,01 (33,16- 46,86)	34,68±13,76 *35,26 (30,39- 40,14)
Melankoli yok n=87 (75/12)	38,29±15,44 *37,92 (34,79- 41,05)	34,92±7,67 *35,34 (27,52- 43,17)	37,83±14,63 *36,63 (32,43- 40,84)
Toplam n=118 (31/87)	37,13±14,54 *34,22 (30,38- 38,05)	36,57±14,25 *37,68 (32,46- 42,89)	37,00±14,41

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
-------------------	----	-----------------------	---	---

Tanı grup	1	206,856	1,112	0,294
Melankoli grup	1	33,240	0,179	0,673
Tanı grup*melankoli grup	1	636,224	3,419	0,067
Hata	112	186,084		
Toplam	118			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda STROOP 2 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 35,26 (30,39-40,14), melankoli yok grubunda 36,63 (32,43-40,84) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 112) = 0,179$ $p = 0,673$.

Şizofreni ve şizoaftaktif gruplarda ortalama STROOP 2 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 34,22 (30,38-38,05), ve şizoaftaktif grupta 37,68 (32,46-42,89) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 112) = 1,112$ $p = 0,294$.

Hasta grupları arasında Stroop 2 skor değerleri için tanı ve melankoli öykü değişkenleri arasında sınırda anlamlı bir etkileşim saptanmıştır, $F(1, 111) = 3,419$ $p = 0,067$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 2 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftaktif bozukluk olmasından) istatistiksel olarak sınırda anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farkın hangi ana tanı grubundan kaynaklandığını bulmak için melankoli öyküsüne göre şizofreni ve şizoaftaktif bozukluk grupları için ayrı ayrı *bağımsız-t testi* yapılmıştır. Şizofreni (hipomani var/yok) için p değeri: 0,091, şizoaftaktif bozukluk için (hipomani var/yok) p değeri: 0,567 olarak bulunmuştur.

Tablo 64: Stroop 3 skor İki yönlü ANOVA analizi

	STROOP TESTİ (STROOP 3)		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (15/75)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (16/12)	Toplam n=118 (90/28)
Melankoli var n=31 (15/16)	81,47±18,15 *80,07 (65,39- 94,76)	103,88±32,67 *108,38 (94,01- 122,74)	93,03±28,58 *94,23 (84,00- 104,45)
Melankoli yok n=87 (75/12)	97,03±31,05 *96,14 (89,58- 102,71)	99,92±32,46 *101,16 (84,76- 117,57)	97,43±31,07 *98,65 (89,83- 107,47)
Toplam n=118 (31/87)	94,43±29,79 *88,11 (80,07- 96,15)	102,18±32,03 *104,77 (93,84- 115,70)	96,27±30,38

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), **Cohen d:0,147**

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	4802,076	5,868	0,017
Melankoli grup	1	346,281	0,423	0,517
Tanı grup*melankoli grup	1	2368,095	2,894	0,092
Hata	112	818,376		
Toplam	118			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda STROOP 3 skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 94,23 (84,00-104,45), melankoli yok

grubunda 98,65 (89,83-107,47) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 112) = 0,423$ $p = 0,517$.

Şizofreni ve şizoaffectif gruplarda ortalama STROOP 3 skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 88,11 (80,07-96,15), ve şizoaffectif grupta 104,77 (93,84-115,70) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak şizoaffectif grup lehine a.f bulunmuştur, $F(1, 112) = 5,868$ $p = 0,017$.

Hasta grupları arasında Stroop 3 skor değerleri için tanı ve melankoli öykü değişkenleri arasında sınırda anlamlı bir etkileşim saptanmıştır, $F(1, 111) = 2,894$ $p = 0,092$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 3 skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffectif bozukluk olmasından) istatistiksel olarak sınırda anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farkın hangi ana tanı grubundan kaynaklandığını bulmak için melankoli öyküsüne göre şizofreni ve şizoaffectif bozukluk grupları için ayrı ayrı *bağımsız-t testi yapılmıştır*. Şizofreni (melankoli var/yok) için p değeri: 0,064, şizoaffectif bozukluk için (hipomani var/yok) p değeri: 0,753 olarak bulunmuştur.

Tablo 65: Stroop 3-hata skor İki yönlü ANOVA analizi

	STROOP TESTİ (STROOP 3-hata)		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (15/75)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (16/12)	Toplam n=118 (90/28)
Melankoli var n=31 (15/16)	2,13±2,36 *1,99 (-0,08-4,06)	5,06±7,84 *5,77 (3,74-7,79)	3,65±5,96 *3,88 (2,43-5,32)
Melankoli yok n=87 (75/12)	3,37±3,82 *3,20 (2,27-4,13)	3,21±2,69 *3,50 (1,18-5,81)	3,34±3,67 *3,35 (2,10-4,59)
Toplam n=118 (31/87)	3,16±3,64 *2,59 (1,46-3,73)	4,27±6,16 *4,63 (3,09-6,18)	3,42±4,37

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), Cohen d:0,062

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	71,789	4,397	0,038
Melankoli grup	1	4,950	0,303	0,583
Tanı grup*melankoli grup	1	52,856	3,237	0,075
Hata	112	16,327		
Toplam	118			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda STROOP 3-hata skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 3,88 (2,43-5,32), melankoli yok grubunda 3,35 (2,10-4,59) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 112) =0,303 p=0,583.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP 3-hata skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 2,59 (1,46-3,73), ve şizoaffektif grupta 4,63 (3,09-6,18) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak şizoaffektif grup lehine a.f bulunmuştur, $F(1, 112) = 4,397$ $p = 0,038$.

Hasta grupları arasında Stroop 3-hata skor değerleri için tanı ve melankoli öykü değişkenleri arasında sınırda anlamlı bir etkileşim saptanmıştır, $F(1, 111) = 3,237$ $p = 0,075$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait STROOP 3-hata skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) istatistiksel olarak sınırda anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. İstatistiksel olarak sınırda anlamlı farkın hangi ana tanı grubundan kaynaklandığını bulmak için melankoli öyküsüne göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk grupları için ayrı ayrı **bağımsız-t testi yapılmıştır**. Şizofreni (hipomani var/yok) için p değeri: 0,233, şizoaffektif bozukluk için (hipomani var/yok) p değeri: 0,441 olarak bulunmuştur

Tablo 66: STROOP Testi-İnterferans skor İki yönlü ANOVA analizi

	STROOP TESTİ-İnterferans		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=90 (15/75)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (16/12)	Toplam n=118 (90/28)
Melankoli var	50,13±15,01	66,06±35,2	58,35±28,11

n=31 (15/16)	*49,56(35,518-63,602)	*68,38(54,634-82,11)	*58,97(49,189-68,743)		
Melankoli yok n=87 (75/12)	58,73±27,43 *58,2(51,943-64,505)	65±29,78 *65,8(50,129-81,511)	59,6±27,67 *62,02(53,587-70,457)		
Toplam n=118 (31/87)	57,3±25,91 *53,9(46,199-61,585)	65,61±32,41 *67,1(56,641-77,551)	59,27±27,7		
Varyansın kaynağı		df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup		1	3015,605	4,029	0,047
Melankoli grup		1	164,947	0,220	0,640
Tanı grup*melankoli grup		1	549,415	0,734	0,393
Hata		112			
Toplam		118			

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama STROOP -interferans skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda *53,9(46,199-61,585) ve şizoaffektif grupta 67,1(56,641-77,551) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak şizoaffektif grup lehine a.f bulunmuştur, $F(1, 112) = 4,029$, $p = 0,047$.

4.4.3.İST

İstatiksel analiz için bağımsız değişkenler; mani risk grupları, mani öyküsü (ya da hipomani), bipolar risk grupları, mizaç grupları ve ana tanı grupları (şizofreni ve şizoaffektif bozukluk), bağımlı değişkenler; stroop test skorları, kovaryant: eğitim ve yaş olarak belirlenerek, two way anova yapılmıştır.

Mani Öyküsüne Göre İz Sürme Testi sonuçları aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 67: TMT-A süre skor İki yönlü ANOVA analizi

	TMT-A- süre		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=91 (7/84)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (24/4)	Toplam n=119 (90/28)
Mani var n=31 (7/24)	53,86±21,51 *52,18 (26,40- 77,96)	62,38±42,64 *66,91 (52,88- 80,94)	60,45±38,73 *59,55 (44,91- 74,19)
Mani yok n=88 (84/4)	60,19±36,50 *58,88 (51,44- 66,33)	62,00±32,40 *65,16 (31,11- 99,21)	60,27±36,15 *62,02 (44,61- 79,44)
Toplam n=119 (31/88)	59,70±35,53 *55,53 (42,11- 68,96)	62,32±40,81 *66,04 (47,59- 84,48)	60,32±36,67

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	977,640	0,347	0,557
Mani grup	1	54,938	0,173	0,678
Tanı grup*mani grup	1	159,339	0,521	0,472
Hata	113	1179,253		

Toplam	119			
--------	-----	--	--	--

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani öyküsüne göre gruplarda TMTA süre skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 59,55 (44,91-74,19), mani yok grubunda 62,02 (44,61-79,44) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 113) = 0,047$ $p = 0,830$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama TMTA süre skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 55,53 (42,11-68,96), ve şizoaffektif grupta 66,04 (47,59-84,48) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 113) = 0,829$ $p = 0,364$.

Hasta grupları arasında TMTA skor değerleri için tanı ve mani öykü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır, $F(1, 113) = 0,135$ $p = 0,714$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait TMTA süre skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 68: TMTB süre skor İki yönlü ANOVA analizi

	TMTB -süre		
	Tanı grupları		
Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=79 (5/74)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (23/4)	Toplam n=106 (79/27)
Mani var n=28 (5/23)	138,00±52,40 *134,85 (74,61- 195,09)	142,70±69,09 *152,11 (123,81- 180,40)	141,86±65,57 *143,48 (110,25- 176,70)

Mani yok n=78 (74/4)	150,72±79,45 *147,58 (131,89-163,26)	171,25±96,29 *179,19 (111,81-246,57)	151,77±79,79 *163,38 (128,81-197,95)
Toplam n=106 (28/78)	149,91±77,84 *141,21 (110,07-172,35)	146,93±72,22 *165,65 (129,06-202,24)	149,15±76,12

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	4674,172	1,016	0,316
Mani grup	1	3126,260	0,679	0,412
Tanı grup*mani grup	1	405,500	0,088	0,767
Hata	100	4602,438		
Toplam	106			

Mani öyküsüne göre gruplarda TMTB süre skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 143,48 (110,25-176,70), mani yok grubunda 163,38 (128,81-197,95) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 100) = 0,679$ $p = 0,412$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama TMTB süre skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 141,21 (110,07-172,35), ve şizoaffektif grupta 165,65 (129,06-202,24) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 100) = 1,016$ $p = 0,316$.

Hasta grupları arasında TMTB skor değerleri için tanı ve mani öykü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır $F(1, 100) = 0,088$ $p = 0,767$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait TMTB süre skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 69: TMTB hata skor İki yönlü ANOVA analizi

	TMTB hata
	Tanı grupları

Mani öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=79 (5/74)	Şizoaffektif bozukluk n=26 (22/4)	Toplam n=105 (79/26)
Mani var n=27 (5/22)	1,80±1,48 *1,75 (0,45-3,05)	1,32±1,59 *1,38 (0,76-2,01)	1,41±1,39 *1,57 (0,85-2,29)
Mani yok n=78 (74/4)	1,51±1,52 *1,50 (1,16-1,84)	1,75±0,96 *1,76 (0,30-3,21)	1,53±1,49 *1,63 (0,88-2,37)
Toplam n=106 (27/78)	1,53±1,51 *1,62 (0,95-2,30)	1,38±1,33 *1,57 (0,78-2,36)	1,50±1,46

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,023	0,011	0,918
Mani grup	1	0,029	0,014	0,908
Tanı grup*mani grup	1	0,767	0,358	0,551
Hata	99	2,142		
Toplam	105			

Mani öyküsüne göre gruplarda TMTB hata skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 1,57 (0,85-2,29), mani yok grubunda 1,63 (0,88-2,37) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 99) =0,014 p=0,908.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama TMTB hata skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 1,62 (0,95-2,30), ve şizoaffektif grupta 1,57 (0,78-2,36) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, F (1, 99) =0,011 p=0,918.

Hasta grupları arasında TMTB hata skor değerleri için tanı ve hipomani öykü değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır, F (1, 99) =0,358 p=0,551. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait TMTB hata skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Mani Risk Gruplarına göre İz Sürme Testi Sonuçları aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 70: TMTA süre skor İki yönlü ANOVA analizi

-	TMTA süre		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=90 (28/63)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (25/3)	Toplam n=119 (91/28)
Mani riski var n=53 (28/25)	48,64±17,93 *50,29 (37,73- 62,86)	63,72±42,29 *68,39 (54,99- 81,79)	55,75±32,40 *59,34 (50,12- 68,57)
Mani riski yok n=66 (63/3)	66,21±39,53 *63,56 (55,13- 71,99)	50,67±28,36 *51,83 (13,50- 90,16)	65,50±39,06 *57,70 (38,07- 77,32)
Toplam n=119 (53/66)	60,80±35,20 *56,93 (49,40- 64,46)	62,32±40,81 *60,11 (39,80- 80,42)	61,16±36,43

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	94,537	0,085	0,772
Mani risk grup	1	25,140	0,022	0,881
Tanı grup*mani risk grup	1	2090,907	1,869	0,174
Hata	113	1118,487		
Toplam	119			

Mani risk gruplarında TMTA süre skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani risk var grubunda 59,34 (50,12-68,57), mani risk yok grubunda 57,70 (38,07-77,32)

olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 113) = 0,022$ $p = 0,881$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama TMTA süre skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 56,93 (49,40-64,46) ve şizoaffektif grupta 60,11 (39,80-80,42) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 113) = 0,085$ $p = 0,772$.

Hasta grupları arasında TMTA skor değerleri için tanı ve mani risk grupları değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır $F(1, 113) = 1,869$ $p = 0,174$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait TMTA süre skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 71: TMTB süre skor İki yönlü ANOVA analizi

	TMTB süre		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=79 (24/55)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (24/3)	Toplam n=106 (79/27)
Mani riski var n=48 (24/24)	128,33±52,99 *132,03 (104,23-159,84)	145,79±69,26 *156,03 (128,02-184,03)	137,06±62,06 *144,03 (124,24-163,8)
Mani riski yok n=58 (55/3)	162,96±86,80 *156,82 (138,35-175,29)	156,00±111,86 *157,19 (78,56-235,82)	162,60±86,87 *157,00 (116,62-197,3)
Toplam n=106 (48/58)	152,44±79,43 *144,43 (127,78-161,07)	146,93±72,22 *156,61 (114,86-198,35)	151,04±77,36

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	1355,669	0,289	0,592
Mani risk grup	1	1532,953	0,326	0,569
Tanı grup*mani risk grup	1	1281,321	0,273	0,603
Hata	100	4696,070		

Toplam	106			
--------	-----	--	--	--

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani risk gruplarında TMTB süre skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani var grubunda 144,03 (124,24-163,83), mani yok grubunda 157,00 (116,62-197,39) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 100) = 0,326$ $p = 0,569$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama TMTB süre skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 144,43 (127,78-161,07), ve şizoaffektif grupta 156,61 (114,86-198,35) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 100) = 0,289$ $p = 0,592$.

Hasta grupları arasında TMTB skor değerleri için tanı ve mani risk grupları değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır, $F(1, 100) = 0,273$ $p = 0,603$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait TMTB süre skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 72: TMTB hata skor İki yönlü ANOVA analizi

	TMTB hata		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=79 (24/55)	Şizoaffektif bozukluk n=26 (23/3)	Toplam n=105 (79/26)
Mani riski var n=47 (24/23)	1,21±1,18 *1,21 (0,62-1,80)	1,35±1,37 *1,39 (0,78-2,00)	1,28±1,26 *1,30 (0,87-1,73)
Mani riski yok n=58 (55/3)	1,67±1,62 *1,65 (1,26-2,04)	1,67±1,15 *1,75 (0,09-3,42)	1,67±1,59 *1,70 (0,84-2,56)
Toplam n=105 (47/58)	1,53±1,51 *1,43 (1,08-1,78)	1,38±1,33 *1,57 (0,69-2,46)	1,50±1,46

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,191	0,090	0,765

Mani risk grup	1	1,461	0,691	0,408
Tanı grup*mani risk grup	1	0,015	0,007	0,933
Hata	99	2,114		
Toplam	105			

Mani risk gruplarında TMTB hata skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, mani risk var grubunda 1,30 (0,87-1,73), mani risk yok grubunda 1,70 (0,84-2,56) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 99) = 0,691$ $p = 0,408$. Şizofreni ve şizoaftaktif gruplarda ortalama TMTB hata skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 1,43 (1,08-1,78) ve şizoaftaktif grupta 1,57 (0,69-2,46) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 99) = 0,090$ $p = 0,765$.

Hasta grupları arasında TMTB hata skor değerleri için tanı ve mani risk grupları değişkenleri arasında anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır, $F(1, 99) = 0,007$ $p = 0,933$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait TMTB hata skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftaktif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Melankoli öyküsüne göre İz Sürme Testi performans Sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 73: TMTA skor İki yönlü ANOVA analizi

	TMTA süre		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=91 (15/76)	Şizoaftaktif bozukluk n=28 (16/12)	Toplam n=119 (91/28)
Melankoli var n=31 (15/16)	46,67±16,88 *44,55 (27,42-61,67)	64,88±50,84 *71,42 (54,68-88,17)	56,06±38,87 *57,99 (46,07-69,90)

Melankoli yok n=88 (76/12)	63,59±37,23 *62,34 (54,74- 69,95)	58,92±23,28 *60,75 (41,62- 79,82)	62,95±35,58 *61,55 (51,27- 71,82)
Toplam n=119 (31/88)	60,80±35,20 *53,45 (44,07- 62,82)	62,32±40,81 *66,09 (53,35- 78,83)	61,16±36,43

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	2769,764	2,488	0,118
Melankoli grup	1	223,951	0,201	0,655
Tanı grup*melankoli grup	1	3541,653	3,181	0,077
Hata	113	247,848		
Toplam	119			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda TMTA süre skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 57,99 (46,07-69,90), melankoli yok grubunda 61,55 (51,27-71,82) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 113) = 0,201$ $p = 0,655$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama TMTA süre skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 53,45 (44,07-62,82), ve şizoaffektif grupta 66,09 (53,35-78,83) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 113) = 2,488$ $p = 0,118$.

Hasta grupları arasında TMTA skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında etkileşim açısından sınırda bir anlamlılık vardı, $F(1, 113) = 3,181$ $p = 0,077$

Tablo 74: TMTB skor İki yönlü ANOVA analizi

	TMTB süre
--	-----------

	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=79 (14/65)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (16/11)	Toplam n=106 (79/27)
Melankoli var n=30 (14/16)	118,29±72,04 *112,25 (76,50-148,01)	150,87±79,63 *166,97 (133,13-200,81)	135,67±76,68 *139,61 (115,13-164,40)
Melankoli yok n=76 (65/11)	159,80±79,53 *157,08 (140,49-173,67)	141,18±63,16 *141,52 (101,11-181,93)	157,11±77,28 *149,30 (127,48-171,12)
Toplam n=106 (30/76)	152,44±79,43 *134,67 (114,94-154,39)	146,93±72,22 *154,24 (127,93-180,56)	151,04±77,36

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	6270,62	1,385	0,242
Melankoli grup	1	1553,29	0,343	0,559
Tanı grup*melankoli grup	1	20151,9	4,452	0,037
Hata	100			
Toplam	105			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda TMTB süre skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 139,61 (115,13-164,40), melankoli yok grubunda 149,30 (127,48-171,12) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 100) = 0,343$ $p = 0,559$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama TMTB süre skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 134,67 (114,94-154,39), ve şizoaffektif grupta 154,24 (127,93-180,56) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 100) = 1,385$ $p = 0,242$.

Hasta grupları arasında TMTB skoru için tanı ve melankoli öyküsü değişkenleri arasında etkileşim açısından istatistiksel anlamlılık vardı, $F(1, 100) = 4,452$ $p = 0,037$.

Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait TMTB süre skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. Etkilenme şizofreni hastalarındaki melankoli var ve melankoli yok gruplarındaki TMTB süreleri arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ($p=0,023$). Şizofreni grubu içinde melankoli olmayan hasta grubunun test skor ortalaması melankoli var grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 75: TMTB skor İki yönlü ANOVA analizi

	TMTB hata		
	Tanı grupları		
Melankoli öyküsüne göre gruplar	Şizofreni n=79 (14/65)	Şizoaffektif bozukluk n=26 (15/11)	Toplam n=105 (79/26)
Melankoli var n=29 (14/15)	0,86±1,23 *0,85 (0,08-1,62)	1,40±1,06 *1,45 (0,70-2,21)	1,14±1,16 *1,15 (0,62-1,68)
Melankoli yok n=76 (65/11)	1,68±1,53 *1,66 (1,30-2,01)	1,36±1,69 *1,43 (0,56-2,29)	1,63±1,55 *1,54 (1,07-2,01)
Toplam n=105 (29/76)	1,53±1,51 *1,25 (0,83-1,68)	1,38±1,33 *1,44 (0,87-2,01)	1,50±1,46

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,566	0,273	0,603
Melankoli grup	1	2,463	1,187	0,279
Tanı grup*melankoli grup	1	2,752	1,326	0,252
Hata	99	2,075		
Toplam	105			

Melankoli öyküsüne göre gruplarda TMTB hata skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında, melankoli var grubunda 1,15 (0,62-1,68), melankoli yok grubunda 1,54 (1,07-2,01) olarak saptanmış ve bu g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 99) = 1,187$ $p = 0,279$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama TMTB hata skor değerleri incelendiğinde şizofreni grubunda 1,25 (0,83-1,68), ve şizoaffektif grupta 1,44 (0,87-2,01) olarak bulunmuş ve g.a istatistiksel olarak a.f bulunmamıştır, $F(1, 99) = 0,273$ $p = 0,603$.

Hasta grupları arasında TMTAB hata skoru için tanı ve melankoli grup değişkenleri arasında etkileşim açısından anlamlılık saptanmadı, $F(1, 99) = 1,326$ $p = 0,252$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait TMTB hata skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

4.4.4.CPT

Mani Risk Gruplarına Göre Sürekli performans testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 76: Sürekli performans testi 'İşleme Hatası' ortalama skorları

İki yönlü ANOVA analizi

	CPT 'İşleme Hatası'		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=86 (28/58)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (24/3)	Toplam n=113 (86/27)
Mani risk var n=52 (28/24)	15,68±7,29 *15,69(12,937-18,448)	13,04±6,1 *13,08(10,080-16,071)	14,46±6,83 *14,38(12,341-16,427)
Mani risk yok n=61 (58/3)	15,76±7,74 *15,74(13,812-17,664)	10±5,2 *10(1,584-18,421)	15,48±7,71 *12,87(8,552-17,188)
Toplam	15,73±7,55	12,7±6	15±7,3

n=113 (52/61)	*15,72(14,040-17,390)	*11,54(7,070-16,008)	
---------------	-----------------------	----------------------	--

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	161,645	3,003	0,086
Mani risk grup	1	21,153	0,393	0,532
Tanı grup*mani risk grup	1	22,669	0,421	0,518
Hata	107	53,833		
Toplam	113			

Mani risk gruplarına göre CPT ‘İşleme Hatası’ karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 0,393$ $p = 0,592$

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda CPT ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları incelendiğinde g.a sınırda istatistiksel olarak sınırda a.f saptanmıştır, $F(1, 109) = 3,003$ $p = 0,086$.

Mani risk gruplarının (mani risk var, mani risk yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların CPT ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları üzerine ortak etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır $F(1, 109) = 0,421$ $p = 0,518$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait CPT ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Diğer sürekli performans testi alt boyutlarında mani risk grupları ve ana tanı grupları arasında etkileşim saptanmamıştır.

Mani Gruplarına Göre Sürekli performans testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 77: Sürekli Performans Testi ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları

İki yönlü ANOVA analizi

	CPT ‘İşleme Hatası’		
	Tanı grupları		
Mani grupları	Şizofreni n=86(7/79)	Şizoaffektif bozukluk n=27(23/4)	Toplam n=113(30/83)
Mani var	19,29±7,61	13,30±6,10	14,7±6,84

n= 30(7/23)	*19,28(13,826-24,738)	*13,33(10,306-16,353)	*16,303(13,195-19,412)
Mani yok n=83(79/4)	15,42±7,52 *15,410(13,788-17,032)	9,25±4,5 *9,27(2,073-16,469)	15,12±7,5 *12,341(8,653-16,028)
Toplam n=113(30/83)	15,73±7,55 *17,34(14,499-20,188)	12,70±6 *11,3(7,391-15,210)	15,01±7,30

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	321,955	6,115	0,015
Mani grup	1	139,855	2,656	0,106
Tanı grup*mani grup	1	0,081	0,002	0,969
Hata	107			
Toplam	113			

Mani öykü gruplarına göre Sürekli Performans Testi ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 2,656$ $p=0,106$

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda CPT ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları incelendiğinde g.a şizofreni lehine istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, $F(1, 109) = 6,115$ $p=0,015$

Mani öykü gruplarının (mani var, mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların Sürekli Performans Testi ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları üzerine ortak etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır $F(1, 109) = 0,002$ $p=0,969$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait Sürekli Performans Testi ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Diğer sürekli performans testi alt boyutlarında mani risk grupları ve ana tanı grupları arasında etkileşim saptanmamıştır.

Melankoli Öyküsüne Göre Sürekli performans testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 78: Sürekli Performans Testi ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları

İki yönlü ANOVA analizi

	CPT ‘İşleme Hatası’		
	Tanı grupları		
Melankoli grupları	Şizofreni n=86 (15/71)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (15/12)	Toplam n=113 (86/27)
Melankoli var n=30 (15/15)	11,80 ±5,60 *11,74(8,064-15,4199)	13,53 ±6,67 *13,61(9,916-17,315)	12,66 ±6,12 *12,67(10,084-15,273)
Melankoli yok n=83 (71/12)	16,56 ±7,68 *16,56(14,87-18,24)	11,66 ±5,12 *11,65(7,546-15,760)	15,85± 7,54 *14,10(11,891-16,323)
Toplam n=113 (30/83)	15,73 ± 7,55 *14,15(12,128-16,174)	12,70 ±5,99 *12,63(9,867-15,402)	15,00 7,30

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	39,112	0,764	0,384
Melankoli grup	1	35,317	0,690	0,408
Tanı grup*melankoli grup	1	195,785	3,825	0,053
Hata	107	51,179		
Toplam	113			

Melankoli gruplarına göre CPT ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 107) = 0,690$ $p=0,408$

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda CPT ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 107) = 0,764$ $p=0,384$

Melankoli gruplarının (melankoli var, melankoli yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların Sürekli Performans Testi ‘İşleme Hatası’ ortalama skorları üzerine sınırda etkileşimleri saptanmıştır $(1, 107) = 3,825$ $p=0,053$.

Tablo 79: Sürekli Performans Testi ‘İhmal Hatası’ ortalama skorları

İki yönlü ANOVA analizi

	CPT ‘İhmal Hatası’
--	---------------------------

	Tanı grupları		
Melankoli grupları	Şizofreni n=86 (15/71)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (15/12)	Toplam n=113 (86/27)
Melankoli var n=30 (15/15)	14,13 ±21,02 *13,67(-6,76-34,11)	17,67 ±12,23 *20,57(0,007-41,126)	15,9 ±16,99 *17,12(2,7-31,54)
Melankoli yok n=83 (71/12)	30,14± 37,27 *29,32(19,9438,7)	54,92 ±81,84 *56,75(33,923-79,568)	33,72 ±46,49 *43,031(30,72-55,35)
Toplam n=113 (30/83)	27,35 ±35,41 *21,5(10,254-32,735)	34,22 ±57,199 *38,66(23,278-54,034)	29 ±41,5

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), *Cohen d*:0,92

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	5006,839	3,168	0,078
Melankoli grup	1	11622,104	7,354	0,008
Tanı grup*melankoli grup	1	1795,073	1,136	0,289
Hata	107	1580,423		
Toplam	113			

Melankoli gruplarına göre CPT ‘İhmal Hatası’ ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, F (1, 107) =7,354 p=0,008

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda CPT ‘İhmal Hatası’ ortalama skorları incelendiğinde g.a sınırda istatistiksel olarak sınırda a.f saptanmıştır, F (1, 107) = 3,168 p=0,086.

Melankoli gruplarının (melankoli var, melankoli yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların CPT ‘İhmal Hatası’ ortalama skorları üzerinde etkileşimi saptanmamıştır, F (1, 107) =1,136 p=0,289. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait Sürekli Performans Testi ‘İhmal Hatası’ ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 80: Sürekli Performans Testi ‘Duyarlılık’ ortalama skorları

İki yönlü ANOVA analizi

	CPT ‘Duyarlılık’		
	Tanı grupları		
Melankoli grupları	Şizofreni n=86 (15/71)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (15/12)	Toplam n=113 (86/27)
Melankoli var n=30 (15/15)	2,5 ±0,932 *2,510(2,074-2,946)	1,97±0,605 *1,904(1,465-2,342)	2,232 ±0,82 *2,207(1,899-2,514)
Melankoli yok n=83 (71/12)	1,66±0,895 *1,675(1,475-1,875)	1,86±0,841 *1,825(1,399-2,312)	1,69±0,89 *1,750(1,487-2,013)
Toplam n=113 (30/83)	1,80±0,951 *2,092(1,853-2,332)	1,92 ±0,706 *1,864(1,536-2,192)	1,83±0,9

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,884	1,230	0,270
Melankoli grup	1	3,612	5,026	0,027
Tanı grup*melankoli grup	1	2,439	3,394	0,068
Hata	107	0,719		
Toplam	113			

Melankoli gruplarına göre CPT ‘Duyarlılık’ ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a melankoli var lehine istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, F (1, 107) =0,5026 p=0,027

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama CPT ‘Duyarlılık’ ortalama skorları incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, F (1, 107) = 1,230 p=0,270 Melankoli gruplarının (melankoli var, melankoli yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların CPT ‘Duyarlılık’ ortalama skorları üzerine istatistiksel olarak sınırda anlamlı etkileşimi saptanmıştır F (1, 107) =3,394 p=0,068.

4.5.Araştırma Gruplarının Sosyal Biliş açısından Değerlendirilmesi

Mani Risk Grupları

Yüzden Emosyon Tanıma

Tablo 81: Penn Testi Ortalama Skorları

	Mani Risk	Şizofreni n:85 (28/57)	ŞAB n:26 (23/3)	Toplam n:111 (85/26)	F	P
Penn Testi					(i)	(i)
Mutluluk	Var	7,46±1,14 *7,46(7,057-7,860)	7,48±1,28 *7,52(7,07-7,963)	7,47±1,19 *7,49(7,187-7,789)	0,005	0,942
	Yok	7,33±0,99 *7,32(7,032-7,598)	7,33±0,58 *7,43(6,199-8,653)	7,33±0,97 *7,37(6,741-8)		
	Toplam	7,38±1,04 *7,39(7,142-7,632)	7,46±1,21 *7,47(6,819-8,125)	7,4±1,07		
Üzüntü	Var	6,18±1,72 *6,13(5,50-6,76)	5,87±1,98 *5,84(5,14-6,53)	6,04±1,83 *5,98(5,51-6,45)	0,048	0,826
	Yok	5,81±1,46 *5,84(5,40-6,28)	5,67±3,21 *5,79(3,87-7,70)	5,80±1,54 *5,81(4,83-6,79)		
	Toplam	5,93±1,55 *5,98(5,60-6,37)	5,85±2,07 *5,81(4,79-6,83)	5,91±1,68		
Korku	Var	5,07±1,76 *5,02(4,27-5,78)	5,04±2,31 *5(4,17-5,84)	5,06±2 *5,01(4,45-5,58)	0,204	0,652
	Yok	4,82±2,01 *4,86(4,33-5,39)	5,33±2,08 *5,43(3,13-7,74)	4,85±2 *5,15(3,96-6,33)		
	Toplam	4,91±1,92 *4,94(4,48-5,40)	5,08±2,24 *5,22(3,99-6,45)	4,95±1,99		
Öfke	Var	4,39±1,97 *4,38(3,70-5,05)	3,83±1,59 *3,85(3,10-4,59)	4,14±1,81 *4,11(3,61-4,61)	0,108	0,743
	Yok	4,35±1,75 *4,35(3,87-4,82)	3,33±2,31 *3,43(1,38-5,48)	4,30±1,77 *3,89(2,83-4,94)		
	Toplam	4,36±1,81 *4,36(3,95-4,77)	3,77±1,63 *3,64(2,55-4,73)	4,23±1,78		

Nötr	Var	5,57±2,57 *5,40(4,64-6,16)	5,87±2,03 *5,62(4,78-6,46)	5,71±2,33 *5,51(4,95-6,08)	0	0,995
	Yok	5,46±2,26 *5,63(5,10-6,16)	5,67±3,21 *5,85(3,53-8,16)	5,47±2,28 *5,74(4,55-6,92)		
	Toplam	5,49±2,35 *5,52(5,05-5,98)	5,85±2,11 *5,73(4,50-6,96)	5,58±2,29		
Toplam	Var	28,68±6,26 *28,39(26,42-30,36)	28,09±6,48 *27,83(25,65-30,01)	28,41±6,30 *28,11(26,63-29,58)	0,021	0,886
	Yok	27,77±4,51 *27,99(26,60-29,37)	27,33±10,02 *27,92(21,91-33,94)	27,75±4,77 *27,96(24,87-31,04)		
	Toplam	28,07±5,13 *28,19(26,99-29,39)	28±6,71 *27,88(24,67-31,08)	28,05±5,51		
Two Way Anova yapılmıştır.						

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş)

Mani risk gruplarının (Mani riski var mani riski yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların Penn test skorları üzerinde herhangi bir duygu modalitesini tanıma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşimi bulunamamıştır.

Zihin Kuramı

Hastalarımız Zihin Kuramı açısından, ‘İma Testi’ ve ‘Gözlerden Zihin Okuma Testi’ kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 82: İma Testi Ortalama Skorları

	Mani Risk	Şizofreni n:85(28/57)	ŞAB n:26(23/3)	Toplam n:111(51/60)	F	p
		İMA TESTİ				
Hipomentalizasyon Hata	Var	12,46±5,92 *12,46(10,338-14,584)	12,74±5,93 *12,88(10,521-15,237)	12,59±5,86 *12,67(11,08-18,73)	1,227	0,270
	Yok	13,21±5,53 *13,14(11,641-14,636)	17,33±2,52 *17,67(11,183-24,144)	13,42±4,48 *15,40(12,07-18,73)		
	Toplam	12,96±5,63 *12,8(11,51-14,09)	13,27±5,80 *15,27(11,82-18,72)	13,04±5,65		

Hipermentalizasyon Hata	Var	3,64±2,77 *3,73(2,6-4,876)	4±3,4 *4,15(2,877-5,416)	3,8±3,04 *3,94(3,081-4,798)	1,149	0,286
	Yok	4,02±3,11 *3,92(3,115-4,728)	2,33±1,53 *2,2(-1,295-5,685)	3,93±3,06 *3,06(1,267-4,849)		
	Toplam	3,9±2,99 *3,83(3,131-4,523)	3,81±3,26 *3,171(1,314-5,027)	3,87±3,04		
Toplam Skor	Var	13,89±4,83 *13,79(11,75-15,84)	13,26±5,03 *12,96(10,69-15,23)	13,61±4,88 *13,38(11,84-14,91)	0,243	0,623
	Yok	12,60±6,02 *12,77(11,33-14,22)	10,33±2,08 *10,18(3,94-16,42)	12,48±5,90 *11,48(8,28-14,68)		
	Toplam	13,02±5,66 *13,28(12,04-14,53)	12,92±4,85 *11,57(8,25-14,89)	13±5,46		

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş)

Tablo83: Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyarılar’ için ortalama skorlar

	GZOT ‘Pozitif Uyarılar’: RMET pozitif		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=84 (27/57)	Şizoaffektif bozukluk n=26 (23/3)	Toplam n=110 (84/26)
Mani riski var n=50 (27/33)	4,41±1,34 *4,39 (3,88-4,91)	4,87±1,10 *4,82 (4,26-5,38)	4,62±1,24 *4,61 (4,22-4,99)
Mani riski yok n=60 (57/3)	4,25±1,46 *4,27 (3,92-4,63)	5,33±1,15 *5,29 (3,74-6,84)	4,30±1,45 *4,78 (3,98-5,58)
Toplam n=110 (50/60)	4,30±1,41 *4,33 (4,02-4,65)	4,92±1,09 *5,05 (4,23-5,88)	4,45±1,37

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	4,760	2,602	0,110
Mani risk grup	1	0,279	0,152	0,697
Tanı grup*mani risk grup	1	0,799	0,437	0,510
Hata	104	1,829		

Toplam	110			
--------	-----	--	--	--

Mani risk gruplarına göre **GZOT‘Pozitif Uyarılar’ için** ortalama skorlar karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 104) = 0,152$ $p = 0,697$

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda GZOT ‘Pozitif Uyarılar’ için ortalama skorlar incelendiğinde g.a istatistiksel olarak sınırda a.f bulunmuştur, $F(1, 104) = 2,602$ $p = 0,110$.

Mani risk gruplarının (Mani riski var mani riski yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların **GZOT ‘Pozitif Uyarılar’ için ortalama** test skorları üzerine etkileşimi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak a.f bulunamamıştır $F(1, 104) = 0,437$ $p = 0,510$ Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait RMET toplam skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 84: Gözlerden Zihin Okuma Testi diğer uyarılar için ortalama skorlar

	Mani risk	Şizofreni	ŞAB	toplam	F	p
		GZOT	: RMET			
Total	var	18,67 ±5,11 *18,53(16,84-20,23)	19,87± 4,43 *19,62(17,78-21,47)	19,22± 4,80 *19,08(17,82-20,33)	0,11	0,917
	yok	17,93± 4,25 *18,08(16,91-19,25)	18,67 ±5,77 *18,87(13,79-23,95)	17,97 ±4,28 *18,48(15,87-21,08)		
	toplam	18,17 ±4,53 *18,31(17,28-19,33)	19,73± 4,49 *19,25(16,54-21,95)	18,54 ±4,55		
Nötr	var	9,70 ± 3,07 *9,63(8,59-10,68)	9,83 ± 2,57 *9,71(8,58-10,85)	9,76 2,83 *9,67(8,9-10,45)	0,095	0,759
	yok	8,77± 2,70 *8,84(8,12-9,57)	9,33 ± 3,06 *9,48(6,34-12,6)	8,80 2,69 *9,16(7,55-10,77)		
	toplam	9,07 2,84 *9,24(8,606-9,889)	9,77± 2,57 *9,59(7,93-11,27)	9,24 2,78		
Negatif	var	4,59 ± 1,87 *4,54(3,88-5,19)	5,09 ± 1,88 *4,99(4,28-5,71)	4,82± 1,87 *4,77(4,28-5,25)	0,161	0,689
	yok	4,91 ± 1,58 *4,97(4,52-5,42)	4±3,46 *4,11(2,14-6,08)	4,87 ± 1,68 *4,54(3,53-5,55)		

	toplam	4,81 ± 1,68 *4,75(4,36-5,15)	4,96 ± 2,05 *4,55(3,50-5,6)	4,85 ± 1,76		
--	---------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------	--	--

Sosyal Algı

Hastalarımız Sosyal Biliş -Sosyal Algı açısından ‘Sözel Olmayan Duyarlılık Profili Testi’ ile değerlendirilmiştir.

Tablo 85: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (PONS) ortalama skorlar

	Mani Risk	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F	
		PONS				
Yüz	Var	25,8±3,71 *25,57(23,98-27,15)	24,09±3,98 *23,7(21,94-25,45)	25,02±3,89 *24,63(23,45-25,82)	0,837	
	Yok	23,81±4,92 *24,07(22,96-25,17)	24,67±4,73 *24,73(19,9-29,56)	23,85±4,87 *24,4(21,92-26,88)		
	Toplam	24,45±4,63 *24,82(23,86-25,789)	24,15±3,97 *24,21(21,64-26,79)	24,38±4,47		
Total	Var	13±2,43 *12,92(11,96-13,88)	12,09±2,50 *11,94(10,88-13,0)	12,59±2,48 *12,43(11,72-13,15)	2,640	
	Yok	12,19±2,71 *12,29(11,62-12,95)	14±1,73 *14,02(11,10-16,94)	12,28±2,68 *13,15(11,66-14,65)		
	Toplam	12,45±2,63 *12,60(12,02-13,18)	12,30±2,48 *12,98(11,43-14,54)	12,42±2,59		
Vücut	Var	12,79±2,25 *12,65(11,7213,57)	12±2,22 *11,76(10,73-12,78)	12,43±2,25 *12,20(11,51-12,9)	0,013	
	Yok	11,62±2,85 *11,78(11,14-12,43)	10,67±4,51 *10,71(7,88-13,53)	11,57±2,90 *11,25(9,8-12,7)		
	Toplam	12±2,71 *12,22(11,65-12,78)	11,85±2,48 *11,23(9,73-12,74)	11,96±2,65		

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş)

Sosyal Bilgi

Hastalarımız Sosyal Biliş-Sosyal Bilgi açısından, ‘Durumsal Özellikleri Tanıma Testi’ ve ‘Sosyal Normlar Ölçeği’ ile değerlendirilmiştir.

Mani risk gruplarına göre ‘Durumsal Özellikleri Tanıma Testi’ puan ortalamaları aşağıda verilmiştir.

Tablo 86: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’ ortalama skorları

	Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=85 (28/59)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (24/3)	Toplam n=114 (87/27)
Mani risk var n=52 (28/24)	0,72±0,21 *0,71 (0,64-0,79)	0,72±0,14 *0,70 (0,62-0,78)	0,72±0,18 *0,71 (0,65-0,76)
Mani risk yok n=62 (59/3)	0,64±0,23 *0,65 (0,60-0,70)	0,56±0,32 *0,53 (0,30-0,77)	0,64±0,23 *0,59 (0,47-0,71)
Toplam n=114 (52/62)	0,66±0,23 *0,68 (0,63-0,73)	0,70±0,17 *0,62 (0,49-0,74)	0,67±0,21

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,037	0,905	0,344
Mani risk grup	1	0,126	3,447	0,084
Tanı grup*mani risk grup	1	0,025	0,606	0,438
Hata	108	0,041		
Toplam	114			

Mani risk gruplarına göre Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’ ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak sınırda a.f saptanmıştır, F (1, 108) =3,047 p=0,084.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama **Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’ ortalama skorları** incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 108) = 0,905$ $p=0,344$.

Mani risk gruplarının (mani risk var, mani risk yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların **Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’ ortalama skorları** üzerindeki etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır $F(1, 108) = 0,606$ $p=0,438$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait **Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’ ortalama skorları** hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 87: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut’ ortalama skorları

	Mani risk	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F	p
	Durumsal Özellikleri Tanıma Test	: Soyut				
Aşına Olmayan Doğru Oranı	Var	0,74±0,21 *0,74(0,66-0,82)	0,77±0,17 *0,76(0,67-0,85)	0,75±0,19 *0,75(0,69-0,81)	0,301	0,585
	Yok	0,66±0,25 *0,66(0,60-0,72)	0,63±0,23 *0,60(0,35-0,85)	0,65±0,25 *0,63(0,5-0,76)		
	Toplam	0,68±0,24 *0,7(0,65-0,75)	0,75±0,18 *0,68(0,55-0,81)	0,70±0,23		
Aşına Olmayan Yanlış Oranı	Var	0,13±0,15 *0,14(0,07-0,21)	0,15±0,14 *0,15(0,08-0,23)	0,14±0,14 *0,15(0,09-0,2)	2,065	0,037
	Yok	0,16±0,23 *0,16(0,11-0,2)	0,01±0,02 *-0,01(-0,22-0,21)	0,15±0,23 *0,07(-0,04-0,19)		
	Toplam	0,15±0,21 *0,15(0,1-0,19)	0,13±0,14 *0,07(-0,04-0,19)	0,15±0,19		
Aşına Yanlış Oranı	Var	0,15±0,15 *0,15(0,08-0,22)	0,17±0,16 *0,18(0,1-0,25)	0,16±0,15 *0,16(0,11-0,22)	1,686	0,099

	Yok	0,17±0,23 *0,17(0,12-0,22)	0,04±0,04 *0,03(-0,19-0,25)	0,16±0,23 *0,1(-0,02-0,21)	
	Toplam	0,16±0,21 *0,16(0,12-0,2)	0,16±0,16 *0,10(-0,02-0,22)	0,16±0,19	

Tablo 88: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi 'Somut' ortalama skorları

	Mani risk	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F
	Durumsal Özellikleri Tanıma Test	: Somut			
	Var	0,67±0,23 *0,67(0,59-0,75)	0,71±0,16 *0,7(0,61-0,79)	0,69±0,2 *0,68(0,62-0,74)	0,078
	Yok	0,62±0,23 *0,63(0,57-0,68)	0,64±0,25 *0,62(0,37-0,87)	0,62±0,23 *0,62(0,5-0,75)	
	Toplam	0,64±0,23 *0,65(0,6-0,7)	0,7±0,16 *0,66(0,53-0,79)	0,65±0,22	
Aşına Doğru Oranı	Var	0,71±0,18 *0,71(0,64-0,77)	0,75±0,10 *0,74(0,67-0,82)	0,73±0,15 *0,72(0,67-0,77)	0,776
	Yok	0,67±0,21 *0,67(0,63-0,72)	0,62±0,31 *0,61(0,40-0,82)	0,67±0,21 *0,64(0,53-0,75)	
	Toplam	0,68±0,2 *0,69(0,65-0,73)	0,74±0,14 *0,67(0,56-0,79)	0,69±0,19	
Aşına Olmayan Yanlış Oranı	Var	0,183±0,155 *0,19(0,12-0,26)	0,177±0,142 *0,18(0,11-0,26)	0,180±0,148 *0,19(0,13-0,24)	0,401
	Yok	0,181±0,223 *0,18(0,13-0,23)	0,104±0,047 *0,09(-0,12-0,31)	0,177±0,218 *0,14(0,02-0,25)	
	Toplam	0,182±0,203 *0,18(0,14-0,23)	0,169±0,136 *0,14(0,02-0,25)	0,179±0,188	

Aşına Yanlış Oranı	Var	0,16±0,14 *0,16(0,1-0,23)	0,18±0,17 *0,19(0,11-0,26)	0,17±0,15 *0,18(0,13-0,23)	0,084
	Yok	0,18±0,21 *0,17(0,12-0,22)	0,24±0,23 *0,23(0,02-0,44)	0,18±0,21 *0,20(0,09-0,31)	
	Toplam	0,17±0,19 *0,17(0,13-0,21)	0,19±0,17 *0,21(0,10-0,32)	0,17±0,18	

Mani risk gruplarının ‘Sosyal Normlar Ölçeği’ ortalama skorları üzerine etkisi aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 89: Sosyal Normlar Ölçeği Toplam Puan

	Sosyal Normlar Ölçeği Toplam Puan		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=87 (28/59)	Şizoaffektif bozukluk n=28 (25/3)	Toplam n=115 (87/28)
Mani riski var n=53 (28/25)	15,46±1,86 *15,42 (14,68-16,16)	14,72±1,88 *14,69 (13,90-15,47)	15,11±1,89 *15,05 (14,51-15,59)
Mani riski yok n=62 (59/3)	15,00±2,13 *15,03 (14,52-15,54)	16,67±1,53 *16,84 (14,59-19,10)	15,08±2,12 *15,94 (14,78-17,09)
Toplam n=115 (53/62)	15,15±2,04 *15,22 (14,77-15,67)	14,93±1,92 *15,22 (14,77-15,67)	15,10±2,01

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	2,741	0,707	0,402
Mani risk grup	1	7,246	1,870	0,174

Tanı grup*mani risk grup	1	15,207	3,924	0,050
Hata	109	3,875		
Toplam	115			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani risk gruplarına göre '**Sosyal Normlar Ölçeği Toplam Puan**' skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 1,870$ $p = 0,174$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama '**Sosyal Normlar Ölçeği Toplam Puan**' ortalama skorları incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 0,707$ $p = 0,402$.

Mani risk gruplarının (Mani riski var mani riski yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların '**Sosyal Normlar Ölçeği Toplam Puan**' ortalama skorları üzerinde etkileşimi sınırda anlamlı olacak şekilde saptanmıştır, $F(1, 109) = 3,924$ $p = 0,050$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait '**Sosyal Normlar Ölçeği Toplam Puan**' skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Bu etkilenmenin sebebi şizoaffektif bozukluğu olan hastalarındaki mani riski olan ve olmayan gruplar arasındaki '**Sosyal Normlar Ölçeği Toplam Puan**' skor ortalamalarındaki sınırda farklılıktan kaynaklanmaktadır ($p = 0,052$).

Tablo 90: Sosyal Normlar Ölçeği Alt Test Skorları

	Mani risk	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F
	Sosyal Normlar Ölçeği				

Kurallara Aşırı Bağlılık	Var	5,79 ±1,48 *5,76(5,13-6,39)	5,52 ±1,33 *5,43(4,77-6,1)	5,66 ±1,4 *5,6(5,13-6,1)	1,435
	Yok	5,64 ±1,92 *5,7(5,27-6,13)	6,67 ±0,58 *6,68(4,8-8,6)	5,69 ±1,89 *6,19(5,20-7,17)	
	Toplam	5,69 ±1,8 *5,73(5,35-6,11)	5,64 ±1,31 *6,1(5,04-7,07)	5,68 ±1,68	
Kural İhlal	Var	9,68 ±1,06 *9,68(9,02-10,33)	9,2 ±1,98 *9,26(8,6-9,95)	9,46 ±1,56 *9,5(8,98-9,94)	0,883
	Yok	9,5± 1,94 *9,5(9,01-9,92)	10,0 ±1 *10,12(8,12-12,13)	9,52±1,91 *9,79(8,8-10,9)	
	Toplam	9,55 ±1,70 *9,57(9,18-9,96)	9,29± 1,90 *9,7(8,7-10,8)	9,49 ±1,75	

Atıf Stili

Katılımcılarımız Sosyal Biliş -Atıf Stili açısından, ‘İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 91: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif Dışsal Kişisel’

	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif Dışsal Kişisel’		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=88 (28/60)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (24/3)	Toplam n=115 (87/27)
Mani risk var n=52 (28/24)	3,75±2,93 *3,72 (2,30-5,14)	5,29±3,44 *5,22 (3,67-6,76)	4,46±3,24 *4,47 (3,41-5,52)
Mani risk yok n=63 (60/3)	5,65±4,24 *5,69 (4,72-6,67)	1,33±1,53 *1,35 (-2,99-5,70)	5,44±4,25 *9,69 (8,01-11,36)
Toplam n=115 (52/63)	5,05±3,96 *4,71 (3,85-5,56)	4,85±3,50 *3,29 (0,98-5,59)	5,00±3,84

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	18,707	1,305	0,256
Mani risk grup	1	8,225	0,574	0,450
Tanı grup*mani risk grup	1	79,624	5,556	0,020
Hata	109	14,331		

Toplam	115			
--------	-----	--	--	--

Mani risk gruplarına göre **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif Dışsal Kişisel’** ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 0,574$ $p = 0,450$.

Şizofreni ve şizoaftif gruplarda ortalama **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif Dışsal Kişisel’** ortalama skorları incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 1,305$ $p = 0,256$.

Mani risk gruplarının (mani risk var, mani risk yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaftif bozukluk) hastaların **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif Dışsal Kişisel’** ortalama skorları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkileşimi saptanmıştır, $F(1, 109) = 5,556$ $p = 0,020$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif Dışsal Kişisel’** ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Etkileşim şizofreni hastalarında mani risk gruplarındaki **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif Dışsal Kişisel’** ortalama skorları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ($p = 0,030$).

Tablo 92: *İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’ Testi Alt Ölçeği*

	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’		
	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=88 (28/60)	Şizoaftif bozukluk n=27 (24/3)	Toplam n=115 (87/27)
Mani risk var n=52 (28/24)	9,14±2,85 *9,13 (8,06-10,20)	9,46±2,69 *9,59 (8,43-10,75)	9,29±2,75 *9,36 (8,57-10,15)
Mani risk yok	8,42±3,08	10,67±4,04	8,52±3,13

n=63 (60/3)	*8,35 (7,62-9,09)	*11,02 (7,75-14,29)	*9,69 (8,01-11,36)
Toplam	8,65±3,01	9,59±2,79	8,87±2,98
n=115 (52/63)	*8,74 (8,09-9,39)	*10,31 (8,57-12,04)	

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	22,689	2,792	0,098
Mani risk grup	1	0,987	0,121	0,728
Tanı grup*mani risk grup	1	11,429	1,406	0,238
Hata	109	8,126		
Toplam	115			

Mani risk gruplarına göre **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’** ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 3,121$ $p = 0,728$.

Şizofreni ve şizoaftif gruplarda, İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’ ortalama skorları incelendiğinde g.a sınırda istatistiksel olarak a.f saptanmıştır, $F(1, 109) = 2,792$ $p = 0,098$.

Mani risk gruplarının (mani risk var, mani risk yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaftif bozukluk) hastaların **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’** ortalama skorları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkileşimi saptanmamıştır $F(1, 109) = 1,406$ $p = 0,238$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’ ortalama skorları** hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 93: *İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam ‘Dışsal, Kişisel’ Testi ortalama skorları*

	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam ‘Dışsal, Kişisel’ Testi
--	--

	Tanı grupları		
Mani risk grupları	Şizofreni n=88 (28/60)	Şizoaffektif bozukluk n=27 (24/3)	Toplam n=115 (87/27)
Mani risk var n=52 (28/24)	6,54±4,62 *6,53(4,480-8,574)	7,63±4,64 *7,52(5,294-9,744)	7,04±4,61 *7,02(5,506-8,539)
Mani risk yok n=63 (60/3)	8,63±6,1 *8,69(7,284-10,095)	2,33±2,52 *2,15(-4,111-8,401)	8,33±6,11 *5,42(2,211-8,623)
Toplam n=115 (52/63)	7,97±5,72 *7,608(6,371-8,846)	7,04±4,74 *4,832(1,511-8,153)	7,75±5,5

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	71,564	2,406	0,124
Mani risk grup	1	23,868	0,803	0,372
Tanı grup*mani risk grup	1	132,583	4,458	0,037
Hata	109	29,739		
Toplam	115			

Mani risk gruplarına göre **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam ‘Dışsal, Kişisel’ Testi** ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 0,803$ $p = 0,372$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam ‘Dışsal, Kişisel’ Testi** ortalama skorları incelendiğinde g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır, $F(1, 109) = 2,406$ $p = 0,124$.

Mani risk gruplarının (mani risk var, mani risk yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam ‘Dışsal, Kişisel’ Testi ortalama skorları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkileşimi saptanmıştır. $F(1, 109) = 4,458$ $p = 0,037$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam ‘Dışsal, Kişisel’ Testi ortalama skorları** hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Etkileşim şizoaffektif

bozukluğu olan hastalarda mani risk gruplarındaki İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam ‘Dışsal, Kişisel’ Testi ortalama skorları arasındaki sınırda anlamlı farktan kaynaklanmaktadır (p=0,066)

Tablo 94: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Toplam Alt Test Ortalama Skorları

	Mani Risk	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F	p
	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi					
Toplam Negatif İçsel	Var	8,39±3,59 *8,46(7,03-9,9)	7,50±4,04 *7,70(6,15-9,26)	7,98±3,80 *8,08(7,02-9,15)	2,460	0
	Yok	6,68±3,88 *6,57(5,58-7,55)	9,67±4,16 *9,73(5,35-14,11)	6,83±3,91 *8,15(5,9-10,39)		
	Toplam	7,23±3,86 *7,51(6,65-8,38)	7,74±4,03 *8,72(6,39-11,04)	7,35±3,89		
Toplam Negatif Dışsal Durumsal	Var	3,82 ±2,39 *3,77(2,81-4,74)	3,17±2,37 *3,02(1,97-4,07)	3,52±2,38 *3,4(2,7-4,11)	1,198	0
	Yok	3,77±2,76 *3,85(3,19-4,51)	5±3 *4,94(1,99-7,89)	3,83±2,76 *4,4(2,88-5,9)		
	Toplam	3,78±2,64 *3,81(3,23-4,4)	3,37±2,45 *3,98(2,42-5,6)	3,69±2,6		
Toplam Pozitif Dışsal Durumsal	Var	4,07±2,62 *4,05(3,1-5,01)	4,25±1,89 *4,14(3,10-5,18)	4,15±2,30 *4,10(3,39-4,81)	0,061	0
	Yok	4,45±2,73 *4,51(3,85-5,17)	4,33±3,79 *4,18(1,25-7,11)	4,44±2,75 *4,35(2,84-5,85)		
	Toplam	4,33±2,69 *4,28(3,7-4,86)	4,26±2,55 *4,16(2,61-5,71)	4,31±2,55		
Toplam Dışsal Durumsal	Var	7,89±4,33 *7,83(6,22-9,44)	7,42±3,22 *7,16(5,41-8,9)	7,67±3,83 *7,5(6,3-8,7)	0,268	0
	Yok	8,18±4,66 *8,33(7,22-9,43)	9,33±6,66 *9,11(4,2-14,03)	8,24±4,71 *8,72(6,2-11,24)		
	Toplam	8,09±4,54 *8,08(7,11-9,05)	7,63±3,6 *8,14(5,53-10,75)	7,98±4,33		
Toplam İçsel	Var	17,54 ±5,5 *17,6(15,5-19,73)	17,2±5,73 *17,52(15,2-19,83)	17,4±5,55 *17,56(15,98-19,14)		
	Yok	15,22±5,91 *15,02(13,6-16,5)	20,33±8,02 *20,73(14,22-27,25)	15,5±6,05 *17,88(14,54-21,22)		
	Toplam	15,95±5,85	17,52±5,92	16,32±5,88		

		<i>*16,31(15,03-17,6)</i>	<i>*19,13(15,67-22,6)</i>		
Toplam Pozitif Dışsal Kişisel	Var	2,82±2,28 <i>*2,85(1,93-3,77)</i>	2,33±2,06 <i>*2,31(1,31-3,32)</i>	2,6±2,17 <i>*2,58(1,9-3,26)</i>	1,273 0
	Yok	3,15±2,73 <i>*3,16(2,52-3,79)</i>	1±1 <i>*0,81(-2,01-3,62)</i>	3,05±2,71 <i>*1,98(0,54-3,43)</i>	
	Toplam	3,05±2,59 <i>*3(2,44-3,56)</i>	2,19±2 <i>*1,56(0,07-3,06)</i>	2,84±2,48	

Mani(hipomani) Öykü Grupları

Yüzden Emosyon Tanıma

Mani gruplarının (Mani/hipomani öyküsü var, mani/hipomani öyküsü yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların Yüz Tanıma Testi (Penn Emotion) skorları üzerinde herhangi bir duygu modalitesini tanıma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşimi bulunamamıştır.

Zihin Kuramı

Hastalarımız Zihin Kuramı açısından, ‘İma Testi’ ve ‘Gözlerden Zihin Okuma Testi’ kullanılarak değerlendirilmiştir.

Mani gruplarının (Mani/hipomani öyküsü var, mani/hipomani öyküsü yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) İMA testi; hata ve toplam skorları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşimi bulunamamıştır.

Tablo 95: Gözlerden zihin okuma testi ‘pozitif uyaranlar için ’ortalama skorları

	Gözlerden zihin okuma testi: RMET pozitif (Pozitif uyaranlar için)		
	Tanı grupları		
Mani grupları	Şizofreni n=84 (7/77)	Şizoaffektif bozukluk n=26 (22/4)	Toplam n=110 (29/81)
Mani var n= (7/22)	4±1,53 <i>*4,05(3,029-5,061)</i>	4,86±1,13 <i>*4,81(4,234-5,386)</i>	4,66±1,26 <i>*4,43(3,845-5,009)</i>
Mani yok n= (77/4)	4,33±1,41 <i>*4,34(4,031-4,643)</i>	5,3±0,96 <i>*5,22(3,879-6,562)</i>	4,37±1,40 <i>*4,78(4,092-5,467)</i>

Toplam n= (29/81)	4,3±1,41 *4,191(3,660-4,722)	4,92±1,09 *5,015(4,285-5,746)	4,45±1,37
----------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), Cohen d:0,22

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	5,960	3,263	0,074
Mani grup	1	1,096	0,600	0,440
Tanı grup*mani grup	1	0,031	0,017	0,897
Hata	104			
Toplam	110			

Mani gruplarına göre **Gözlerden zihin okuma testi ‘Pozitif Uyarılar’** için skor değerinin ortalaması karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 104) = 0,600$ $p = 0,440$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama Gözlerden zihin okuma testi ‘Pozitif Uyarılar’ skor değerleri incelendiğinde gruplar arasında şizoaffektif bozukluk lehine istatistiksel olarak sınırda anlamlı fark bulunmuştur, $F(1, 104) = 3,263$ $p = 0,074$.

Mani gruplarının (Mani var /mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların **Gözlerden zihin okuma testi ‘Pozitif Uyarılar’** skorları üzerinde etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır $F(1, 104) = 0,017$ $p = 0,897$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait **Gözlerden zihin okuma testi ‘Pozitif Uyarılar’** skorlarının ortalaması hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Mani gruplarının (mani/hipomani öyküsü var, mani/hipomani öyküsü yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların **Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Negatif Uyarılar’, ‘Nötr Uyarılar için’ ve ‘Total’ ortalama** test skorları üzerine etkileşimi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Sosyal Algı

Hastalarımız Sosyal Biliş -Sosyal Algı açısından ‘Sözel Olmayan Duyarlılık Profili Testi’ ile değerlendirilmiştir.

Tablo 96: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili-Total Puan

	Sözel Olmayan Duyarlılık Profili-Total Puan		
	Tanı grupları		
Mani grupları	Şizofreni n=86(7/79)	Şizoaffektif bozukluk n=26(22/4)	Toplam n=112(29/83)
Mani var n= 29(7/22)	14±2,52	12,09±2,56	12,55±2,64
Mani yok n=83(79/4)	12,32±2,61	13,5±1,73	12,37±2,58
Toplam n=112(29/83)	12,45±2,63	12,31±2,48	12,42±2,59

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	2,574	0,402	0,528
Mani grup	1	0,172	0,027	0,870
Tanı grup*mani grup	1	21,258	3,317	0,071
Hata	106			
Toplam	112			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Mani gruplarına göre **Sözel Olmayan Duyarlılık Profili-Total Puan** ortalama skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, F (1, 106) =0,027 p=0,870.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama **Sözel Olmayan Duyarlılık Profili-Total Puan** ortalama skorları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, F (1, 106) =0,402 p=0,528.

Mani gruplarının (mani var, mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların Sözel Olmayan Duyarlılık Profili-Total Puan ortalama skorları üzerine etkileşimi değerlendirildiğinde sınırda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır $F(1, 106) = 3,317, p=0,071$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait PONS total hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Etkileşimin kaynağı büyük ölçüde şizofreni grubu içinde manisi olan ve olmayan gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olmayan farktan kaynaklanmaktadır. ($p=0,105$)

Mani gruplarının (mani var, mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların Sözel Olmayan Duyarlılık Profili ‘Yüz’, Sözel Olmayan Duyarlılık Profili ‘Vücut’ ortalama skorları üzerine etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Sosyal Bilgi

Hastalarımız Sosyal Biliş-Sosyal Bilgi açısından, ‘Durumsal Özellikleri Tanıma Testi’ ve ‘Sosyal Normlar Ölçeği’ ile değerlendirilmiştir.

Tablo 97: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’

	Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’		
	Tanı grupları		
Mani grupları	Şizofreni n=87(7/80)	Şizoaffektif bozukluk n=27(23/4)	Toplam n=114(30/84)
Mani var n=30(7/23)	0,73±0,21 *0,75(0,593-0,899)	0,72±0,14 *0,704(0,620-0,789)	0,72±0,16 *0,73(0,638-0,813)
Mani yok n=84(80/4)	0,66±0,23 *0,66(0,617-0,708)	0,56±0,26 *0,55(0,347-0,751)	0,65±0,23 *0,606(0,502-0,709)
Toplam n=114(30/84)	0,66±0,23 *0,704(0,625-0,784)	0,7±0,17 *0,63(0,517-0,737)	0,67±0,21

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	0,053	1,277	0,261

Mani grup	1	0,127	3,069	0,083
Tanı grup*mani grup	1	0,011	0,272	0,603
Hata	108			
Toplam	114			

Mani gruplarına göre Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’ ortalama skorları karşılaştırıldığında mani var lehine gruplar arasında istatistiksel olarak sınırda anlamlı fark saptanmıştır, $F(1, 108) = 3,069$ $p = 0,083$ **Cohen d:0,35**

Şizofreni ve şizoaftif gruplarda ortalama **Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’** incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 108) = 1,277$ $p = 0,261$.

Mani gruplarının (mani risk var, mani risk yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaftif bozukluk) hastaların **Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’** üzerindeki etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır $F(1, 108) = 0,272$ $p = 0,603$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait **Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Oranı’** ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Mani gruplarının (mani risk var, mani risk yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaftif bozukluk) hastaların **Durumsal Özellikleri Tanıma Testi** diğer alt parametreleri üzerindeki etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Mani gruplarının (mani/hipomani var, mani/hipomani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaftif bozukluk) hastaların **‘Sosyal Normlar Ölçeği’ alt ölçek puanları ve toplam puanı** üzerindeki etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Atıf Stili

Tablo 98: İPSAQ combined pos internal skor İki yönlü ANOVA analizi

	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’		
	Tanı grupları		
Mani Öyküsü	Şizofreni n=88(7/81)	Şizoaffektif bozukluk n=27(23/4)	Toplam n=115(30/85)
Mani Öyküsü Var n=30(7/23)	8±3,06 *7,75(5,609-9,899)	9,35±2,7 *9,52(8,327-10,706)	9,03±2,79 *8,64(7,412-9,859)
Mani Öyküsü Yok n=85(81/4)	8,7±3,02 *8,68(8,045-9,306)	11±3,37 *11,03(8,200-13,866)	8,81±3,05 *9,854(8,404-11,305)
Toplam n=115(30/85)	8,7±3,01 *8,22(7,096-9,333)	9,6±2,8 *10,28(8,736-11,813)	8,87±2,98

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş), Cohen d:0,08

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	37,461	4,591	0,034
Mani grup	1	13,241	1,623	0,205
Tanı grup*mani grup	1	0,785	0,096	0,757
Hata	1	109		
Toplam	1	115		

Mani öyküsüne göre gruplarda **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’** ortalama skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, F (1, 109) =1,623, p=0,205

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’ ortalama skorları incelendiğinde gruplar arasında şizoaffektif bozukluk lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır, F (1, 109) = 4,591, p=0,034.

Mani öykü gruplarının (mani ya da hipomani öyküsü(var/yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların **İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif İçsel’** ortalama skorları üzerinde etkileşimi

saptanmamıştır, $F(1, 109) = 0,096$ $p = 0,757$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait İPSAQ combined pos internal skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 99: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif Dışsal Kişisel’

	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif Dışsal Kişisel’		
	Tanı grupları		
Mani Öyküsü	Şizofreni n=88(7/81)	Şizoaffektif bozukluk n=27(23/4)	Toplam n=115(30/85)
Mani Öyküsü Var n=30(7/23)	3,14±2,85 *3,25(1,410-5,094)	2,44±2,04 *2,389(1,368-3,411)	2,6±2,22 *2,82(1,770-3,871)
Mani Öyküsü Yok n=85(81/4)	3,04±2,58 *3,04(2,498-3,581)	0,75±0,96 *0,767(-1,666-3,199)	2,93±2,57 *1,90(0,658-3,149)
Toplam n=115(30/85)	3,05±2,59 *3,146(2,185-4,106)	2,19±2 *1,578(0,257-2,899)	2,84±2,48

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	21,686	3,604	0,060
Mani grup	1	7,501	1,247	0,267
Tanı grup*mani grup	1	4,421	0,735	0,393
Hata	109			
Toplam	115			

Mani öyküsüne göre gruplarda İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif Dışsal Kişisel’ ortalama skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 109) = 1,247$, $p = 0,267$

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda ortalama İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif Dışsal Kişisel’ ortalama skorları incelendiğinde gruplar arasında

şizofreni lehine sınırda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır, $F(1, 109) = 3,604$, $p=0,060$.

Mani öykü gruplarının (mani ya da hipomani öyküsü (var/yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif Dışsal Kişisel’ ortalama skorları üzerinde etkileşimi saptanmamıştır, $F(1, 109) = 0,735$, $p=0,393$. Farklı mani risk gruplarında bulunan hastalara ait İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Pozitif Dışsal Kişisel’ ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Tablo 100: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif, Dışsal ve Durumsal’

	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif, Dışsal ve Durumsal’		
	Tanı grupları		
Mani Öyküsü	Şizofreni n=88(7/81)	Şizoaffektif bozukluk n=27(23/4)	Toplam n=115(30/85)
Mani Öyküsü Var n=30(7/23)	3,86 ±2,67	2,96±2,18	3,17±2,29
Mani Öyküsü Yok n=85(81/4)	3,78±2,65	5,75±2,87	3,87±2,68
Toplam n=115(30/85)	3,78±2,64	3,37±2,45	3,69±2,59

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	1,090	0,169	0,682
Mani grup	1	16,255	2,516	0,116
Tanı grup*mani grup	1	19,811	3,066	0,083
Hata	109			
Toplam	115			

Mani gruplarına göre İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif, Dışsal ve Durumsal’ ortalama skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 109) = 2,516$ $p = 0,116$

Şizofreni ve şizoaffectif gruplarda İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif, Dışsal ve Durumsal’ ortalama skorları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 109) = 0,169$ $p = 0,682$

Mani gruplarının (mani var, mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffectif bozukluk) hastaların İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘Negatif, Dışsal ve Durumsal’ ortalama skorları üzerine ortak etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır $F(1, 109) = 3,066$ $p = 0,083$

Tablo 101: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘İçsel’ ortalama skorları

	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘İçsel’		
	Tanı grupları		
Mani Öyküsü	Şizofreni n=88(7/81)	Şizoaffectif bozukluk n=27(23/4)	Toplam n=115(30/85)
Mani Öyküsü Var n=30(7/23)	15±6,48 *14,64(10,301-18,984)	17,17±5,86 *17,54(15,127-19,942)	16,67±5,97 *16,09(13,613-18,564)
Mani Öyküsü Yok n=85(81/4)	16,04±5,83 *15,96(14,681-17,233)	19,5±6,76 *19,67(13,937-25,405)	16,2±5,88 *17,81(14,878-20,750)
Toplam n=115(30/85)	15,96±5,85 *15,3(13,036-17,563)	17,52±5,92 *18,6(15,489-21,717)	16,32±5,88

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	96,303	2,881	0,092

Mani grup	1	26,532	0,794	0,375
Tanı grup*mani grup	1	1,500	0,045	0,833
Hata	109			
Toplam	115			

Mani gruplarına göre İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘İçsel’ ortalama skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 109) = 0,794$ $p = 0,375$

Şizofreni ve şizoaftif gruplarda İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘İçsel’ ortalama skorları incelendiğinde şizoaftif bozukluk lehine gruplar arasında istatistiksel olarak sınırda anlamlı fark saptanmıştır, $F(1, 109) = 2,881$ $p = 0,092$.

Mani gruplarının (mani var, mani yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaftif bozukluk) hastaların İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘İçsel’ ortalama skorları üzerine etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır $F(1, 109) = 0,045$ $p = 0,833$. Farklı mani gruplarında bulunan hastalara ait İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Toplam ‘İçsel’ ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

Melankoli

Yüzden Emosyon Tanıma

Tablo 102: Yüzden Emosyon Tanıma Testi: Öfke Alt Ölçeği ortalama skorları

	Yüzden Emosyon tanıma testi: Öfke Alt Ölçeği (Penn Testi)		
	Tanı grupları		
Melankoli grupları	Şizofreni n=85 (15/70)	Şizoaftif bozukluk n=26 (15/11)	Toplam n=111 (85/26)
Melankoli var n=30 (15/15)	5,27±2,09 *5,32 (4,43-6,22)	3,67±1,91 *3,64 (2,74-4,54)	4,47±2,13 *4,48 (3,85-5,11)
Melankoli yok n=81 (70/11)	4,17±1,70 *4,15 (3,73-4,56)	3,91±1,22 *4,01 (2,96-5,06)	4,14±1,64 *4,08 (3,52-4,64)

Toplam n=111 (30/81)	4,36±1,81 *4,74 (4,24-5,23)	3,77±1,63 *3,83 (3,14-4,52)	4,23±1,78
-------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	13,651	4,494	0,036
Melankoli grup	1	2,714	0,893	0,347
Tanı grup*melankoli grup	1	9,637	3,173	0,078
Hata	105	3,037		
Öfke	111			

Melankoli gruplarına göre **Yüzden Emosyon Tanıma Testi: Öfke Alt Ölçeği ortalama** skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 105) = 0,893$ $p = 0,347$

Şizofreni ve şizoaftif bozukluk gruplarında Yüzden Emosyon Tanıma Testi: Öfke Alt Ölçeği ortalama skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur, $F(1, 105) = 4,494$ $p = 0,036$.

Melankoli gruplarının (Melankoli var melankoli yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaftif bozukluk) hastaların Yüzden Emosyon Tanıma Testi: Öfke Alt Ölçeği ortalama skorları üzerinde etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak sınırda anlamlı fark saptanmıştır, $F(1, 105) = 3,173$ $p = 0,078$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait Yüzden Emosyon Tanıma Testi: Öfke Alt Ölçeği ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Bu etkilenmenin sebebi şizofreni hastalarındaki melankoli olan ve olmayan gruplar arasındaki Yüzden Emosyon Tanıma Testi: Öfke Alt Ölçeği ortalama skorlarının farklılığından kaynaklanmaktadır ($p = 0,028$).

Tablo 103: Yüzden Emosyon Tanıma Testi Alt Ölçek Ortalama Skorları

	Melan koli	Şizofreni n:85(15/70)	ŞAB n:26(15/11)	Toplam n:111(85/26)	F	
Penn Testi					(i)	
Mutluluk	Var	7,4±1,3 *7,43(6,88-7,98)	7,33±1,54 *7,35(6,8-7,9)	7,37±1,4 *7,39(7-7,78)	0,739	
	Yok	7,37±0,98 *7,35(7,09-7,6)	7,64±0,50 *7,72(7,08-8,36)	7,41±0,93 *7,53(7,19-7,88)		
	Topla m	7,38±1,03 *7,39(7,09-7,69)	7,46±1,21 *7,53(7,11-7,96)	7,4±1,07		
Üzüntü	Var	5,8±1,78 *5,88(5,03-6,74)	6,33±2,13 *6,24(5,38-7,09)	6,07±1,95 *6,06(5,46-6,66)	1,548	
	Yok	5,96±1,51 *5,94(5,55-6,34)	5,18±1,89 *5,28(4,28-6,27)	5,85±1,57 *5,61(5,08-6,15)		
	Topla m	5,93±1,55 *5,91(5,45-6,38)	5,85±2,07 *5,76(5,1-6,41)	5,91±1,68		
Korku	Var	5±2,24 *5,09(4,06-6,12)	5±1,89 *4,89(3,85-5,93)	5±2,03 *4,99(4,26-5,72)	0,366	
	Yok	4,89±1,87 *4,88(4,4-5,35)	5,18±2,75 *5,27(4,07-6,48)	4,93±1,99 *5,08(4,43-5,72)		
	Topla m	4,91±1,92 *4,98(4,41-5,55)	5,08±2,24 *5,08(4,28-5,88)	4,95±1,99		
Nötr	Var	4,73±3,01 *4,99(3,97-6,02)	5,93±2,05 *5,48(4,45-6,52)	5,33±2,6 *5,24(4,51-5,96)	0,081	
	Yok	5,66±2,18 *5,67(5,2-6,15)	5,73±2,28 *5,88(4,68-7,08)	5,67±2,18 *5,78(5,13-6,42)		
	Topla m	5,49±2,35 *5,33(4,77-5,9)	5,85±2,11 *5,68(4,89-6,47)	5,58±2,29		
Toplam	Var	28,2±8,05 *28,72(26,03-31,41)	28,27±7,55 *27,6(24,89-30,3)	28,23±7,67 *28,16(26,26-30,06)	0,248	
	Yok	28,04±4,35 *27,9(26,75-29,24)	27,64±5,7 *28,16(25,01-31,31)	27,9±4,52 *28,08(26,39-29,77)		
	Topla m	28,07±5,13 *28,36(26,87-29,84)	28±6,71 *27,88(25,8-29,95)	28,05±5,51		
		Two Way Anova yapılmıştır.				

Zihin Kuramı

Hastalarımız Zihin Kuramı açısından, ‘İma Testi’ ve ‘Gözlerden Zihin Okuma Testi’ kullanılarak değerlendirilmiştir.

Melankoli öyküsüne göre, İma Testi Sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 104: İma Testi Hipermentalizasyon Hata Alt Ölçeği

	İma Testi Hipermentalizasyon Hata Alt Ölçeği		
	Tanı grupları		
Melankoli grupları	Şizofreni n=87 (15/70)	Şizoaffektif bozukluk n=26 (14/12)	Toplam n=111 (85/26)
Melankoli var n=29 (15/14)	2,67±2,23 *2,51 (0,97-4,05)	4,07±2,79 *4,38 (2,77-6,00)	3,34±2,57 *3,45 (2,34-4,56)
Melankoli yok n=82 (70/12)	4,16±3,08 *4,14 (3,43-4,86)	3,50±3,85 *3,40 (1,68-5,13)	4,06±3,18 *3,77 (2,84-4,70)
Toplam n=111 (29/82)	3,89±2,99 *3,33 (2,48-4,18)	3,81±3,26 *3,89 (2,71-5,07)	3,87±3,04

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	5,283	0,588	0,445
Mani risk grup	1	1,800	0,200	0,655
Tanı grup*mani risk grup	1	28,012	3,118	0,080
Hata	109	8,984		
Toplam	115			

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

Melankoli gruplarına göre **İma Testi Hipermentalizasyon Hata Alt Ölçeği** ortalama skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 105) = 0,200$ $p=0,655$

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarında **İma Testi Hipermentalizasyon Hata Alt Ölçeği ortalama skorları** karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 105) = 0,588$ $p=0,445$

Melankoli gruplarının (melankoli var, melankoli yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların İma Testi

Hipermentalizasyon Hata Alt Ölçeği ortalama skorları üzerinde etkileşimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak sınırda anlamlı fark saptanmıştır $F(1, 105) = 3,118$ $p=0,080$. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait İma Testi Hipermentalizasyon Hata Alt Ölçeği ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Etkileşim şizofreni hastalarında melankoli olan olmayan gruplar arasındaki İma Testi Hipermentalizasyon Hata Alt Ölçeği ortalama skorlarındaki sınırda anlamlı farktan kaynaklanmaktadır ($p=0,053$). Cohen $d:0,25$

Tablo105: İma Testi Alt Ölçek Ortalama Skorları

	Melan koli	Şizofreni n:87(15/70)	ŞAB n:26(14/12)	Toplam n:111(85/26)	F
		<i>İMA TESTİ</i>			
Hipomentalizasyon Hata	Var	11,53±5,95 *11,58(8,67-14,48)	12,36±5,3 *12,48(9,44-15,53)	11,93±5,56 *12,03(9,94-14,12)	0,026
	Yok	13,27±5,56 *13,2(11,86-14,54)	14,33±6,4 *14,55(11,3-17,8)	13,43±5,66 *13,88(12,12-15,63)	
	Toplam	12,96±5,63 *12,39(10,79-13,99)	13,27±5,8 *13,52(11,29-15,74)	13,04±5,65	
Toplam Skor	Var	15,13±6,91 *15,27(12,49-18,04)	13,57±4,47 *13,1(10,19-16)	14,38±5,81 *14,18(12,19-16,17)	0,355
	Yok	12,57±5,3 *12,65(11,37-13,94)	12,17±5,36 *12,07(8,97-15,17)	12,51±5,28 *12,36(10,69-14,04)	
	Toplam	13,02±5,66 *13,96(12,43-15,49)	12,92±4,85 *12,58(10,46-14,7)	13±5,46	

Melankoli Öyküsüne Göre; Gözlerden Zihin Okuma Testi (RMET) Sonuçları

Tablo 106: Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyarılar’ için ortalama skorlar

	Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyarılar’: RMET pozitif		
	Tanı grupları		
Melankoli grupları	Şizofreni n=84 (15/69)	Şizoaffektif bozukluk n=26 (15/11)	Toplam n=110 (84/26)
Melankoli var n=30 (15/15)	4,20±1,21 *4,20 (3,51-4,90)	5,07±0,96 *5,01 (4,31-5,71)	4,63±1,16 *4,61 (4,12-5,10)
Melankoli yok n=80 (69/11)	4,32±1,46 *4,34 (4,01-4,66)	4,73±1,27 *4,68 (3,87-5,50)	4,37±1,44 *4,51 (4,07-4,95)
Toplam n=110 (30/80)	4,30±1,41 *4,27 (3,89-4,65)	4,92±1,09 *4,85 (4,31-5,38)	4,45±1,37

*Estimated marginal means (%95 CI) (yaş ve eğitim yılı faktörü düzeltilmiş),

Varyansın kaynağı	df	Kareler ortalaması	F	P
Tanı grup	1	5,515	3,015	0,085
Melankoli grup	1	1,161	0,088	0,768
Tanı grup*melankoli grup	1	0,868	0,474	0,493
Hata	104	1,829		
Toplam	110			

Melankoli gruplarına göre **Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyarılar’** için ortalama skorlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, $F(1, 104) = 0,088$ $p = 0,768$.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyarılar’ için skor ortalamaları karşılaştırıldığında şizoaffektif bozukluk lehine gruplar arasında istatistiksel olarak sınırda anlamlı fark bulunmuştur, $F(1, 104) = 3,015$ $p = 0,085$. Cohen d:0,2

Melankoli gruplarının (Melankoli var melankoli yok) ve hastalık tanı gruplarının (Şizofreni, şizoaffektif bozukluk) hastaların **Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyarılar’** için ortalama skorları üzerinde etkileşimi saptanmamıştır, $F(1, 104) = 0,474$ $p = 0,493$ Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait **Gözlerden Zihin Okuma Testi ‘Pozitif Uyarılar’** için ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmemektedir.

SPSS iki yönlü ANOVA analizi

	Melankoli	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F	P
Gözlerden Zihin Okuma Testi: RMET						
Total	Var	18,53±4,36 *18,82(16,55-21,09)	19,53±4,70 *19,04(16,75-21,33)	19,03±4,48 *18,93(17,33-20,53)	0,737	0,393
	Yok	18,09±4,59 *18,10(17,04-19,16)	20,00±4,38 *20,20(17,54-22,86)	18,35±4,59 *19,15(17,72-20,58)		
	Toplam	18,17±4,53 *18,46(17,21-19,71)	19,73±4,49 *19,62(17,87-21,37)	18,54±4,55		
Nötr	Var	9,80 ±2,83 *9,97(8,57-11,37)	9,67 ±2,58 *9,40(7,99-10,81)	9,73 ±2,66 *9,69(8,7-10,67)	1,601	0,209
	Yok	8,91 ±2,84 *8,91(8,26-9,56)	9,91 ±2,66 *10,05(8,41-11,69)	9,05 ±2,82 *9,48(8,6-10,36)		
	Toplam	9,07 ±2,84 *9,44(8,67-10,21)	9,77 ±2,57 *9,72(8,65-10,80)	9,24 ±2,78		
Negatif	Var	4,60 ±1,64 *4,72(3,84-5,61)	4,80 ±2,14 *4,61(3,72-5,5)	4,70 ±1,88 *4,67(4,04-5,29)	0,399	0,529
	Yok	4,86 ±1,69 *4,85(4,44-5,27)	5,18 ±1,99 *5,28(4,3-6,32)	4,90 ±1,73 *5,07(4,51-5,62)		
	Toplam	4,81 ±1,68 *4,79(4,30-5,28)	4,96 ±2,05 *4,95(4,26-5,63)	4,85 ±1,76		

	Two Way Anova analizi kullanılmıştır
	*Anlamlılık değerleri eğitime ve yaşa göre düzeltilmiş olarak verilmiştir.

Tablo 107: Gözlerden Zihin Okuma Testi Alt Ölçek Ortalama Skorlar

Sosyal Algı

Hastalarımız Sosyal Biliş -Sosyal Algı açısından ‘Sözel Olmayan Duyarlılık Profili Testi’ ile değerlendirilmiştir.

Tablo 108: Sözel Olmayan Duyarlılık Profili Testi Ortalama Skorları

	Melankoli	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F
	Sözel Olmayan Duyarlılık Profili				
Yüz	Var	24,87±7,68 *25,17(22,98-27,35)	24,5±4,09 *23,81(21,60-26,01)	24,67±6,05 *24,49(22,94-26,03)	0,119
	Yok	24,37±3,77 *24,43(23,43-25,44)	23,73±3,95 *23,797(21,24-26,36)	24,28±3,77 *24,11(22,74-25,49)	
	Toplam	24,45±4,63 *24,8(23,6-26)	24,15±3,97 *23,80(22,12-25,49)	24,38±4,47	
Toplam	Var	12,27±3,99 *12,37(11,04-13,69)	12,6±2,8 *12,37(11,03-13,7)	12,43±3,39 *12,37(11,43-13,30)	0,224
	Yok	12,49±2,29 *12,52(11,91-13,13)	11,91±2,02 *11,92(10,37-13,47)	12,42±2,25 *12,22(11,39-13,05)	
	Toplam	12,45±2,63 *12,44(11,72-13,17)	12,31±2,48 *12,14(11,12-13,16)	12,42±2,59	
Vücut	Var	12,6±4,05 *12,8± (11,53-14,07)	11,87±2,45 *11,44(10,16-12,72)	12,23±3,31 *12,12(11,22-13,02)	1,177
	Yok	11,87±2,35	11,82±2,64	11,87±2,38	

		*11,91(11,33-12,5)	*11,88(10,39-13,37)	*11,89(11,09-12,69)	
	Toplam	12±2,71 *12,36(11,66-13,06)	11,85±2,48 *11,66(10,68-12,64)	11,96±2,65	

Sosyal Bilgi

Hastalarımız Sosyal Biliş-Sosyal Bilgi açısından, ‘Durumsal Özellikleri Tanıma Testi’ ve ‘Sosyal Normlar Ölçeği’ ile değerlendirilmiştir.

Tablo 109: Durumsal Özellikleri Tanıma Testi Ortalama Skorları

	Melankoli	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F	p
	Durumsal Özellikleri Tanıma Test	: Somut				
Aşına Olmayan Doğru Oranı	Var	0,65±0,21 *0,65(0,54-0,76)	0,66±0,17 *0,66(0,54-0,77)	0,66±0,19 *0,65(0,57-0,73)	0,783	0,37
	Yok	0,63±0,24 *0,64(0,59-0,69)	0,75±0,15 *0,73(0,61-0,86)	0,65±0,23 *0,69(0,62-0,75)		
	Toplam	0,64±0,23 *0,64(0,58-0,70)	0,70±0,16 *0,69(0,61-0,78)	0,65±0,22		
Aşına Doğru Oranı	Var	0,70±0,23 *0,70(0,61-0,79)	0,70±0,16 *0,68(0,59-0,78)	0,70±0,20 *0,69(0,62-0,76)	1,886	0,17
	Yok	0,68±0,19 *0,68(0,64-0,72)	0,79±0,06 *0,78(0,68-0,89)	0,69±0,19 *0,73(0,68-0,79)		
	Toplam	0,68±0,20 *0,69(0,64-0,74)	0,74±0,14 *0,73(0,66-0,80)	0,69±0,29		

Aşına Olmayan Yanlış Oranı	Var	0,12±0,12 *0,11(0,02-0,21)	0,19±0,16 *0,20(0,10-0,29)	0,15±0,14 *0,15(0,09-0,22)	2,196	0,14
	Yok	0,19±0,21 *0,19(0,15-0,24)	0,15±0,10 *0,14(0,04-0,25)	0,19±0,20 *0,17(0,11-0,23)		
	Toplam	0,18±0,20 *0,15(0,10-0,21)	0,17±0,14 *0,17(0,10-0,24)	0,18±0,19		
Aşına Yanlış Oranı	Var	0,15±0,14 *0,14(0,04-0,23)	0,22±0,23 *0,23(0,14-0,33)	0,18±0,19 *0,19(0,12-0,25)	2,086	0,15
	Yok	0,17±0,20 *0,17(0,13-0,22)	0,15±0,06 *0,14(0,04-0,25)	0,17±0,18 *0,16(0,10-0,21)		
	Toplam	0,17±0,19 *0,16(0,10-0,21)	0,19±0,17 *0,19(0,12-0,26)	0,17±0,18		

	Melankoli	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F	p
	Durumsal Özellikleri : Soyut Tanıma Test					
Aşına Olmayan Doğru Oranı	Var	0,73 ±0,22 *0,72(0,61-0,84)	0,74±0,18 *0,72(0,61-0,84)	0,73±0,20 *0,72(0,64-0,81)	0,550	0,40
	Yok	0,67±0,25 *0,68(0,63-0,73)	0,77±0,18 *0,76(0,63-0,89)	0,69±0,24 *0,72(0,65-0,79)		
	Toplam	0,68±0,24 *0,70(0,64-0,76)	0,75±0,18 *0,74(0,65-0,83)	0,70±0,23		
Aşına Doğru Oranı	Var	0,68±0,22 *0,68(0,57-0,78)	0,69±0,19 *0,67(0,57-0,78)	0,69±0,20 *0,68(0,60-0,75)	0,058	0,81
	Yok	0,66±0,23 *0,67(0,62-0,72)	0,71±0,15 *0,69(0,57-0,81)	0,67±0,22 *0,68(0,61-0,74)		
	Toplam	0,66±0,23 *0,67(0,61-0,73)	0,70±0,17 *0,68(0,60-0,76)	0,67±0,21		

Aşına Olmayan Yanlış Oranı	Var	0,09±0,12 *0,08(-0,02-0,18)	0,13±0,17 *0,14(0,04-0,24)	0,11±0,15 *0,11(0,04-0,18)	0,928	0,33
	Yok	0,16±0,22 *0,16(0,12-0,21)	0,14±0,09 *0,13(0,03-0,24)	0,16±0,20 *0,15(0,09-0,21)		
	Toplam	0,15±0,21 *0,12(0,07-0,18)	0,13±0,14 *0,14(0,06-0,21)	0,15±0,19		
Aşına Yanlış Oranı	Var	0,12±0,15 *0,11(0,01-0,20)	0,17±0,19 *0,18(0,08-0,28)	0,14±0,17 *0,14(0,07-0,21)	1,576	0,21
	Yok	0,17±0,22 *0,17(0,13-0,22)	0,14±0,09 *0,13(0,02-0,24)	0,17±0,20 *0,15(0,09-0,21)		
	Toplam	0,16±0,21 *0,14(0,09-0,19)	0,16±0,16 *0,16(0,08-0,23)	0,16±0,19		

Melankoli Öyküsüne Göre, ‘Sosyal Normlar Ölçeği’ puan ortalamaları aşağıda verilmiştir.

Tablo 110: Sosyal Normlar Ölçeği Ortalama Skorları

	Melankoli	Şizofreni	ŞAB	Toplam	F	J
	Sosyal Normlar Ölçeği					
Toplam	Var	15,07±2,09 *15,19(14,15-16,21)	14,94±2,05 *14,9(13,9-15,9)	15±2,03 *15,02(14,3-15,8)	0,031	0

	Yok	15,17±2,05 *15,15(14,7-15,7)	14,92±1,83 *15(14-16,14)	15,13±2,01 *15,07(14,45-15,7)		
	Toplam	15,15±2,04 *15,17(14,6-15,8)	14,93±1,92 *15(14,2-16)	15,1±2,01		
Kurallara Aşırı Bağlılık	Var	5,93±1,67 *6(5,13-6,86)	5,81±1,33 *5,7(4,85-6,53)	5,87±1,48 *5,84(5,24-6,44)	0,004	0
	Yok	5,64±1,81 *5,66(5,3-6,05)	5,42±1,31 *5,4(4,44-6,37)	5,60±1,74 *5,53(5,01-6,05)		
	Toplam	5,69±1,78 *5,83(5,4-6,3)	5,64±1,31 *5,55(4,91-6,19)	5,68±1,67		
Kural ihlal	Var	9,13±1,64 *9,16(8,3-10,06)	9,13±1,96 *9,18(8,3-10,05)	9,13±1,78 *9,17(8,55-9,8)	0,004	0
	Yok	9,64±1,71 *9,61(9,2-10,02)	9,5±1,88 *9,57(8,6-10,6)	9,62±1,73 *9,6(9,05-10,13)		
	Toplam	9,55±1,70 *9,39(8,9-9,889)	9,29±1,90 *9,38(8,71-10,04)	9,49±1,75		

Atıf Stili

Katılımcılarımız Sosyal Biliş -Atıf Stili açısından, ‘İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 111: İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi Ortalama Skorları

	Melankoli	Şizofreni n:88(15/73)	ŞAB n:27(15/12)	Toplam n:115(30/85)	F	p
	İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Testi					
Toplam Negatif İçsel	Var	6,67±3,56 *6,56(4,56-8,56)	8,33±3,74 *8,59(6,6-10,6)	7,5±3,68 *7,58(6,17-8,99)	1,427	0
	Yok	7,34±3,93 *7,3(6,4-8,2)	7±4,43 *7,08(4,85-9,31)	7,3±3,98 *7,19(5,99-8,39)		
	Toplam	7,23±3,86	7,74±4,03	7,35±3,89		

		*6,93(5,84-8,03)	*7,83(6,33-9,33)			
Toplam Negatif Dışsal Durumsal	Var	4,47±2,48 *4,54(3,22-5,86)	3±2,59 *2,81(1,48-4,14)	3,73±2,6 *3,67(2,74-4,6)	2,129	0
	Yok	3,64±2,66 *3,68(3,08-4,28)	3,83±2,29 *3,77(2,3-5,24)	3,67±2,6 *3,72(2,93-4,52)		
	Toplam	3,78±2,64 *4,11(3,39-4,83)	3,37±2,45 *3,29(2,3-4,28)	3,69±2,59		
Toplam Pozitif Dışsal Durumsal	Var	4±2,67 *3,99(2,67-5,3)	4,27±2,25 *4,17(2,84-5,48)	4,13±2,43 *4,07(3,15-4,99)	0,149	0
	Yok	4,4±2,71 *4,44(3,85-5,04)	4,25±1,91 *4,14(2,67-5,6)	4,38±2,6 *4,29(3,5-5,08)		
	Toplam	4,33±2,69 *4,21(3,5-4,93)	4,26±2,07 *4,15(3,16-5,14)	4,31±2,55		
Toplam Dışsal Durumsal	Var	8,47±4,73 *8,52(6,3-10,73)	7,27±3,94 *6,97(4,75-9,19)	7,87±4,32 *7,74(6,19-9,3)	0,420	0
	Yok	8,01±4,53 *8,1(7,1-9,1)	8,08±3,23 *7,9(5,43-10,36)	8,02±4,35 *8(6,67-9,32)		
	Toplam	8,09±4,54 *8,3(7,09-9,52)	7,63±3,6 *7,43(5,77-9,09)	7,98±4,33		
Toplam İçsel	Var	15,8±6,36 *15,78(12,8-18,75)	18,4±5,76 *18,76(15,79-21,76)	17,1±6,11 *17,28(15,18-19,37)	0,589	0
	Yok	15,99±5,79 *15,87(14,52-17,21)	16,42±6,19 *16,71(13,39-20,03)	16,05±5,81 *16,29(14,5-18,07)		
	Toplam	15,96±5,85 *15,82(14,19-17,45)	17,52±5,92 *17,74(15,51-19,98)	16,32±5,88		
Toplam Pozitif Dışsal Kişisel	Var	2,87±3,4 *2,79(1,52-4,05)	1,8±2,04 *1,81(0,54-3,08)	2,33±2,81 *2,3(1,41-3,19)	0,129	0
	Yok	3,08±2,41 *3,11(2,54-3,69)	2,67±1,92 *2,57(1,15-3,98)	3,02±2,35 *2,84(2,08-3,6)		
	Toplam	3,05±2,59	2,19±2	2,84±2,48		

		*2,95(2,26-3,64)	*2,19(1,24-3,14)			
Toplam Negatif Dışsal Kişisel	Var	4,87±4,19 *4,92(2,9-6,93)	4,67±3,4 *4,6(2,56-6,61)	4,77±3,75 *4,75(3,33-6,17)	0,030	0
	Yok	5,08±3,94 *5,09(4,18-6)	5,08±3,94 *5,08(2,83-7,33)	5,08±3,89 *5,09(3,87-6,3)		
	Toplam	5,05±3,96 *5(3,89-6,11)	4,85±3,51 *4,83(3,32-6,35)	5±3,84		
Toplam Pozitif İçsel	Var	9,13±3,94 *9,23(7,76-10,71)	9,93±2,89 *10,03(8,55-11,51)	9,53±3,42 *9,63(8,59-10,67)	0,008	0
	Yok	8,55±2,8 *8,47(7,81-9,14)	9,17±2,73 *9,39(7,74-11,03)	8,64±2,79 *8,93(8,04-9,81)		
	Toplam	8,65±3,01 *8,85(8,05-9,66)	9,59±2,79 *9,71(8,6-10,81)	8,87±2,98		
Toplam Dışsal Kişisel	Var	7,73± 6,55 *7,71(4,84-10,58)	6,47 ±5 *6,38(3,5-9,27)	7,1 ±5,76 *7,04(5,02-9,07)	0,113	0
	Yok	8,01 ±5,59 *8,06(6,76-9,35)	7,75 ±5 *7,64(4,43-10,84)	7,98 ±5,42 *7,85(6,12-9,57)		
	Toplam	7,97 ±5,72 *7,88(6,31-9,46)	7,04 ±4,74 *7,01(4,85-9,16)	7,75 ±5,5		

4.6.Korelasyon Analizleri

4.6.1.Klinik Semptom ve Bulgular Açısından;

Korelasyonlar:

M toplam skoru,

SMOK (Sydney melankoli ölçeği hekim formu) skorları ile BNSS ve DDÖ Test skorları arasında yapılmıştır.

Tablo 112: BNSS, DDÖ skorları/M toplam, Melankoli Toplam Skorları Korelasyon

	TÜM HASTALAR
--	---------------------

	M toplam skoru(M-toplam)	Melankoli skoru (SMOK)
BNSS-Toplam puan	r=-0,267 p= 0,002	r=-0,250 p= 0,008
Amotivasyonel Faktör (anhedoni total+asosyallik total+avolüsyon total)	r=-0,218 p=0,012	r=-0,251 p=0,008
Ekspresyon Faktör (künt total+alogi total)	r=-0,286 p=0,001	r=-0,199 p=0,036
DDÖ-Negatif düşünce bozukluğu toplam puan	r=-0,310 p=0,002	r=-0,276 p=0,01
DDÖ-Pozitif düşünce bozukluğu toplam puan	r=0,001 p=0,994	r=-0,058 p=0,595
DDÖ-Toplam puan	r=-0,248 p=0,013	r=-0,248 p=0,021

r; Pearson correlation

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **mani skoru ile** BNSS ‘toplam puan’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (r=-**267** ve p=0,002).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **mani skoru ile** Negatif Belirtiler Ölçeği ‘Amotivasyon faktör’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (r=-**218** ve p=0,012).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **mani skoru ile** Negatif Belirtiler Ölçeği ‘Ekspresyon faktör’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (r=-**286** ve p=0,001).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **mani skoru ile** Düşünce ve Dil Ölçeği ‘negatif düşünce bozukluğu toplam puan’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,310$ ve $p=0,002$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **mani skoru ile** Düşünce ve Dil Ölçeği ‘toplam puan’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,248$ ve $p=0,013$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **mani skoru ile** Düşünce ve Dil Ölçeği ‘pozitif düşünce bozukluğu toplam puan’ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($r= 0,001$ ve $p=0,994$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** Negatif Belirtiler Ölçeği ‘toplam puan’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,250$ ve $p=0,008$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** Negatif Belirtiler Ölçeği ‘Amotivasyon faktör’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,251$ ve $p=0,008$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** Negatif Belirtiler Ölçeği ‘Ekspresyon faktör’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,199$ ve $p=0,036$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** Düşünce ve Dil Ölçeği ‘negatif düşünce bozukluğu toplam puan’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,276$ ve $p=0,010$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** Düşünce ve Dil Ölçeği ‘toplam puan’ arasında negatif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,248$ ve $p=0,021$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** Düşünce ve Dil Ölçeği ‘pozitif düşünce bozukluğu toplam puan’ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($r=-0,058$ ve $p=0,595$).

4.6.2.İşlevsellik Açısından;

Korelasyonlar:

M toplam skoru,

SMOK (Sydney melankoli ölçeği hekim formu) skorları ile Hastalık Öncesi Uyum Ölçeği (PAS) ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) skorları arasında yapılmıştır.

Tablo 113: PSP skorları/M toplam, Melankoli Toplam Skorları Korelasyon

	M toplam skoru			Melankoli Skoru		
	Tüm hastalar	Şizofreni	Şizoaffektif bozukluk	Tüm hastalar	Şizofreni	Şizoaffektif bozukluk
PSP-1(Çalışma ve öğrenim görme)	$r=-0,199$ $p= 0,022$	$r=-0,032$ $p= 0,758$	$r=-0,82$ $p=0,280$	$r=-0,258$ $p=0,006$	$r=-0,066$ $p=0,566$	$r=-0,298$ $p=0,082$
PSP-2(Kişisel ve sosyal ilişkiler)	$r=-0,139$ $p=0,109$	$r=-0,091$ $p=0,380$	$r=0,326$ $p=0,049$	$r=-0,327$ $p=0,00$	$r=-0,295$ $p=0,00$	$r=-0,159$ $p=0,361$

PSP-3(Öz bakım)	r=-0,167 p=0,054	r=-0,137 p=0,184	r=0,1 p=0,555	r=-0,336 p=0,00	r=-0,244 p=0,032	r=-0,435 p=0,009
PSP-4(Rahatsız Edici ve Agresif Davranışlar)	r=-0,010 p=0,906	r=0,007 p=0,944	r=0,245 p=0,144	r=-0,323 p=0,001	r=-0,290 p=0,011	r=-0,389 p=0,021
PSP-Toplam	r=0,223 p=0,010	r=0,110 p=0,284	r=-0,300 p=0,071	r=0,389 p=0,00	r=0,295 p=0,009	r=0,269 p=0,118

r; Pearson correlation

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **mani skoru** ile Bireysel ve Sosyal performans ölçeği ‘çalışma ve öğrenim görme’ boyutu arasında -yönde zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,199ve p=0,022).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **mani skoru** ile PSP ‘toplam puan’ arasında +yönde zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,223ve p=0,010).

ŞAB grubu içinde **mani skoru** ile PSP ‘sosyal ilişkiler’ arasında +yönde zayıf ama i.o a.i sınırda anlamlı ilişki saptandı (r=-0,326 ve p=0,049).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** PSP ‘çalışma ve öğrenim görme’ boyutu arasında - zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,258ve p=0,006).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** PSP‘sosyal ilişkiler’ boyutu arasında - zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,327ve p=0).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru** ile PSP ‘öz bakım’ boyutu arasında - zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,336ve p=0).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** PSP ‘rahatsız edici ve agresif davranış’ boyutu arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,323ve p=0,001).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **melankoli skoru ile** PSP toplam puanı arasında +yönde zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,389ve p=0).

Şizofreni hasta grubu içinde melankoli **skoru ile** PSP ‘sosyal ilişkiler’ boyutu arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,295$ ve $p=0,009$).

Şizofreni hasta grubu içinde melankoli **skoru ile** PSP ‘öz bakım’ boyutu arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,244$ ve $p=0,032$).

Şizofreni hasta grubu içinde melankoli **skoru ile** PSP ‘rahatsız edici ve agresif davranış’ boyutu arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,290$ ve $p=0,011$).

Şizofreni hasta grubu içinde melankoli **skoru ile** PSP toplam puanı arasında + yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,295$ ve $p=0,009$).

Şizoaffektif bozukluk grubu içinde melankoli skoru ile PSP ölçeği ‘rahatsız edici ve agresif davranış’ boyutu arasında – yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,389$ ve $p=0,021$).

Şizoaffektif bozukluk grubu içinde melankoli skoru ile PSP özbakım boyutu arasında - yönde orta düzeyde i.o a.i saptandı ($r=-0,435$ ve $p=0,009$).

Tablo 114: PAS skorları/M toplam, Melankoli Toplam Skorları Korelasyon

PAS		SMOK – Klinisyen	M Toplam Skoru
12 yaş öncesi	r	-0.301	-0.137
	p	0.001	0.116
12-15 yaş arası	r	-0.131	0.008
	p	0.168	0.931
16-18 yaş	r	-0.139	-0.049
	p	0.143	0.574
19 yaş sonrası	r	-0.158	-0.036
	p	0.100	0.681
Toplam puan	r	-0.209*	-0.065
	p	0.027	0.460
Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: korelasyon katsayısı p: p değeri.			

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda Melankoli Toplam Skor ile PAS '12 yaş öncesi ortalama puan' arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,301$ ve $p=0,001$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda Melankoli Toplam Skor ile PAS'total ortalama puan' arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=0,209$ ve $p=0,027$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda Melankoli Toplam Skor ile PAS'12 yaş öncesi girişkenlik ve içe dönüklük' puanı arasında - yönde orta düzeyde i.o a.i saptandı($r=-0,415$ ve $p=0$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda Melankoli Toplam Skor ile PAS'12 yaş öncesi arkadaş ilişkileri' puanı arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,349$ ve $p=0$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda Melankoli Toplam Skor ile PAS '12-15 yaş girişkenlik-içe dönüklük ' puanı arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,196$ ve $p=0,039$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda Melankoli Toplam Skor ile PAS'12-15 yaş arkadaş ilişkileri ' puanı arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,203$ ve $p=0,031$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda Melankoli Toplam Skor ile PAS'16-18 yaş girişkenlik ve içe dönüklük ' puanı arasında -yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,221$ ve $p=0,019$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda Melankoli Toplam Skor ile PAS'19 yaş sonrası girişkenlik ve içe dönüklük ' puanı arasında - zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,244$ ve $p=0,010$).

Şizoaffektif hasta grubu içinde PAS'12 yaş öncesi ortalama puan' arasında - yönde orta düzeyde i.o a.i saptandı.($r:0,398$, $p:0,018$)

M toplam skor ile PAS skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

4.6.3.Nörobiliş Açısından;

Nörobiliş Test Skorları

Korelasyonlar:

SCIP, STROOP ve İz sürme test skorları ile

M toplam skoru,

SMOK (Sydney melankoli ölçeği hekim formu) skorları

Tablo 115: Nörobiliş Test Skorları/M toplam Skorları Korelasyon

	M toplam skoru		
SCIP skorları	Tüm hastalar	Şizofreni	Şizoaffektif bozukluk
SCIP total	r=0,047 p= 0,613	r=0,149 p= 0,169	r=-0,168 p=0,376
Sözel kısa süreli bellek	r=-0,044 p=0,631	r=0,043 p=0,688	r=-0,155 p=0,405
Sessiz harf tekrarlama testi	r=-0,036 p=0,698	r=0,113 p=0,293	r=-0,363 p=0,045
Sözel akıcılık	r=0,134 p=0,144	r=0,132 p=0,218	r=0,089 p=0,634
Gecikmeli hatırlama	r=0,087 p=0,345	r=0,141 p=0,188	r=-0,088 p=0,638
Görsel motor işleme	r=0,142 p=0,127	r=0,176 p=0,103	r=0,004 p=0,984
STROOP 1	r=0,023 p= 0,803	r=-0,032 p= 0,766	r=0,211 p=0,281
STROOP 2	r=-0,030 p=0,746	r=-0,020 p=0,851	r=-0,040 p= 0,840

STROOP 3	r=0,042 p=0,653	r=-0,110 p=0,301	r=0,073 p=0,710
STROOP 3 hata	r=0,086 p=0,354	r=-0,093 p=0,383	r=0,149 p=0,650
TMTA süre	r=0,011 p=0,909	r=-0,119 p=0,262	r=0,209 p=0,286
TMTB süre	r=-0,119 p=0,223	r=-0,269 p=0,016	r=0,100 p=0,621
TMTB hata	r=-0,112 p= 0,257	r=-0,181 p= 0,111	r=0,011 p= 0,956

r; Pearson correlation

Şizoaftik bozukluğu olan hastalarda M-toplam skoru ile SCIP Sessiz harf tekrarlama testi skoru arasında - zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,363 ve p=0,045). Şizofreni hastalarında M-toplam skoru ile TMTB süre test skoru arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı (r=-0,269 ve p=0,016).

Tablo 116: Nörobiliş Test Skorları-Melankoli toplam Skorları Korelasyon

	SMOK (Sydney melankoli ölçeği hekim formu) skoru		
SCIP skorları	Tüm hastalar	Şizofreni	Şizoaftik bozukluk
SCIP total	r=0,196 p=0,051	r=0,199 p= 0,094	r=0,199 p=0,309
Sözel kısa süreli bellek	r=0,089 p=0,375	r=0,087 p=0,468	r=0,176 p=0,362
Sessiz harf tekrarlama testi	r=0,140 p=0,162	r=0,252 p=0,032	r=-0,090 p=0,644
Sözel akıcılık	r=0,136 p=0,176	r=0,108 p=0,365	r=0,201 p=0,295
Gecikmeli hatırlama	r=0,167 p=0,095	r=0,082 p=0,496	r=0,299 p=0,116

Görsel motor işleme	r=0,245 p=0,014	r=0,189 p=0,112	r=0,379 p=0,046
STROOP 1	r=-0,132 p=0,194	r=-0,184 p=0,119	r=-0,012 p=0,955
STROOP 2	r=-0,131 p=0,197	r=-0,146 p=0,218	r=-0,136 p=0,509
STROOP 3	r=-0,091 p=0,371	r=-0,154 p=0,194	r=-0,108 p=0,600
STROOP 3 hata	r=-0,039 p=0,704	r=-0,026 p=0,826	r=-0,027 p=0,898
TMTA süre	r=-0,116 p=0,251	r=-0,182 p=0,124	r=-0,072 p=0,726
TMTB süre	r=-0,132 p=0,219	r=-0,179 p=0,157	r=-0,067 p=0,720
TMTB hata	r=-0,117 p=0,276	r=-0,134 p=0,291	r=0,135 p=0,533
Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: korelasyon katsayısı p: p değeri			

Tüm hastalarda SMOK (Sydney melankoli ölçeği hekim formu) skoru ile SCIP Görsel motor işleme skoru arasında zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon, SCIP toplam skor arasında zayıf ama istatistiksel olarak sınırda anlamlı pozitif korelasyon saptandı (Tablo).

Şizofreni olan hastalarda SMOK (Sydney melankoli ölçeği hekim formu) skoru ile SCIP Sessiz harf tekrarlama testi skoru arasında zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla r=-0,252 ve p=0,032).

Şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda SMOK (Sydney melankoli ölçeği hekim formu) skoru ile SCIP Görsel motor işleme testi skoru ile zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon gözlemlendi (r=0,379 ve p=0,046).

4.6.4.Sosyal Biliş Açısından;

Tablo 117: Sosyal biliş Testleri Korelasyon Tabloları

	M toplam skoru		SMOK skoru	
	r	p	r	p
RMET total	0,118	0,218	0,173	0,098
RMET nötr	0,103	0,285	0,202	0,052
RMET negatif	0,052	0,586	0,069	0,510
RMET pozitif	0,097	0,313	0,094	0,369
CPT İşleme Hatası	-0,097	0,331	-0,336	0,001
CPT İhmal Hatası	0,072	0,451	-0,256	0,012
CPT Doğruya Reaksiyon Süresi	0,024	0,799	-0,002	0,984
CPT Duyarlılık	0,038	0,689	0,395	<0,001
SFRT somut aşına doğru	0,199	0,033	0,200	0,050
SFRT somut aşına olmayan doğru	0,185	0,048	0,183	0,074
SFRT soyut aşına doğru	0,203	0,030	0,200	0,050
SFRT soyut aşına olmayan doğru	0,217	0,020	0,178	0,083
SFRT somut aşına yanlış	0,042	0,665	0,131	0,203
SFRT somut aşına olmayan yanlış	0,042	0,665	0,049	0,637
SFRT soyut aşına yanlış	0,053	0,579	0,027	0,798
SFRT soyut aşına olmayan yanlış	0,001	0,998	0,027	0,798
İma toplam skor	0,042	0,661	0,177	0,087
İma hipomentalizasyon hata	-0,047	0,626	-0,141	0,174
İma hipermentalizasyon hata	0,033	0,729	-0,107	0,303

IPSAQ toplam pozitif içsel	0,056	0,549	0,115	0,265
IPSAQ toplam pozitif dışsal kişisel	-0,065	0,488	-0,166	0,107
IPSAQ toplam pozitif dışsal durumsal	0,002	0,986	0,026	0,801
IPSAQ toplam negatif içsel	0,060	0,524	-0,060	0,560
IPSAQ toplam negatif dışsal kişisel	0,003	0,974	0,079	0,446
IPSAQ toplam negatif dışsal durumsal	-0,117	0,212	-0,010	0,923
Ipsaq toplam içsel	0,064	0,497	0,017	0,866
Ipsaq toplam dışsal kişisel	0,013	0,890	-0,026	0,801
Ipsaq toplam dışsal durumsal	-0,065	0,488	0,012	0,911
SNQ total	-0,038	0,688	0,106	0,300
SNQ Kural ihlal	-0,109	0,245	-0,104	0,312
SNQ Kural aşırı	0,035	0,712	0,155	0,130
Penn duygu tanıma total	0,010	0,921	0,065	0,536
Penn duygu tanıma ‘mutluluk’	0,015	0,876	0,020	0,846
Penn duygu tanıma ‘üzüntü’	0,023	0,808	0,100	0,337
Penn duygu tanıma ‘korku’	0,049	0,608	-0,004	0,972
Penn duygu tanıma ‘öfke’	-0,105	0,275	0,052	0,619
Penn duygu tanıma ‘nötr’	0,037	0,698	0,041	0,694
Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. r: korelasyon katsayısı p: p değeri				

Sosyal Biliş-Korelasyon Analizleri

M toplam Skoru

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda M-toplam skoru ile Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Somut Aşına Doğru’ skoru arasında +yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=0,199$ ve $p=0,033$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda M-toplam skoru ile Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Somut Aşına Olmayan Doğru’ skoru arasında +yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=0,185$ ve $p=0,048$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda M-toplam skoru ile Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Skoru’ arasında + yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=0,203$ ve $p=0,030$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda M-toplam skoru ile Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Olmayan Doğru Skoru’ arasında +yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=0,217$ ve $p=0,020$).

SMOK (Sydney melankoli ölçeği hekim formu) skorları-Melankoli toplam skor

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **Melankoli Toplam Skor** ile Sürekli Performans Testi ‘İşleme Hatası” arasında - yönde orta düzeyde i.o a.i saptandı ($r=-0,336$ ve $p=0,001$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **Melankoli Toplam Skor** ile CPT ‘İhmal Hatası’ arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptandı ($r=-0,256$ ve $p=0,012$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **Melankoli Toplam Skor** ile CPT ‘Doğruya Reaksiyon Süresi’ arasında - yönde zayıf istatistiksel olarak sınırda anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,002$ ve $p=0,984$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **Melankoli Toplam Skor** ile CPT ‘Duyarlılık’ arasında pozitif yönde orta düzeyde i.o a.i saptandı. ($r=0,395$ ve $p<0,001$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **Melankoli Toplam Skor** ile Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Soyut Aşına Doğru Arasında’ pozitif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=0,200$ ve $p=0,050$).

Tanıdan bağımsız tüm hastalarımızda **Melankoli Toplam Skor** ile Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘Somut Aşına Doğru’ arasında pozitif yönde zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=0,200$ ve $p=0,050$).

5.TARTIŞMA

Araştırmamızda temel olarak iki hasta grubunda affektif özelliklerin tanısai etki göz önünde bulundurularak işlevselliğe, nörokognisyona ve sosyal kognisyona etkisi karşılaştırmalı olarak incelenmeye çalışılmıştır, sağlıklı kontrol grubu yer yer karşılaştırmaya dahil edilmiştir. Yaşam boyu mani skoru ve melankoli skorunun prognostik öngörücüler, işlevsellik, kognisyon ile olan ilişkisine bakılmıştır. Affektif özellikler çok geniş bir yelpazede değerlendirilmeye çalışılmış olup kategorik olarak belirlediğimiz hasta gruplarının karşılaştırılmasına ek olarak uygun ölçek skorları için tanıdan bağımsız olarak boyutsal bir değerlendirme yapılmaya çalışılmıştır. Araştırma grupları arası fark olduğu durumda farkın yönü ve büyüklüğü belirtilmiştir, analiz sonuçlarımızdan elde edilen bulgular alt başlıklar altında değerlendirilecektir.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Araştırma gruplarımız cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırıldığında (şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve sağlıklı kontrol) gruplar arası anlamı fark yoktu. (Tablo 1). Araştırma gruplarımızın kendi içlerindeki cinsiyet dağılımı durumuna baktığımızda şizofreni grubunda kadın /erkek=2/3 olarak bulunmuştur. Şizofreni hasta grubumuzdaki cinsiyet dağılımının erkek cinsiyet lehine olması, şizofreni tanısının erkeklerde daha sık görüldüğü, erkek cinsiyetin bir risk faktörü kabul edildiği erkek/kadın farklı çalışmalarda 0,9 ile 2,4 aralığında değişim gösterdiği çalışma bulguları ile uyum göstermektedir.(253)Şizoaffektif bozukluk grubunun ise kadın/erkek 1:2 olarak bulunmuştur. Şizoaffektif bozukluk alt gruplarına cinsiyet dağılımı açısından baktığımızda şizoaffektif bozukluk-bipolar tip kadın erkek oranı 4:5, şizoaffektif bozukluk depresif tip kadın /erkek = 2/3 olarak bulunmuştur. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda; Şizoaffektif bozukluk prevalansı duygudurum bozukluklarında görülene benzer şekilde yaklaşık 2:1 cinsiyet oranıyla kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. (64–66) ve alt tipler açısından bipolar alt tipe sahip eşit sayıda erkek ve kadın vardır, ancak depresif alt tipte bir kadın üstünlüğü olduğu belirtilmiştir, ancak ŞAB tanısının

değişken ve tartışmalı tanısal durumu sebebiyle, farklı araştırmalarda kullanılan metodolojik değişkenlikler sebebiyle prevalans değişkenliği söz konusu olabilir ayrıca çalışmamızda gruplar arasında belirgin cinsiyet farkı olmamasına dikkat edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubumuzu belirlerken hasta gruplarımızdaki kadın erkek cinsiyet oranı gözetilerek kadın erkek oranı 1:2 olacak şekilde katılımcıların dahil edilmesine dikkat edilmiştir. Böylece g.a cinsiyet dağılımı açısından a.f oluşmaması sağlanmıştır.

Araştırma gruplarına göre katılımcıların yaş ve eğitim yılı karşılaştırılması Tablo 2’de yer almaktadır. G.a yaş açısından a.f bulunmamıştır. Şizofreni ve şizoaftaktif bozukluk gruplarının eğitim yılı açısından karşılaştırılmasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Sağlıklı kontrol grubumuzun eğitim yılı median değeri, şizofreni ve şizoaftaktif bozukluk gruplarımıza göre anlamlı derecede daha yüksektir. Bu bulgular, şizofreni ve şizoaftaktif bozukluk gibi tanılarda hastalığın açık belirtilerinin başlamasından önce görülen okula uyum sağlama, okul başarısı gibi alanlarda görülen işlevsellik kaybı ile uyumlu gözükmektedir.

Araştırma gruplarımıza partner varlığı açısından bakacak olursak sağlıklı kontrol grubu lehine gruplar arasında partner varlığı açısından anlamlı fark vardır. Bu bulgular yine literatürle uyumlu olarak şizofreni ve şizoaftaktif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklarda içe kapanma, sosyal ilişkilerde bozulma gibi hastalığın işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri sebebiyle kişiler arası ve sosyal ilişkilerde görülen bozulmayla açıklanabilir.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Şizofreni grubundaki katılımcıların %47,9’una **psikiyatrik bir eş tanısı** mevcuttur. Şizoaftaktif bozukluk grubumuzdaki katılımcıların %62,2’sine, sağlıklı kontrol grubumuzdaki katılımcıların %16,1’ine psikiyatrik bir eş hastalığın eşlik ettiğini

görmekteyiz. Gruplar arası anlamlı fark vardır. Şizofreni grubumuzdaki katılımcılara en yüksek sıklık oranından en düşük sıklık oranına doğru; yaygın anksiyete bozukluğu %30,2, obsesif kompulsif bozukluk %22,9, sosyal anksiyete bozukluğu %7,3, posttravmatik stres bozukluğu %4,2 en sık eşlik eden psikiyatrik tanılardır. Şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcılarda en yüksek sıklık oranından en düşük sıklık oranına doğru; yaygın anksiyete bozukluğu %48,6, obsesif kompulsif bozukluk %27, sosyal anksiyete bozukluğu %10,8 en sık eş psikiyatrik tanılar olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda psikiyatrik komorbiditelerin şizofreni hastalarında sık görüldüğüne değinilmektedir. Bir çalışmada;PB için %15, TTSB için %29 ve obsesif-kompulsif bozukluk için %23 tahmini prevalans söz konusudur.(254)Genel olarak epidemiyolojik veriler çalışmaların yürütülmesindeki yöntemsel farklılıklar sebebiyle çok değişkenlik göstermektedir.Güncel bir meta-analizde (255)şizofreni tanısına eşlik eden AB; SAB %14,9, PTSB %12,4, OKB %12,1, YAB %10,9 olarak belirtilmiştir. Hasta gruplarımız arasında psikiyatrik eş tanı eşlik etme durumu açısından anlamlı fark gözlenmemiş olup, sadece yaygın anksiyete bozukluğu eşlik etme durumu açısından şizofreni grubu lehine bir fark saptanmıştır. Genel olarak bulgularımız literatürdeki değişkenlik göz önünde bulundurulduğunda psikiyatrik eş tanı oranlarının normal popülasyona göre oldukça yüksek bulunduğu bilgisi ile örtüşmektedir.

Araştırma gruplarının soy geçmiş özellikleri açısından karşılaştırılması Tablo 11 üzerinden yapılmıştır. Birinci derece akrabada şizofreni ve psikoz öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %11,5'inde, şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %5,4'ünde görülmektedir. Gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. Birinci derece akrabalarda psikoz öyküsü psikoz spektrumu bozuklukları açısından ciddi bir risk faktörüdür, 1. derece akrabada bipolar bozukluk öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %1,0'inde, şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %13,5'inde saptanmış olup, gruplar arasında şizoaffektif bozukluk lehine anlamlı fark vardır. İkinci derece akrabada şizofreni ve psikoz öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %17,7'sinde şizoaffektif bozukluk grubundaki katılımcıların %13,5'inde, gruplar arasında şizofreni lehine anlamlı fark gözlenmiştir. İkinci derece akrabada bipolar bozukluk öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %3,1'inde şizoaffektif bozukluk

grubundaki katılımcıların %10,8 görülmekte olup gruplar arası fark gözlenmemiştir. İkinci derece akrabada şizofreni ve psikoz öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %17,7'sinde, şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların %13,5'inde olup, gruplar arasında anlamlı fark gözlenmiştir. İkinci derece akrabada bipolar bozukluk öyküsü; şizofreni grubundaki katılımcıların %3,1'inde, şizoaftif bozukluk grubundaki katılımcıların %10,8, gruplar arası anlamlı fark gözlenmemiştir. Genel olarak değerlendirdiğimizde şizoaftif bozukluk tanılı bireylerin 1. ve 2. derece akrabalarında SCH ve bipolar öyküsünün olması, şizofreni tanılı bireylerin 1.ve 2.derece akrabalarında SCH ve bipolar bozukluk öyküsünün olması bu hastalıkların kısmen ortak genetik paylaştığına işaret etmektedir ve güncel genetik verilerle uyumludur. (Stockman, 2010) (Cardno & Owen, 2014)

Hasta gruplarımıza ait hastalık öyküsü açısından karşılaştırma tablo 14'te ele alınmıştır. Şizofreni için psikotik semptomların başlangıç yaşı $22,13 \pm 6,77$, şizoaftif bozukluk için $23,83 \pm 7,93$ olarak hesaplanmış olup g.a a.f bulunmamıştır. Pozitif psikotik bulguların başlangıç yaşı genellikle (256) geç ergenlik -erken erişkinlik dönemine denk gelmektedir. Bipolar bozukluk (257) genellikle 20 yaş dolaylarında başlar. Şizoaftif bozukluk başlangıcı genellikle erken yetişkinlikte ortaya çıkar, ancak çocukluktan yaşlılığa kadar değişebilir. Bir literatür taramasına dayanarak Cheniaux ve arkadaşları, SAB hastalarının başlangıç yaşının şizofreni hastaları ile duygudurum bozuklukları olanlar arasında olduğu sonucuna varmışlardır. (68–70)Bulgularımız literatür ile uyumlu gözükmektedir. Hasta grupları arasında; ilk yatışta yaş, hastane yatış sayısı, hastalık süresi, tedavi başlangıç yaşı, duygudurum semptomları başlangıç yaşı arasında a.f bulunmamıştır. İntihar girişimi açısından skg'na göre hasta gruplarımız lehine anlamlı fark vardır. Psikotik bozukluklarda normal popülasyona göre belirgin artmış (258,259)bir intihar girişim öyküsü mevcuttur. Antidepresanla elevasyon açısından g.a a.f vardır. Şizoaftif bozukluk grubu antidepresanla elevasyon açısından şizofreni grubuna göre beklenen şekilde a.f

göstermektedir. Tedavi uyumu açısından şizofreni ve şizoaffektif bozukluk arasında a.f gözlenmemiştir.

Dahili Eş Tanılar

Araştırma gruplarımızdaki katılımcılara eşlik eden dahili ek tanı durumlarına Tablo 7’de yer verilmektedir. Şizofreni tanı grubumuza sırasıyla eşlik eden en sık dahili eş tanılar; %40,6 oranında hiperlipidemi, %32,3 oranında abdominal obezite, %26 oranında metabolik sendrom, %20,8 oranında diyabetes mellitus olarak görülmektedir. Şizoaffektif tanı grubumuza sırasıyla eşlik eden en sık dahili eş tanılar sırasıyla; %37,8 oranında abdominal obezite, %27 oranında hiperlipidemi, %10,8;10,8;10,8 oranında diyabetes mellitus; hipertansiyon, anemi olarak görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubumuza en sık eşlik eden dahili eş durumlar sırasıyla; %29 oranında abdominal obezite, %25,8 oranında hipertansiyon, %12,9 oranında hiperlipidemi, %9,7 oranında anemi olarak görülmektedir. Gruplar arasında metabolik sendrom, hiperlipidemi, diyabetes mellitus açısından anlamlı fark vardır. Şizofreni ve ŞAB arasında metabolik sendrom lehine anlamlı fark gözükmemektedir. Literatüre bakıldığında şizofreni tanılı hastalarda(260) Metabolik Sendrom prevalansı %3,9-68 arasında saptanmış, oranların ülkelere ve çalışmalara göre değişiklik gösterdiği bildirilmiş olup çalışmamızın sonucu bildirilen aralıktadır.

Meslek edinme ve Çalışma durumu

Araştırma gruplarımızın çalışma durumlarına göre karşılaştırılmasına Tablo 10’da yer verilmiştir.

Gruplarımızın son 36 içinde toplam çalıştığı ortalama sürelerine ve çalışma durumlarına baktığımızda Şizoaffektif bozukluk grubu ve şizofreni grubundaki katılımcılar arasında belirgin fark gözlenmemiştir. Şizofreni grubu ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılar arasında ,şizoaffektif bozukluk grubu ve sağlıklı kontrol

grubundaki katılımcılar arasında sağlıklı kontrol grubu lehine ortalama çalışma süreleri açısından belirgin olarak anlamlı fark vardır.

Gruplarımızın hayat boyu ortalama toplam çalışma süresine yıl olarak baktığımızda, gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur. Şizofreni grubu ve şizoaffektif bozukluk grubu karşılaştırıldığında şizoaffektif bozukluk lehine olsa da iki g.a a.f bulunamamıştır. SCH grubu ve skg karşılaştırıldığında skg lehine anlamlı fark mevcuttur. ŞAB ve skg karşılaştırıldığında skg lehine anlamlı fark bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında gelişmiş ülkelerde Şizofrenide İstihdam oranları %4 ile %50,4 arasında değişmektedir. Ülkemizde 2019 yılında yapılan çok merkezli bir çalışmada, SCH tanılı bireylerin %65'inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Psikotik spektrum bozuklukları mesleki işlevsellik kaybına yol açan önemli hastalıklardır ve bulgularımız literatürle uyumlu gözükmektedir.

KLİNİK ÖLÇEK PUANLARI

Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (BNSS)

Hasta gruplarında, Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği (BNSS) skorlarının karşılaştırılmasına Tablo 18'de yer verilmiştir. Şizofreni Grubunda (anhedoni boyutu hariç) Şizoaffektif Bozukluk Grubuna göre ,daha şiddetli negatif belirtiler görüldüğü saptanmıştır. Şizofreni Grubumuzda negatif semptomların şiddeti Şizoaffektif Bozukluk Grubuna göre daha fazla gözükmektedir, bu bulgularımız da literatürle uyumlu gözükmektedir.

Önemli bir prognostik ön görücü olan negatif belirtiler ile melankoli arasında a.i olup olmadığına baktığımızda; tanıdan bağımsız olarak tüm hastalarımızda melankoli skoru arttıkça negatif semptom ve bulguların azaldığı saptanmıştır, birçok çalışmada gösterildiği gibi negatif bulgular işlevsellikte bozulma, kognisyonda bozulma ve kötü gidişatin bir belirtecidir. (261,262)Tanıdan bağımsız hasta grubunda melankoli skorunun artması iyi bir prognostik gösterge olabilir. Ek olarak; tanıdan bağımsız olarak tüm hastalarımızda mani skoru arttıkça negatif semptom ve bulguların azaldığı saptanmıştır.

Düşünce ve Dil Ölçeği

Şizofreni grubunda, şizoaffektif bozukluk grubuna göre Düşünce ve Dil Ölçeği ‘NYDB’ ve ‘Toplam Puan’ açısından şizofreni lehine olan bir yükseklik söz konusudur, şizofreni hasta grubumuzun daha şiddetli düşünce ve dil bozukluğu gösterdiğini söyleyebiliriz. Tanıdan bağımsız olarak ‘**melankoli skoru**’ arttıkça özellikle negatif yapısal düşünce bozukluğunun şiddetinin azaldığını söyleyebiliriz. Bu da melankoli skorunun daha iyi bir prognostik gösterge olabileceğini gösteren ve ilgili hipotezimizi dolaylı olarak destekleyen bir bulgudur. Tanıdan bağımsız olarak ‘**mani skoru**’ arttıkça özellikle negatif yapısal düşünce bozukluğunun şiddetinin azaldığını söyleyebiliriz. Bu da mani skorunun daha iyi bir prognostik gösterge olabileceğini gösteren ve ilgili hipotezimizi dolaylı olarak destekleyen bir bulgudur. Son olarak negatif belirtilerle, NYDB ve PYDB arasında literatürle uyumlu olarak + bir ilişki saptanmıştır.(263)

İŞLEVSELLİK

Hastalık Öncesi İşlevselliğin Değerlendirilmesi

Araştırma gruplarımızın hastalık öncesi işlevselliğini gösteren veriler tablo 20’de gösterilmiştir. Şizofreni grubunun ve şizoaffektif bozukluk grubunun 12 yaş öncesi hastalık öncesi işlevselliği a.o skg’na göre daha düşüktür. SCH grubunun 12 yaş öncesi hastalık öncesi işlevselliği ,şizoaffektif bozukluk grubuna göre anlamlı derecede bozulmuştur. Şizofreni ve ŞAB , skg’na göre 12-15,16-18 aralıkları ve 19 yaş sonrası için hastalık öncesi işlevsellikte anlamlı oranda bozulma görünmekte ve giderek şiddetlenmektedir. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk arasında ise bu yaş grupları açısından hastalık öncesi işlevsellik ölçeği toplam puanı açısından hastalık anlamlı fark gözükmemektedir. Şizofreni ve ŞAB grubunda skg’na göre tüm yaş grupları için hastalık öncesi işlevsellikte belirgin olarak bozulmanın olduğu ve bozulmanın şiddetinin yaş ile arttığı sonucuna varılabilir. 12 yaş öncesi için şizofreni

grubunda anlamlı olarak ŞAB ve skb'na göre daha fazla bir bozulma olduğu söylenebilir. Şizofreni ve şizoaftif bozukluk arasında hastalık öncesi uyumdaki bozulma 12 yaş öncesi için anlamlı olarak şizofreni lehine belirginken ,12 yaş sonrası dönemlerde anlamlı fark gözlenmemekle birlikte yaş ilerledikçe şizofreni ve şizoaftif bozuklukta hastalık öncesi uyum bozukluğunun şiddetinin artmasıyla birlikte şizofreni grubu için bu bozulmanın daha şiddetli olduğu söylenebilir. Özellikle 12 yaş önce hastalık öncesi işlevsellik açısından şizofreni grubunda görülen daha ciddi bozulma aftif psikoza göre şizofreni hastalarında daha fazla nörogelişimsel bir bozukluğun olması ile uyumlu gözükmemektedir.(264).

Şizofreni hastalarında hastalık öncesi dönemde başlayan işlevsellik kaybını gösteren birden fazla çalışma mevcuttur. (265,266)Hem şizofreni hem şizoaftif bozuklukta çocukluktan erişkinliğe geçişte hastalık öncesi uyumda sürekli bir bozulma görülmektedir. Literatür tarandığında şizofreni ve şizoaftif bozukluğu p hastalık öncesi işlevsellik açısından karşılaştıran küçük örneklemli bir çalışma göze çarpmaktadır)(267)Bu çalışmada her iki grupta da tüm yaşam dönemleri için ilerleyici bir bozulma paterni gözlenmiştir, bu bulgu çalışma bulgularımızla uyumludur.

Hastalık öncesi işlevselliğin tüm hasta grubumuzda melankoli skoru ile ilişkisine baktığımızda, melankoli skoru yüksek olan hastaların tüm yaş grupları için içe dönüklük-girişkenlik açısından daha iyi işlevsellik gösterdiği söylenebilir. Hastalarımızın melankoli soru arttıkça 12 yaş öncesi arkadaşlık ilişkilerinde ve 12-15 yaş arasında arkadaşlık ilişkilerinde daha iyi işlevsellik gösterdiğini söyleyebiliriz. Genel olarak baktığımızda ise melankoli skoru arttıkça 12 yaş öncesi işlevselliğin ve tüm yaş gruplarında hastalık öncesi işlevselliğin daha iyi olduğunu söyleyebiliriz. Şizoaftif bozukluk grubunda melankoli skoru arttıkça 12 yaş öncesi işlevselliğin iyileştiği bulunmuştur. Mani skoru ile hastalık öncesi işlevsellik arasında a.i saptanmadı.

Bireysel ve Sosyal İşlevselliğin Değerlendirilmesi

Mani öyküsü-Zayıf Manik Semptomlar ve İşlevsellik

Boyutsal bir değerlendirme yaptığımızda mani skoru ile işlevselliğin ‘çalışma ve öğrenim görme boyutu’ arasında + bir ilişkisi saptanmıştır. Tüm hasta grubumuzda mani skoru arttıkça çalışma ve öğrenim görme açısından işlevselliğin arttığını söyleyebiliriz. Tüm hastalarımızda mani skoru arttıkça genel bir değerlendirme yaptığımızda bireysel ve sosyal işlevselliğin arttığı bulunmuştur. Bu bulgu ilgili hipotezimizi desteklemektedir.

Kategorik bir değerlendirme yaptığımızda , Bireysel ve sosyal işlevselliğin ŞAB grubunda SCH grubuna göre daha iyi olduğunu söyleyebiliriz ancak mani öykü gruplarının işlevsellik performansları benzer bulunmuştur. Zayıf manik semptomlar gösteren ve göstermeyen hasta gruplarımızda da genel olarak işlevsellik açısından benzer performans bulunmuştur.

Melankolik Özellikli Depresyon Öyküsü ve İşlevsellik

Boyutsal bir yaklaşım ışığında bakacak olursak; melankoli skoru ile işlevselliğin dört ana boyutunun pozitif ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Tüm hasta grubumuzda melankoli skoru arttıkça ‘çalışma ve öğrenim görme’, ‘sosyal ilişkiler’, ‘öz bakım’, ‘rahatsız edici ve agresif davranışlar’ olmak üzere genel olarak bireysel ve sosyal işlevselliğin yükseldiğini söylenebilir. Ayrıca şizofreni hasta grubu içinde melankoli skoru işlevselliğin ile ‘sosyal ilişkiler’, ‘öz bakım’, ‘rahatsız edici ve agresif davranışlar’ boyutları arasında olumlu ilişki olduğu ve melankoli skoru arttıkça işlevselliğin arttığını söylenebilir. Şizoaffektif bozukluk grubu içinde melankoli skoru ile ‘öz bakım’, ‘rahatsız edici ve agresif davranışlar’ boyutları arasında olumlu ilişki saptanmıştır.

Şizofreni ve şizoaffektif gruplarda bireysel ve sosyal işlevselliğin ilk temel boyutu olan sosyal açıdan yararlı aktiviteler (çalışma, öğrenim) şizoaffektif bozukluk grubunun bu alanda daha iyi performans gösterdiği bulunmuştur. Melankoli öyküne göre gruplarda benzer performans gözlenmiştir.

Kategorik bir değerlendirme yaptığımızda; melankolik depresyon öyküsü olan ve melankolik depresyon öyküsü olmayan hasta gruplarında bireysel ve sosyal

işlevselliğin ikinci temel boyutu olan ‘kişisel ve sosyal ilişkiler’ boyutunda melankolik depresyon öyküsü olan grubunun daha iyi performans gösterdiği saptanmıştır. Bu durum hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk) etkilenmektedir. Özellikle etkileşim şizofreni grubu içerisinde melankolik depresyon öyküsü olan hastaların ‘kişisel ve sosyal ilişkiler’ boyutunda daha iyi performans göstermesinden kaynaklanmaktadır. Melankolik depresyon öyküsü olan ve melankolik depresyon öyküsü olmayan hasta gruplarında bireysel ve sosyal işlevselliğin üçüncü temel alanı olan öz bakım alanında melankolik depresyon öyküsü olan bireyler tanıdan bağımsız olarak nispeten daha iyi performans göstermiştir. Bu bulgu hipotezimizi desteklemektedir. Melankolik depresyon öyküsü olan ve melankolik depresyon öyküsü olmayan hasta gruplarında bireysel ve sosyal işlevselliğin dördüncü temel alanı olan agresif ve rahatsız edici davranışlar açısından değerlendirme yapıldığında, melankolik depresyon öyküsü olan hastaların tanıdan bağımsız olarak daha iyi performans gösterdiği söylenebilir. Bu bulgu hipotezimizi desteklemektedir. Melankolik depresyon öyküsü olan ve melankolik depresyon öyküsü olmayan hasta gruplarında bireysel ve sosyal işlevselliğin dört temel alanından yola çıkılarak genel bir değerlendirme yapılması sonucunda melankolik depresyon öyküsü olan hastaların daha iyi performans sergilediği gözlemlenmiştir. Şizoaffektif bozukluk ve şizofreni karşılaştırılmasında, şizoaffektif bozukluğun genel olarak bireysel ve sosyal işlevselliğinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Farklı melankoli gruplarında bulunan hastalara ait bireysel ve sosyal performansın toplam puanı hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk olmasından) etkilenmektedir. Etkileşimin sebebi şizofreni hastalarında melankolik depresyon öyküsü olan hastaların, melankolik depresyon öyküsü olmayan hastalara göre daha iyi performans (yani daha iyi işlevsellik) göstermesinden kaynaklanmaktadır. Genel olarak boyutsal değerlendirmemizde bulduğumuz bulgular kategorik değerlendirmemizi destekler niteliktedir. Melankolik depresyon geçirmiş olmak tanıdan bağımsız olarak daha iyi bireysel ve sosyal işlevselliğe işaret etmektedir, bu bulgular ilgili hipotezimizi destekler niteliktedir.

KOGNİSYON

Şizofreni ve şizoaftif bozukluk arasındaki nörobilişsel fonksiyonları karşılaştıran bir dizi çalışma literatürde mevcuttur. Mevcut araştırmaların çoğu temel nörobilişsel fonksiyonlar açısından karşılaştırıldığında şizoaftif bozukluğa sahip hastaların SCH'a benzer /daha iyi performans gösterdiğini söylemektedir. (Bornstein ve diğerleri, 1990, Evans ve diğerleri, 1999, Goldstein ve diğerleri, 2005, Gooding ve Tallent, 2002, Miller ve diğerleri, 1996, Reichenberg ve diğerleri, 2002, Townsend ve diğerleri, 2001).

SCH,ŞAB ve SKG olduğu bir karşılaştırma çalışmasında (188 şizofreni, 63 şizoduygulanım bozukluğu ve 268 kontrol) şizofreni ve şizoaftif bozukluğun bilişsel açıdan önemli, anlamlı ayrımlar göstermediğini işaret etmiştir. (174)

Bir meta-analiz 'de (9)şizoaftif bozuklukta gözlemlenen bilişsel kusurların şizofrenide bulunanlara benzer olduğu ve her iki bozukluk arasındaki farkların çok küçük olduğu öne sürülmektedir. Bu meta-analizde etki boyutu küçük olmak üzere; şizofreni hastalarının 12 testten 6'sında anlamlı olarak daha kötü performans gösterdiği (Sözel bellek, sözel çalışma belleği, TMT-B ve WCST performansları için önemli farklılıklar ve zihinsel hız ve sözel akıcılık görevlerinde bir fark eğilimi) bulunmuştur. Görsel bellek, dikkat (hanelik aralığı) veya uzamsal çalışma belleği testleri için gruplar arası anlamlı bir fark olmadığından bahsedilmiştir. Yine başka bir çalışmada şizoaftif bozuklukta gözlemlenen bilişsel kusurların şizofrenide bulunanlara benzer olduğu ve her iki bozukluk arasındaki farkların çok küçük olduğu öne sürülmektedir.(169)

Bazı çalışmalar şizoaftif bozukluğun şizofreniye göre bazı nörobilişsel alanlarda daha iyi performans gösterdiğini saptamıştır. Bir çalışma(268) şizoaftif bozukluğu olan hastaların motor işlev ve görsel-uzaysal bellek görevinde şizofreni hastalarına

göre daha iyi performans gösterdiğini, diğer alanlarda ise benzer performans gösterdiğini bulmuştur. Başka bir çalışmada(269) şizoaffektif bozukluğu olan hastaların sözel yetenek, işlem hızı, görsel çalışma belleği ve sözel bellek testlerinde şizofreni hastalarından daha iyi performans gösterdiğine işaret edilmiştir.

Şizofreni ve Şizoaffektif bozukluğu nörokognisyon açısından karşılaştıran birçok çalışma göze çarpmakla birlikte, sosyal biliş açısından karşılaştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur, bu sebeple sosyal biliş karşılaştırması ile özet bir açıklama yapmak mümkün gözükmemektedir.

Başka bir karşılaştırma çalışmasında; şizoaffektif ve şizofreni hastalarının temel bilişsel ölçümleri arasında (sözel ve sözel olmayan bellek, sözel öğrenme, bilgi işlem hızı) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış, Sosyal Biliş -Zihin Kuramı boyutuyla ilişkili ‘ipucu verme görevinde’ ŞAB önemli ölçüde daha iyi performans gösterdiği belirtilmiştir. Sosyal biliş açısından bu çalışmada zihin kuramı ve yüzden emosyon tanıma açısından bir değerlendirme yapıldığı, yüzden duygu tanıma açısından grupların benzer performans gösterdiği belirtilmiştir(270)

Sosyal bilişin bir parçası olan Zihin Kuramını inceleyen bir başka çalışmada(162) dezorganize şizofreni alt tipinin belirgin olarak ŞAB göre daha kötü performans göstermesine rağmen diğer şizofreni alt tipleri ve şizoaffektif bozukluk arasında performans farkı bulamamıştır.

Çalışmamızda melankoli öykünün/yaşam boyu melankoli skorunun ve mani öyküsünün/yaşam boyu mani skorunun hasta grubunda bilişsel fonksiyonlar üzerine etkisini tartışmaya geçmeden önce, Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluk Gruplarımızın karşılaştırmasındaki bulgularımız değerlendirilmiştir. Gruplarımız arasında bazı bilişsel alanlardaki farklılıklar göze çarpmaktadır. Temel nörobiliş alanlarında; şizofreni grubunun sürekli performans testi ‘işleme hatası’ açısından daha yüksek skor aldığı, belirgin olarak daha kötü performans gösterdiği, CPT ‘ihmal hatası’ ve ‘duyarlılık’ performanslarının ise benzer olduğu göze çarpmaktadır. Şizoaffektif Bozukluk Grubunun ‘stroop- tepki inhibisyonu’ açısından daha kötü performans gösterdiği tespit edilmiştir. Bipolar bozuklukta en şiddetli bozulan alanlardan biri olan tepki inhibisyonudur.(271).Diğer nörobilişsel testlerde (Stroop1-2, İz sürme A/B)

gruplar benzer performans göstermiştir. Sosyal biliş- Zihin Kuramı ile ilişkili bir test olan ‘GZOT’ performansı açısından Şizoaftif Bozukluk Grubu daha iyi performans göstermiştir. Bulgularımız literatür ile uyumlu gözükmektedir.(162,270) Ek olarak; sosyal biliş-yüzden duygu tanıma ‘öfke duygusunu tanıma’ açısından SCH grubu daha iyi performans göstermiştir. Grupların diğer duyguları tanıma açısından performansları benzer bulunmuştur. Atıf stili ile ilgili IPSAQ-Toplam ‘Pozitif İşsel’ ortalama skorları incelendiğinde gruplar arasında ŞAB lehine bir fark olduğu göze çarpmaktadır. Diğer sosyal biliş alanlarında gruplar benzer performans göstermiştir. Temel nörobilişsel alanların çoğunda gruplar arasında benzer performans bulunmuştur, literatürle uyumlu gözükmektedir. Sosyal biliş alanında ise zihin kuramı açısından şizoaftif bozukluk grubunun daha iyi performans göstermiş olması literatürdeki birkaç çalışmayla uyumlu gözükmektedir.

Mani Öyküsü-Zayıf Manik Semptomlar (Nörobiliş-Sosyal Biliş)

Tanıdan bağımsız olarak mani öyküsü (düşük etki gücünde) ‘SCIP sessiz harf tekrarlama testinde’ (çalışma belleği ile ilişkili) daha düşük puan alınmasıyla ilişkili gözükmektedir, Tanıdan bağımsız olarak mani öyküsü çalışma belleğinde küçük etki düzeyinde bir bozulmaya neden olmuş olabilir. Boyutsal olarak baktığımızda, Şizoaftif Bozukluk Grubunda; mani skoru ile SCIP Sessiz harf tekrarlama testi skoru arasında - yönde zayıf ama i.o a.i bulmamız mani skoru arttıkça çalışma belleğinde küçük düzeyde bir bozulmaya işaret ediyor olabilir. Bu bulgu ilgili hipotezimizi desteklememektedir. Mani skoru ile diğer SCIP performansları arasında a.i bulunamamıştır.

Hastalarımızı zayıf manik semptomları olan ve olmayanlar (mani riski var/yok) olarak kategorize ettiğimizde; hastaların SCIP sessiz harf tekrarlama testi performanslarının (çalışma belleği ile ilişkili) hangi ana tanı grubunda olduğundan etkilendiğini söyleyebiliriz, etkileşimin Şizofreni Grubundan kaynaklandığı göze çarpmaktadır. Şizofreni Grubunda zayıf manik semptomları olan grubun çalışma belleğini ölçen bir test olan ‘SCIP sessiz harf tekrarlama skorunda’ daha iyi

performans gösterdiği söylenebilir. Şizofreni hasta grubunda zayıf manik semptomlar, şizofreni hasta grubunda yaşam boyu manik semptomları olmayan hastalara göre daha iyi bir çalışma belleği fonksiyonuna işaret etmektedir.

Şizofreni Grubunda, mani skoru ile İZT-B skoru arasında - yönde zayıf ama i.o a.i saptanmış olması, Şizofreni Grubunda mani skoru yükseldikçe odaklanmış dikkat ve bilgi işleme hızı gibi nörobilişsel alanlardaki performansların daha iyi olabileceğine işaret etmektedir. Mani skoru ile diğer İz Sürme testleri ve Stroop test performansları açısından anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir.

Hasta grubumuzda mani skorları ile sürekli performans testi performansları arasında a.i bulunmamıştır. Hasta gruplarımızı mani öyküsüne göre kategorize ettiğimizde ise sürekli performans testi 'işleme hatası' ortalama skorları karşılaştırıldığında g.a istatistiksel olarak a.f saptanmamıştır ancak şizofreni ve şizoaffektif gruplarda sürekli performans testi 'İşleme Hatası' ortalama skorları incelendiğinde gruplar arasında şizofreni lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Şizofreni hastalarının, şizoaffektif bozukluk hastalarına göre daha fazla işleme hatası yaptığı yani daha kötü performans gösterdiğini söyleyebiliriz.

Temel nörobilişsel fonksiyonlar açısından, genel bir değerlendirme yaptığımızda; tanıdan bağımsız olarak mani öyküsü çalışma belleğinde minimal etki düzeyinde bir bozulmaya neden olmuş olabilir, bu bulgu M-toplam skoru ve çalışma belleği (SCIP Sessiz harf tekrarlama testi) arasındaki negatif yönlü korelasyon ile desteklenmektedir. Mani ve hipomani kriterlerini karşılamayan ancak zayıf mani semptomları gösteren hastaların çalışma belleği alanındaki etkilenme hastaların hangi ana tanı grubunda olduğuna göre değişmektedir; şizofreni tanılı bireylerde görülen zayıf mani semptomları daha az bozulmuş bir çalışma belleğine işaret etmektedir. Şizofreni grubu içinde mani skoru ile İZT- B arasında - yönlü bir ilişkinin olması ,şizofreni grubu içinde mani skorları attıkça odaklanmış dikkat ve bilgi işleme hızı açısından daha iyi işlevselliğe işaret ediyor olabilir. Mani grupları arasında temel bilişsel alanların çoğunda anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Sosyal biliş açısından yaptığımız değerlendirmeler sonucunda gruplar arasında bazı sosyal biliş alanlarında farklılıklar bulunmuştur. Tanıdan bağımsız olarak, mani skoru ile SFRT ‘somut aşına doğru’ skoru ‘somut aşına olmayan doğru’ skoru, ‘soyut aşına doğru’ skoru ‘soyut aşına olmayan doğru skoru’ arasında + yönde zayıf ama i.o a.i saptanmıştır. Hasta grubunda mani skoru arttıkça, sosyal bilişin ‘sosyal bilgi’ boyutunda daha iyi performans gözleendiği söylenebilir. Bu bulgu ilgili hipotezimizle uyumludur. Mani skoru ile diğer sosyal biliş testleri arasında a.i saptanmamıştır.

Mani Risk Gruplarında, sosyal bilgi boyutunu durumsal özellikleri tanıma açısından değerlendirdiğimizde zayıf manik semptomları (mani riski) olan hastaların tanıdan bağımsız olarak ‘soyut aşına doğru’ oranında daha iyi performans gösterdiğini söyleyebiliriz. Hasta grubumuzda zayıf manik semptomların varlığı hipotezimizi destekler şekilde sosyal biliş ‘sosyal bilgi’ boyutu açısından nispeten daha iyi performansa işaret ediyor gözükmetedir. Durumsal özellikleri tanıma açısından diğer alt testlerde gruplarımız benzer performans göstermiştir. Sosyal bilgi boyutunu ölçen sosyal normlar ölçeği değerlendirmesinde gruplar benzer performans göstermiştir. Şizofreni ve Şizoaftif Bozukluk Gruplarında zayıf manik semptomları olan ve olmayan grupları karşılaştırdığımız analiz sonuçlarımızda sosyal bilişin ‘yüzden duygu tanıma boyutunda’ gruplarımız benzer performans göstermiştir. Sosyal bilişin zihin kuramı kapsamında değerlendiren ‘imayı anlama’ boyutunda gruplar benzer performans göstermiştir. Zihin kuramını ölçen; gözlerden zihin okuma testi ‘nötr’ ve ‘negatif’ uyaranlara karşı gruplar benzer performans gösterirken pozitif uyaranlara karşı gözlerden zihin okuma performansında Şizoaftif Bozukluk Grubu daha iyi performans göstermiştir, manik riski olan ve olmayan g.a farklılık gözlenmemiştir. Sosyal bilişin ‘atıf stili’ boyutu açısından değerlendirdiğimizde; farklı Mani Risk Gruplarında bulunan hastalara ait, IPSAQ ‘toplam negatif dışsal kişisel’ ortalama skorları hastanın tanısından (şizofreni ya da şizoaftif bozukluk olmasından) etkilenebilir. Etkileşim şizofreni tanılı bireylerde mani riski olan ve olmayan g.a farktan kaynaklanmaktadır. Şizofreni Grubunda zayıf manik semptomları olmayan hastaların, IPSAQ‘toplam negatif dışsal kişisel’ test performansları daha yüksektir.

Mani Öykü Grupları ‘yüz tanıma test’ performansları herhangi bir duyguyu tanıma açısından benzer özellikler göstermiştir. Mani Öykü Grupları bir zihin kuramı testi olan ‘ima testi’ açısından benzer performans göstermiştir. Gözlerden zihin okuma testi ‘pozitif uyaranlar’ açısından Mani Öykü Grupları arasında i.o a.f saptanmamıştır ancak Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluk Gruplarında gözlerden zihin okuma testi ‘pozitif uyaranlar’ açısından Şizoaffektif Bozukluk Grubu nispeten daha iyi performans göstermiştir. Gruplarımız gözlerden zihin okuma testi diğer alt ölçekleri açısından benzer performans göstermiştir. Gruplarımız sosyal algıyı ölçen ‘sözel olmayan duyarlılık profili’ testi açısından benzer performans göstermiştir. Tanıdan bağımsız olarak Mani Öykü Grupları; sosyal bilgiyi ölçen bir test olan durumsal özellikleri tanıma testi ‘soyut aşına doğru oranı’ alt testi açısından görece daha iyi performans göstermiştir. Gruplarımız, durumsal özellikleri tanıma testi diğer alt ölçekleri açısından benzer performans göstermiştir. Gruplarımızın bir sosyal bilgi testi olan ‘sosyal normlar ölçeği’ test performansları benzerdir. Gruplarımızı sosyal biliş-atıf stili açısından değerlendirdiğimizde; IPSAQ ‘pozitif içsel’ ortalama skorları incelendiğinde gruplar arasında ŞAB Grubu SCH grubuna göre daha yüksek performans göstermiştir. Mani öykü grupları ise benzer performans göstermiştir. Atıf stilini değerlendiren diğer alt testlerde gruplarımız benzer performans göstermiştir. Atıf stili ile ilgili yapılan ilk çalışmalar ;depresyon tanılı bireylerde olumsuz olaylar için içsel atıfları daha fazla kullandıklarını göstermektedir. Bir dizi çalışma, paranoid sanrıları olan hastaların ,sağlıklı katılımcılara ve depresyon tanılı bireylere göre daha fazla negatif olaylar için kişisel atıflar yaptığını bildirmiştir. Ek olarak bazı çalışmalar, hem paranoid sanrıları(272) olan bireylerde hem de manik semptomları olanlarda kişiselleştirme yanlılığı ile bir ilişki olduğunu göstermiştir. (Olumlu olayları aşırı derecede içsel nedenlere (kendi) ve olumsuz olayları dış nedenlere (koşullar veya diğer insanlar) atfederler). (273)Bazı çalışmalar halüsinasyonlar ve dışsallaştırıcı önyargı ile potansiyel bir ilişki olabileceğini de göstermiştir .(274,275)

Melankoli (Nörobiliş-Sosyal Biliş)

Mevcut literatür gözden geçirildiğinde şizofrenide depresyon ile ilgili birçok çalışma olduğu dikkat çekmekle birlikte, şizofreni ve şizoaffectif bozukluk hastalarında tanıdan bağımsız olarak yaşam boyu melankolik özellikli depresyon öyküsü geçirmiş olmanın nörobiliş, sosyal biliş ve işlevsellğe etkisi konusunda yapılan bir çalışma göze çarpmamaktadır.

Temel nörobilişsel alanlar açısından bazı alanlarda melankoli ile ilişkili farklılıklar bulunmuştur. Hasta grubunda melankoli skorlarının artması daha yüksek SCIP ‘görsel motor işleme’ ve SCIP ‘toplam’ performansına işaret etmektedir. Melankoli skorları yüksekliği ile özellikle psikomotor hız ve işlem hızı performansı başta olmak üzere ve SCIP-toplam performansının pozitif ilişkisi olduğu söylenebilir. Bu bulgu ilgili hipotezimizi destekler niteliktedir. Şizofreni Grubunda melankoli skorlarının yükselmesi daha iyi SCIP ‘sessiz harf tekrarlama’ testi performansı ile ilişkili bulunmuştur, Şizofreni Grubu içinde melankoli skoru yüksekliğinin daha iyi çalışma belleği fonksiyonlarını yordayacağı söylenebilir. Ek olarak, Şizoaffectif Bozukluk Grubunda melankoli skorları arttıkça SCIP ‘görsel motor işleme’ performansının arttığı bulunmuştur. Bu bulgu, Şizoaffectif Bozukluk Grubunda melankoli skoru yüksekliğiyle daha iyi psikomotor hız ve işlem hızı performansı ilişkisini yansıtır olabilir. Kategorik olarak (hasta gruplarımızı melankolik depresyon var/yok olarak grupladığımızda) yaklaştığımızda gruplarımızın SCIP performansları açısından benzer olduğunu söyleyebiliriz.

Melankoli skorları ile Stroop (1,2,3, hata, interferans) test performansları arasında a.i bulunamamıştır. Kategorik olarak ele aldığımızda ise (hasta gruplarımızı melankolik depresyon var/yok olarak grupladığımızda) Stroop-1 test performansı tanıdan etkilendiği bulunmuştur. Etkileşim, şizofreni tanılı bireyler içinde melankoli öykü grupları arasındaki farktan kaynaklanıyor gözükmemektedir; melankolik özellikli depresyon geçirenler melankolik depresyon öyküsü olmayanlara göre daha düşük Stroop-1 test skorları yani daha iyi nörobilişsel performans (seçici dikkat) gösterdiğini söyleyebiliriz. Melankolik öykü gruplarının diğer Stroop testleri açısından (stroop-2, stroop-3, 3-hata ve interferans) performansları benzer bulunmuştur. Şizoaffectif

Bozukluk Grubu ve Şizofreni Grubu arasında stroop-3, stroop 3-hata ve interferans test performansları açısından Şizoaffektif Bozukluk Grubu lehine anlamlı fark gözükmemektedir, Şizoaffektif Bozukluk Grubunun (hastaların büyük çoğunluğu bipolar tip) Şizofreni Grubuna Göre ‘tepki ketlenmesi’ açısından nörobilişsel olarak daha kötü performans gösterdiği söylenebilir.

Hasta grubumuzda, melankoli skoru İz sürme (A, B, B-hata) test performansları açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kategorik olarak ele aldığımızda ise hastaların hangi tanı grubunda yer aldığının İz Sürme Testi-B performansını belirgin şekilde etkilediğini görmekteyiz, etkileşim şizofreni tanı grubundan kaynaklanmış olup melankolik özellikli depresyon öyküsü olan bireylerin İz Sürme Testi-B skorları daha düşük bulunmuştur. Bu SCH grubunda melankolik depresyon öyküsünün daha iyi ‘odaklanmış dikkat ve bilgi işleme hızı’ açısından nörobilişsel performansı yansıtır olabilir.

Bir diğer önemli bulgu, melankoli skorları ile sürekli performans test skorları arasındaki ilişkidir. Hasta grubumuzda melankoli skorları arttıkça kişilerin sürekli performans testinde daha az işlem ve ihmal hatası yaptığı ve reaksiyon süresinin kısaldığı ve duyarlılık performansının arttığı bulunmuştur. Kategorik bir yaklaşım ile bu ilişkiyi tekrar gözden geçirdiğimizde tanıdan bağımsız olarak, melankolik depresyon öyküsü olmayan hastaların daha fazla ‘ihmal hatası’ yaptığı yani daha kötü bir performans gösterdiği, melankolik depresyon öyküsü olan hastaların ise ‘duyarlılık’ performanslarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Ek olarak Şizofreni Grubu içinde melankolik depresyon öyküsü olmayan bireylerin daha fazla ‘işleme hatası’ yaptığı tespit edilmiştir. Özetle; melankolik depresyon öyküsü, ‘sürdürülebilir dikkat, dürtüsellik ve ikisi arasındaki dengeyi oluşturan duyarlılık profili’ açısından

önemli bir nörobilişsel test olan sürekli performans testinde daha iyi performansı yorduyor gözükmemektedir ve ilgili hipotezimizi desteklemektedir.

Sosyal biliş açısından bazı boyutlarda melankoli ilişkili farklar tespit edilmiştir. Tüm hasta grubumuzda, melankoli skoru ile Durumsal Özellikleri Tanıma Testi ‘soyut aşına doğru’, ‘somut aşına doğru’ skorları arasında pozitif yönde zayıf ama anlamlı ilişki saptanmıştır. Tanıdan bağımsız olarak hastaların, melankoli toplam skoru arttıkça, sosyal bilişin ‘sosyal bilgi’ boyutunda daha iyi performansa gösterilmiştir. Bulgu hipotezimizle uyumludur.

Kategorik bir yaklaşım ile değerlendirdiğimizde, Melankoli Öykü Grupları; sosyal biliş ‘sosyal bilgi’ boyutu açısından benzer performans göstermiştir. Sosyal bilişin yüzden duygu tanıma boyutu öfke duygusunu tanıma ‘alt boyutunda şizofreni grubu daha iyi performans göstermiş olup şizofreni grubu içinde melankolik depresyon öyküsü olanlar, olmayanlara göre daha iyi performans göstermiştir. Yüzden emosyon tanıma açısından diğer alt boyutlarda gruplarımız benzer performans göstermiştir. Sosyal biliş zihin kuramı kapsamında değerlendiren ‘ımayı anlama’ boyutunda hipermentalizasyon hata alt boyutunda şizofreni hasta grubu içinde melankolisi olmayanlar, melankolisi olanlara göre daha yüksek puan ortalaması (daha kötü performans) göstermiştir. İma testi diğer alt boyutlarında gruplar benzer performans göstermiştir. Zihin kuramı ile ilgili olan bir başka test; gözlerden zihin okuma ‘nötr ve negatif’ uyaranlara karşı gruplar benzer performans gösterirken ‘pozitif’ uyaranlara karşı gözlerden zihin okuma performansında şizoaffektif bozukluk grubu daha iyi performans göstermiştir ve melankolik depresyon geçmişi olan ve olmayan g.a farklılık gözlenmemiştir. Sosyal biliş atıf stili boyutu açısından değerlendirdiğimizde gruplar arasında benzer özellikler gözlenmiştir.

Şizofreni spektrumunda özellikle melankolik depresyonun (endojen depresyon) işlevsellik ve kognisyona etkisi açısından literatürde çalışma olmamakla birlikte, şizofreni ve depresyon ile ilgili çok sayıda çalışma vardır. Şizofrenide duygudurum

belirtileri (276)özellikle depresyon sık eşlik eden bir durumdur. Şizofrenide negatif belirtiler ve antipsikotik yan etkiler, depresif belirtilerle sık karışabilmektedir. Melankolik depresyon oldukça iyi tanımlanmış ve biyolojik belirteçleri olan, daha spesifik klinik özelliklerle kolayca ayırt edilebilecek bir depresyon alt tipidir. Şizofrenide depresyon eşlik etmesi ek riskler ve tedavi zorlukları getiriyor olsa da genellikle olumlu gidiş göstergelerinden birisi olarak kabul görmektedir. Depresyonu olan hastalarda defisit sendromu olasılığının düşük olması önemli bir sebep olabilir. Depresif semptomların şizofreni defisit sendromuyla ilişkisini tespit eden bir çalışmada (235)defisit sendromlu hastalarda daha az oranda depresif belirtilerin görüldüğü saptanmıştır. Defisit sendromunun (277)daha şiddetli negatif belirtilerle ve işlevsellikle ve nörobilişsel daha şiddetli bozulmayla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bulgularımızı literatür bu açıdan destekliyor gözükmektedir. Çalışmamızda, hasta grubumuzda yaşam boyu melankoli skorunun ve melankolik depresyon öyküsünün daha az negatif belirti ve hastalık öncesi işlevsellik ve genel işlevsellikle olumlu ilişkisi olduğunu ve bazı nörobilişsel fonksiyonlar ve sosyal biliş boyutlarını olumlu etkilediği tespit edilmiştir.

‘Şizoaffektif Bozukluk Grubunda depresif alt tip tanılılar arasında melankolik özellikleri baskın olanlar Şizoaffektif Bozukluk Grubunda bipolar alt tipe benzer bilişsel ve işlevsel profil gösterecektir’ hipotezi çalışmaya yeterli sayıda depresif tip Şizoaffektif bozukluk hastası alınamadığı için test edilememiştir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları genel olarak prognostik semptomatoloji-işlevsellik-nörobiliş ve sosyal biliş açısından değerlendirildi.

Araştırma sonuçlarına boyutsal bir perspektiften baktığımızda, yaşam boyu melankoli skorunun daha hafif şiddette negatif semptom ve bulgular, daha hafif şiddette yapısal düşünce bozukluğu (özellikle de negatif düşünce bozukluğu) ile ilişkisinin bulunması

melankolinin pozitif prognostik bir öngörücü olabileceğine işaret etmektedir. Tanıdan bağımsız olarak hastalık öncesi işlevsellik, bireysel ve sosyal işlevsellikle melankoli skoru arasında pozitif bir ilişki saptamamız bulgularımızı ve ana hipotezimizin ilgili kısmını destekler niteliktedir. Tanıdan bağımsız olarak melankoli skor yüksekliği bazı nörobilişsel alanlarda daha iyi performansa işaret etmektedir. Melankoli skoru yükseldikçe görsel ve motor işleme (psikomotor hız ve işlem hızı) performansı başta olmak üzere, Bilişsel Bozukluk Tarama Ölçeği (SCIP) toplam performansının ve sürekli performans testi (CBT) performansının arttığını söyleyebiliriz. Ek olarak; şizofreni grubu içinde melankoli skoru yüksekliği ile SCIP ‘Sessiz harf tekrarlama test’ performansı (çalışma belleği ile ilişkili) arasında olumlu ilişki bulunmuştur. Ek olarak, Şizoaftaktif Bozukluk Grubunda melankoli skorları arttıkça SCIP ‘görsel motor işleme test’ (psikomotor hız ve işlem hızı ile ilişkili) performansının arttığı bulunmuştur. Bulgularımız kategorik yaklaşım ile ele alındığında, yaşam boyu melankolik depresyon geçirmiş olmanın tanıdan bağımsız bir şekilde sürekli performans testinde (CBT) daha iyi performansı yansıttığını ve boyutsal açıdan ilgili bulgumuzu desteklediğini görmekteyiz. Şizofreni Grubunda melankolik depresyon öyküsü olan grubun, melankolik depresyon öyküsü olmayan gruba göre daha düşük STROOP-1 test (odaklanmış dikkat ile ilişkili) skorları yani daha iyi nörobilişsel performans gösterdiği bulunmuştur. Tanının İz Sürme Testi-B performansını belirgin şekilde etkilediği; şizofreni tanılı melankolik özellikli depresyon öykü grubunun, şizofreni tanılı melankolik özellikli depresyon öyküsü olmayan gruba göre, İZT-B skorlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu, yani odaklanmış dikkat ve bilgi işleme hızı gibi nörobilişsel alanlardaki performanslarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Ek olarak, Şizoaftaktif Bozukluk Grubunun (katılımcıların %87’si bipolar alt tip) Şizofreni Grubuna göre tepki inhibisyonu açısından nörobilişsel olarak daha kötü performans göstermiştir. Yaşam boyu melankoli skor yüksekliği ve melankolik depresyon öyküsünün bazı nörobilişsel alanlarda daha iyi performansla ilişkili olabileceğini söylemekle birlikte, tüm nörobilişsel alanlar için bir genelleme yapmak olanak dahilinde değildir. Sosyal bilişin melankoli ile olan ilişkisi incelendiğinde, tanıdan bağımsız olarak melankoli skoru ile ‘Sosyal Bilgi’ boyutunda pozitif bir ilişki bulunmuştur. Sosyal bilişin ‘Yüzden Emosyon Tanıma-öfke duygusunu tanıma’ boyutunda Şizofreni Grubunun, Şizoaftaktif Bozukluk Grubuna göre daha iyi olduğu,

Şizofreni Grubunda da melankolik depresyon geçmişi olanların daha iyi performans gösterdiği bulunmuştur. Zihin kuramı ile ilişkili bir test olan, GZOT ‘pozitif uyaranlar için’ alt test skorunda Şizoaffektif Bozukluk Grubu lehine bir yükseklik saptanmıştır ve melankolik depresyon öyküsü açısından gruplar arasında test performansları benzer bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarına boyutsal bir perspektiften bakıldığında, yaşam boyu mani skorunun daha hafif şiddette negatif semptom ve bulgular ve daha hafif şiddette yapısal düşünce bozukluğu (özellikle de negatif düşünce bozukluğu) ile ilişkisinin bulunması manik semptomların pozitif prognostik bir öngörücü olabileceğine işaret etmektedir. Bireysel ve sosyal işlevsellik ile mani skoru arasında pozitif bir ilişki saptanmamıştır. Ek olarak, mani öyküsüne göre grupların (mani var/yok) işlevselliği benzer bulunmuştur. Mani risk gruplarının (mani riski var/yok) da işlevselliği benzer bulunmuştur. Şizoaffektif Bozukluk Grubunun, Şizofreni Grubuna göre işlevselliği daha iyi bulunmuştur. Nörobilişsel fonksiyonlar açısından bulgular incelendiğinde; tanıdan bağımsız olarak, mani öyküsünün çalışma belleğinde minimal etki düzeyinde bir bozulmaya neden olmuş olabileceği bulunmuştur. Bu bulgu M-toplam skoru ve çalışma belleği (SCIP Sessiz harf tekrarlama testi) arasındaki - yönlü ilişki ile de desteklenmektedir. Mani ve hipomani kriterlerini karşılamayan ancak zayıf mani semptomları gösteren (mani riski var grubu) katılımcıların SCIP ‘Sessiz harf tekrarlama test’ performansı (çalışma belleği ile ilişkili) hangi ana tanı grubunda olduğuna göre değişmekte olup; şizofreni tanılı zayıf mani semptomları olan grup, şizofreni tanılı zayıf mani semptomları olmayan gruba göre SCIP ‘Sessiz harf tekrarlama test’ performansı (çalışma belleği ile ilişkili) daha yüksek test performansı göstermiştir. Ek olarak; şizofreni grubu içinde mani skoru ve İz sürme Testi B (odaklanmış dikkat ve bilgi işleme hızı ile ilişkili) arasında - yönlü bir ilişkinin olması, şizofreni grubu içinde mani skorları attıkça dikkat ve bilgi işleme hızı açısından daha iyi nörobilişsel işlevselliğe işaret etmektedir. Sosyal biliş açısından değerlendirildiğinde; tanıdan bağımsız olarak, hastaların mani skoru arttıkça, sosyal bilişin ‘sosyal bilgi’ boyutunda daha iyi performans gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgu hipotezimizle de uyumludur. Mani skoru ile diğer sosyal biliş testleri arasında anlamlı

ilişki saptanmamıştır. Kategorik olarak ele alındığında; tanıdan bağımsız olarak, zayıf manik semptomların varlığı (mani riski var grubu) hipotezimizi destekler şekilde sosyal bilişin ‘sosyal bilgi’ boyutu açısından nispeten daha iyi performansa işaret ediyor gözükmektedir. Gözlerden zihin okumada ‘nötr’ ve ‘negatif’ uyaranlara karşı gruplar benzer performans gösterirken ‘pozitif’ uyaranlara karşı Gözlerden Zihin Okuma Test Performansında Şizoafektif Bozukluk Grubu daha iyi performans göstermiştir ve mani riski olan ve olmayan g.a.a.f. gözlenmemiştir. Atıf stili ile ilişkili bir test olan IPSAQ ‘Negatif Dışsal Kişisel’ ortalama skorlarının tanıdan etkilendiği; şizofreni tanılı mani riski olmayan grubun bu ölçekte daha yüksek skor aldığı bulunmuştur.

Çalışmamız şizofreni spektrumunda melankolik depresyon öyküsü, zayıf manik semptomlar ve mani öyküsünün (çok farklı affektif özellikleri) boyutsal ve kategorik bir yaklaşım eşliğinde işlevsellik-nörobiliş-sosyal biliş açısından inceleyen özgün bir çalışmadır. Bu konuyla ilgili daha çok araştırmanın yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Padhy S, Hedge A, Bl P, Tıp Eğitimi ve Araştırma Enstitüsü L, Susanta Padhy H. Türk Psikiyatri Dergisi 2015;26(2):131-7 Şizoafektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durumu 2.
2. Berrettini W. Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. Am J Med Genet C Semin Med Genet [Internet]. 15 Kasım 2003 [a.yer 13 Mart 2023];123C(1):59-64. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14601037/>
3. Stockman JA. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. Yearbook of Pediatrics. 2010;

4. Green EK, Grozeva D, Jones I, Jones L, Kirov G, Caesar S, vd. The bipolar disorder risk allele at CACNA1C also confers risk of recurrent major depression and of schizophrenia. *Mol Psychiatry* [Internet]. Ekim 2010 [a.yer 13 Mart 2023];15(10):1016-22. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621016/>
5. Ferreira MAR, O'Donovan MC, Meng YA, Meng YA, Meng YA, Jones I, vd. Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder. *Nat Genet*. 2008;
6. Birsöz S. Şizofreni ve İki uçlu Spektrum Bozuklukları Benzerlikler ve Farklılıklar. *S54 Journal of Mood Disorders* [Internet]. 2013 [a.yer 13 Mart 2023];(1). Erişim adresi: www.jmood.org
7. Bilişsel İşlevlerin Karşılaştırılması Gülfizar Sözeri Varma B, Özdel O, Karadağ F, Tüm kaya S, Kalaycı D, Kaya S, vd. Şizofreni ve Şizoaftaktif. Düşünen Adam *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2011;24(3).
8. Lynham AJ, Cleaver SL, Jones IR, Walters JTR. A meta-analysis comparing cognitive function across the mood/psychosis diagnostic spectrum. *Psychol Med* [Internet]. 22 Ocak 2022 [a.yer 13 Mart 2023];52(2):323-31. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32624022/>
9. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *British Journal of Psychiatry*. 2009;
10. Özdemir O. Psikiyatride Boyutsal Yaklaşım -Dimensional Approach in Psychiatry. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* [Internet]. 2012 [a.yer 02 Mart 2023];4(3):315-34. Erişim adresi: www.cappsy.org
11. ÖZER S, AKARSU AN, GÖĞÜŞ A, ULUSOY S, OKUR H, ULUŞAHİN A. Şizofreni ve bipolar bozukluğun yüklülük gösterdiği geniş bir ailede psikoza yatkınlık geninin araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* [Internet]. 2003 [a.yer 09 Mart 2023];14(1):7-19. Erişim adresi: <http://search/yayin/detay/22676>
12. Cohen BM, Öngür D, Babb SM. Alternative Diagnostic Models of the Psychotic Disorders: Evidence-Based Choices. *Psychother Psychosom*. 2021;
13. Insel TR, Cuthbert BN. Endophenotypes: Bridging Genomic Complexity and Disorder Heterogeneity. *Biol Psychiatry* [Internet]. 01 Aralık 2009 [a.yer 14 Mart 2023];66(11):988-9. Erişim adresi: <http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006322309012086/fulltext>
14. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *C*. 374, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2009. s. 635-45.
15. Bertelsen A, Gottesman II. Schizoaffective psychoses: genetical clues to classification. *Am J Med Genet* [Internet]. 1995 [a.yer 14 Mart 2023];60(1):7-11. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7485238/>
16. Van Snellenberg JX, De Candia T. Meta-analytic evidence for familial coaggregation of schizophrenia and bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. Temmuz 2009 [a.yer 14 Mart 2023];66(7):748-55. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19581566/>
17. Cardno AG, Marshall EJ, Coid B, Macdonald AM, Ribchester TR, Davies NJ, vd. Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin

- psychosis series. Arch Gen Psychiatry [Internet]. Şubat 1999 [a.yer 14 Mart 2023];56(2):162-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10025441/>
18. Hodgkinson CA, Goldman D, Jaeger J, Persaud S, Kane JM, Lipsky RH, vd. Disrupted in Schizophrenia 1 (DISC1): Association with Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, and Bipolar Disorder. Am J Hum Genet [Internet]. 2004 [a.yer 17 Mart 2023];75(5):862. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC1182115/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939841/)
 19. Green EK, Raybould R, Macgregor S, Gordon-Smith K, Heron J, Hyde S, vd. Operation of the schizophrenia susceptibility gene, neuregulin 1, across traditional diagnostic boundaries to increase risk for bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry [Internet]. Haziran 2005 [a.yer 17 Mart 2023];62(6):642-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939841/>
 20. Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. Nat Rev Genet [Internet]. Ağustos 2012 [a.yer 14 Mart 2023];13(8):537-51. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22777127/>
 21. Lichtenstein P, Yip BHK, Björk C, Pawitan Y, Cannon TD, Sullivan PF, vd. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. The Lancet. 2009;
 22. Yamada Y, Matsumoto M, Iijima K, Sumiyoshi T. Specificity and Continuity of Schizophrenia and Bipolar Disorder: Relation to Biomarkers. Curr Pharm Des [Internet]. 01 Ocak 2020 [a.yer 14 Mart 2023];26(2):191-200. Erişim adresi: <https://europepmc.org/articles/PMC7403693>
 23. Goldsmith DR, Rapaport MH, Miller BJ. A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. Mol Psychiatry [Internet]. 01 Aralık 2016 [a.yer 15 Mart 2023];21(12):1696. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC6056174/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27095442/)
 24. Misiak B, Stańczykiewicz B, Kotowicz K, Rybakowski JK, Samochowiec J, Frydecka D. Cytokines and C-reactive protein alterations with respect to cognitive impairment in schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review. Schizophr Res. 01 Şubat 2018;192:16-29.
 25. Gray LJ, Dean B, Kronsbein HC, Robinson PJ, Scarr E. Region and diagnosis-specific changes in synaptic proteins in schizophrenia and bipolar I disorder. Psychiatry Res [Internet]. Temmuz 2010 [a.yer 15 Mart 2023];178(2):374-80. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20488553/>
 26. Ellison-Wright I, Bullmore E. Anatomy of bipolar disorder and schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Res [Internet]. Mart 2010 [a.yer 15 Mart 2023];117(1):1-12. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20071149/>
 27. Maggioni E, Bellani M, Altamura AC, Brambilla P. Neuroanatomical voxel-based profile of schizophrenia and bipolar disorder. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. 01 Ağustos 2016 [a.yer 15 Mart 2023];25(4):312-6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27095442/>
 28. Nenadic I, Maitra R, Langbein K, Dietzek M, Lorenz C, Smesny S, vd. Brain structure in schizophrenia vs. psychotic bipolar I disorder: A VBM study. Schizophr Res [Internet]. 01 Temmuz 2015 [a.yer 15 Mart 2023];165(2-3):212-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25935815/>

29. Sager TN, Topp S, Torup L, Hanson LG, Egestad B, Moller A. Evaluation of CA1 damage using single-voxel 1H-MRS and un-biased stereology: Can non-invasive measures of N-acetyl-aspartate following global ischemia be used as a reliable measure of neuronal damage? *Brain Res* [Internet]. 16 Şubat 2001 [a.yer 15 Mart 2023];892(1):166-75. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11172761/>
30. Grace AA, Gomes F V. The Circuitry of Dopamine System Regulation and its Disruption in Schizophrenia: Insights Into Treatment and Prevention. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Ocak 2019 [a.yer 15 Mart 2023];45(1):148-57. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29385549/>
31. Altamura AC, Bertoldo A, Marotta G, Paoli RA, Caletti E, Dragogna F, vd. White matter metabolism differentiates schizophrenia and bipolar disorder: a preliminary PET study. *Psychiatry Res* [Internet]. 30 Aralık 2013 [a.yer 15 Mart 2023];214(3):410-4. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24144506/>
32. O'Donoghue S, Holleran L, Cannon DM, McDonald C. Anatomical dysconnectivity in bipolar disorder compared with schizophrenia: A selective review of structural network analyses using diffusion MRI. *J Affect Disord* [Internet]. 01 Şubat 2017 [a.yer 15 Mart 2023];209:217-28. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27930915/>
33. Stephan KE, Friston KJ, Frith CD. Dysconnection in schizophrenia: from abnormal synaptic plasticity to failures of self-monitoring. *Schizophr Bull* [Internet]. Mayıs 2009 [a.yer 15 Mart 2023];35(3):509-27. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19155345/>
34. Vederine FE, Wessa M, Leboyer M, Houenou J. A meta-analysis of whole-brain diffusion tensor imaging studies in bipolar disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 01 Aralık 2011 [a.yer 15 Mart 2023];35(8):1820-6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21624424/>
35. Ellison-Wright I, Bullmore E. Meta-analysis of diffusion tensor imaging studies in schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. Mart 2009 [a.yer 15 Mart 2023];108(1-3):3-10. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19128945/>
36. Baker JT, Holmes AJ, Masters GA, Yeo BTT, Krienen F, Buckner RL, vd. Disruption of cortical association networks in schizophrenia and psychotic bipolar disorder. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2014 [a.yer 15 Mart 2023];71(2):109-18. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24306091/>
37. Du Y, Pearlson GD, Lin D, Sui J, Chen J, Salman M, vd. Identifying dynamic functional connectivity biomarkers using GIG-ICA: Application to schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic bipolar disorder. *Hum Brain Mapp* [Internet]. 01 Mayıs 2017 [a.yer 15 Mart 2023];38(5):2683-708. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28294459/>
38. Ivleva EI, Bidesi AS, Keshavan MS, Pearlson GD, Meda SA, Dodig D, vd. Gray matter volume as an intermediate phenotype for psychosis: Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *Am J Psychiatry* [Internet]. 01 Kasım 2013 [a.yer 15 Mart 2023];170(11):1285-96. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24185241/>

39. Argyelan M, Ikuta T, Derosse P, Braga RJ, Burdick KE, John M, vd. Resting-state fMRI connectivity impairment in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Ocak 2014 [a.yer 15 Mart 2023];40(1):100-10. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23851068/>
40. Yu K, Cheung C, Leung M, Li Q, Chua S, McAlonan G. Are Bipolar Disorder and Schizophrenia Neuroanatomically Distinct? An Anatomical Likelihood Meta-analysis. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2010 [a.yer 17 Mart 2023];4. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC2987512/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20111112/)
41. Birsöz S. şizofreni ve İki uçlu Spektrum Bozuklukları Benzerlikler ve Farklılıklar [Internet]. *S54 Journal of Mood Disorders*. 2013. Erişim adresi: www.jmood.org
42. Ğar V, Üniversitesi Ý, Týp Ý, Psikiyatri F, Dalý A. DSM-5 Taslak Taný Ölçütlerine Genel bir Bakýř: “Batý Cephesinde Yeni bir Ğey Yok” mu?
43. Egli S, Riedel M, Möller HJ, Strauss A, Läge D. Creating a map of psychiatric patients based on psychopathological symptom profiles. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 22 Nisan 2009 [a.yer 28 Mart 2023];259(3):164-71. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-008-0848-1>
44. Craddock N, Craddock N, Craddock N, Owen MJ, Owen MJ, Addock NC. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *British Journal of Psychiatry*. 2005;
45. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;
46. Murray V, McKee I, Miller PM, Young D, Muir WJ, Pelosi AJ, vd. Dimensions and classes of psychosis in a population cohort: a four-class, four-dimension model of schizophrenia and affective psychoses. *Psychol Med* [Internet]. Nisan 2005 [a.yer 28 Mart 2023];35(4):499-510. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/dimensions-and-classes-of-psychosis-in-a-population-cohort-a-fourclass-fourdimension-model-of-schizophrenia-and-affective-psychoses/797D4D20393EC23FC5C76A7AFE341300>
47. Boks MPM, Hoogendoorn M, Jungerius BJ, Bakker SC, Sommer IE, Sinke RJ, vd. Do mood symptoms subdivide the schizophrenia phenotype? association of the GMP6A gene with a depression subgroup. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* [Internet]. 05 Eylül 2008 [a.yer 28 Mart 2023];147B(6):707-11. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajmg.b.30667>
48. Häfner H, An Der Heiden W, Maurer K. Evidence for separate diseases? Stages of one disease or different combinations of symptom dimensions? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 31 Haziran 2008 [a.yer 28 Mart 2023];258(SUPPL. 2):85-96. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-008-2011-4>
49. Bressan RA, Chaves AC, Pilowsky LS, Shirakawa I, Mari JJ. Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. *Psychiatry Res*. 25 Ocak 2003;117(1):47-56.
50. Azorin JM, Kaladjian A, Fakra E. [Current issues on schizoaffective disorder]. *Encephale* [Internet]. 2005 [a.yer 02 Haziran 2023];31(3):359-65. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16142051/>

51. Thaker G, Adami H, Moran M, Lahti A, Cassady S. Psychiatric illnesses in families of subjects with schizophrenia-spectrum personality disorders: high morbidity risks for unspecified functional psychoses and schizophrenia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1993 [a.yer 12 Mart 2023];150(1):66-71. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8417582/>
52. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* [Internet]. Mart 2007 [a.yer 12 Mart 2023];190(MAR.):189-91. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17329735/>
53. Akiskal HS, Djenderedjian AH, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1977 [a.yer 12 Mart 2023];134(11):1227-33. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/910973/>
54. Klerman GL. The spectrum of mania. *Compr Psychiatry* [Internet]. 1981 [a.yer 12 Mart 2023];22(1):11-20. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7460559/>
55. Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. *J Med Genet* [Internet]. Mart 2005 [a.yer 12 Mart 2023];42(3):193-204. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15744031/>
56. Green EK, Grozeva D, Jones I, Jones L, Kirov G, Caesar S, vd. The bipolar disorder risk allele at CACNA1C also confers risk of recurrent major depression and of schizophrenia. *Mol Psychiatry* [Internet]. Ekim 2010 [a.yer 12 Mart 2023];15(10):1016-22. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621016/>
57. Ferreira MAR, O'Donovan MC, Meng YA, Jones IR, Ruderfer DM, Jones L, vd. Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder. *Nat Genet* [Internet]. Eylul 2008 [a.yer 12 Mart 2023];40(9):1056-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18711365/>
58. Altinbafi K, Smith DJ, Craddock N, Ruh Ve Sinir B, Hastanesi H, Tahsin R, vd. Rediscovering the Bipolar Spectrum. *Archives of Neuropsychiatry*. 2011;48:167-70.
59. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. 1933. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1994 [a.yer 31 Mayıs 2023];151(6 Suppl):144-54. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8192190/>
60. Psychiatric Association A. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL MENTAL DISORDERS The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION MENTAL HOSPITAL SERVICE. 1952;
61. Williams JBW, First M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Encycl Soc Work* [Internet]. 11 Haziran 2013 [a.yer 31 Mayıs 2023]; Erişim adresi: <https://oxfordre.com/socialwork/display/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-104>
62. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, Schultz S, vd. Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophr Res* [Internet]. Ekim 2013 [a.yer 31 Mayıs 2023];150(1):21-5. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23707642/>

63. Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C. Test–retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression—a systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord* [Internet]. 01 Kasım 2015 [a.yer 28 Mart 2023];17(7):753-68. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12340>
64. Angst J, Felder W, Lohmeyer B. Course of schizoaffective psychoses: results of a followup study. *Schizophr Bull* [Internet]. 1980 [a.yer 31 Mayıs 2023];6(4):579-85. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6108608/>
65. Scully PJ, Owens JM, Kinsella A, Waddington JL. Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: Small area variation in rate. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Nisan 2004 [a.yer 31 Mayıs 2023];67(2-3):143-55. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14984873/>
66. Marneros A, Deister A, Rohde A. Psychopathological and social status of patients with affective, schizophrenic and schizoaffective disorders after long-term course. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1990 [a.yer 31 Mayıs 2023];82(5):352-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2281805/>
67. WERRY JS, MCCLELLAN JM, CHARD L. Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1991 [a.yer 31 Mayıs 2023];30(3):457-65. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2055884/>
68. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2008 [a.yer 31 Mayıs 2023];4(6):1089-109. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19337453/>
69. Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M, Ruggero C, vd. Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2011 [a.yer 31 Mayıs 2023];168(11):1186-94. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21676994/>
70. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa HMK, Perez Sanchez-Toledo J, Zarate CA, vd. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry* [Internet]. Nisan 2009 [a.yer 31 Mayıs 2023];70(4):458-66. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19200422/>
71. Grossman LS, Harrow M, Goldberg JF, Fichtner CG. Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups: comparisons with outcome of schizophrenia and affective disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1991 [a.yer 31 Mayıs 2023];148(10):1359-65. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1897617/>
72. Harrow M, Grossman LS, Herbener ES, Davies EW. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2000 [a.yer 31 Mayıs 2023];177(NOV.):421-6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11059995/>

73. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2010 [a.yer 31 Mayıs 2023];24(4 Suppl):81-90. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20923923/>
74. Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MTM, Fernandes AC, Lee WE, vd. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One* [Internet]. 2011 [a.yer 31 Mayıs 2023];6(5). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21611123/>
75. DSM-5™ guidebook: The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition [Internet]. [a.yer 31 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://psycnet.apa.org/record/2014-12601-000>
76. Amann BL, Canales-Rodríguez EJ, Madre M, Radua J, Monte G, Alonso-Lana S, vd. Brain structural changes in schizoaffective disorder compared to schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Ocak 2016 [a.yer 31 Mayıs 2023];133(1):23-33. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25968549/>
77. Ivleva EI, Bidesi AS, Keshavan MS, Pearlson GD, Meda SA, Dodig D, vd. Gray matter volume as an intermediate phenotype for psychosis: Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *Am J Psychiatry* [Internet]. 01 Kasım 2013 [a.yer 31 Mayıs 2023];170(11):1285-96. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24185241/>
78. Ivleva EI, Bidesi AS, Thomas BP, Meda SA, Francis A, Moates AF, vd. Brain gray matter phenotypes across the psychosis dimension. *Psychiatry Res* [Internet]. 30 Ekim 2012 [a.yer 31 Mayıs 2023];204(1):13-24. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23177922/>
79. Jäger M, Becker T, Weinmann S, Frasch K. Treatment of schizoaffective disorder - a challenge for evidence-based psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. Ocak 2010 [a.yer 31 Mayıs 2023];121(1):22-32. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19570108/>
80. Glick ID, Mankoski R, Eudicone JM, Marcus RN, Tran Q Van, Assunção-Talbott S. The efficacy, safety, and tolerability of aripiprazole for the treatment of schizoaffective disorder: results from a pooled analysis of a sub-population of subjects from two randomized, double-blind, placebo-controlled, pivotal trials. *J Affect Disord* [Internet]. Mayıs 2009 [a.yer 31 Mayıs 2023];115(1-2):18-26. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19230981/>
81. Canuso CM, Schooler N, Carothers J, Turkoz I, Kosik-Gonzalez C, Bossie CA, vd. Paliperidone extended-release in schizoaffective disorder: a randomized, controlled study comparing a flexible dose with placebo in patients treated with and without antidepressants and/or mood stabilizers. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. Ekim 2010 [a.yer 31 Mayıs 2023];30(5):487-95. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20814330/>
82. Lepage M, Bodnar M, Bowie CR. Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 [a.yer 28 Şubat 2023];59(1):5-12. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24444318/>
83. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* [Internet]. 1998 [a.yer

- 28 Şubat 2023];12(3):426-45. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9673998/>
84. Brewer WJ, Wood SJ, Phillips LJ, Francey SM, Pantelis C, Yung AR, vd. Generalized and specific cognitive performance in clinical high-risk cohorts: a review highlighting potential vulnerability markers for psychosis. *Schizophr Bull* [Internet]. Temmuz 2006 [a.yer 28 Şubat 2023];32(3):538-55. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16782759/>
85. Addington J, Barbato M. The role of cognitive functioning in the outcome of those at clinical high risk for developing psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. Aralık 2012 [a.yer 28 Şubat 2023];21(4):335-42. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23174394/>
86. Kristian Hill S, Reilly JL, Keefe RSE, Gold JM, Bishop JR, Gershon ES, vd. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic Bipolar disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 01 Kasım 2013 [a.yer 12 Mart 2023];170(11):1275-84. Erişim adresi: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2013.12101298>
87. Rajji TK, Voineskos AN, Butters MA, Miranda D, Arenovich T, Menon M, vd. Cognitive Performance of Individuals With Schizophrenia Across Seven Decades: A Study Using the MATRICS Consensus Cognitive Battery. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 01 Şubat 2013;21(2):108-18.
88. Keefe RSE, Fox KH, Harvey PD, Cucchiaro J, Siu C, Loebel A. Characteristics of the MATRICS Consensus Cognitive Battery in a 29-site antipsychotic schizophrenia clinical trial. *Schizophr Res* [Internet]. Şubat 2011 [a.yer 26 Mart 2023];125(2-3):161-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21075600/>
89. Seeman P, Lee T. Antipsychotic drugs: direct correlation between clinical potency and presynaptic action on dopamine neurons. *Science* [Internet]. 1975 [a.yer 26 Mart 2023];188(4194):1217-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1145194/>
90. Kaar SJ, Natesan S, McCutcheon R, Howes OD. Antipsychotics: Mechanisms underlying clinical response and side-effects and novel treatment approaches based on pathophysiology. *Neuropharmacology* [Internet]. 01 Ağustos 2020 [a.yer 26 Mart 2023];172. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299229/>
91. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 15 Aralık 2004 [a.yer 26 Mart 2023];72(1):29-39. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15531405/>
92. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* [Internet]. 1996 [a.yer 28 Şubat 2023];153(3):321-30. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8610818/>
93. Fatouros-Bergman H, Cervenka S, Flyckt L, Edman G, Farde L. Meta-analysis of cognitive performance in drug-naïve patients with schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 2014 [a.yer 26 Mart 2023];158(1-3):156-62. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25086658/>

94. Burton CZ, Vella L, Harvey PD, Patterson TL, Heaton RK, Twamley EW. Factor structure of the MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) in schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. Mayıs 2013 [a.yer 26 Mart 2023];146(1-3):244-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23507359/>
95. Harvey PD. Domains of cognition and their assessment. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2019 [a.yer 26 Mart 2023];21(3):227-37. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31749647/>
96. Ojeda N, Peña J, Schretlen DJ, Sánchez P, Aretouli E, Elizagárate E, vd. Hierarchical structure of the cognitive processes in schizophrenia: the fundamental role of processing speed. *Schizophr Res* [Internet]. Mart 2012 [a.yer 26 Mart 2023];135(1-3):72-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22226902/>
97. Knowles EEM, David AS, Reichenberg A. Processing speed deficits in schizophrenia: reexamining the evidence. *Am J Psychiatry* [Internet]. Temmuz 2010 [a.yer 26 Mart 2023];167(7):828-35. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439390/>
98. Knowles EEM, Weiser M, David AS, Glahn DC, Davidson M, Reichenberg A. The puzzle of processing speed, memory, and executive function impairments in schizophrenia: fitting the pieces together. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2015 [a.yer 26 Mart 2023];78(11):786-93. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25863361/>
99. Dickinson D, Ragland JD, Gold JM, Gur RC. General and specific cognitive deficits in schizophrenia: Goliath defeats David? *Biol Psychiatry* [Internet]. 01 Kasım 2008 [a.yer 26 Mart 2023];64(9):823-7. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472089/>
100. Keefe RSE, Bilder RM, Harvey PD, Davis SM, Palmer BW, Gold JM, vd. Baseline neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 12 Eylül 2006 [a.yer 26 Mart 2023];31(9):2033-46. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16641947/>
101. Sheffield JM, Karcher NR, Barch DM. Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychology Review* 2018 28:4 [Internet]. 20 Ekim 2018 [a.yer 26 Mart 2023];28(4):509-33. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11065-018-9388-2>
102. Wilk CM, Gold JM, McMahon RP, Humber K, Iannone VN, Buchanan RW. No, it is not possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal. *Neuropsychology*. Kasım 2005;19(6):778-86.
103. Hedges EP, See C, Si S, McGuire P, Dickson H, Kempton MJ. Meta-analysis of longitudinal neurocognitive performance in people at clinical high-risk for psychosis. *Psychol Med* [Internet]. 13 Ağustos 2022 [a.yer 26 Mart 2023];52(11):2009-16. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35821623/>
104. Salazar De Pablo G, Radua J, Pereira J, Bonoldi I, Arienti V, Besana F, vd. Probability of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk: An Updated Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 01 Eylül 2021 [a.yer 26 Mart 2023];78(9):970-8. Erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2781884>

105. Bora E, Murray RM. Meta-analysis of cognitive deficits in ultra-high risk to psychosis and first-episode psychosis: do the cognitive deficits progress over, or after, the onset of psychosis? *Schizophr Bull* [Internet]. 2014 [a.yer 28 Şubat 2023];40(4):744-55. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23770934/>
106. Catalan A, Radua J, McCutcheon R, Aymerich C, Pedruzo B, González-Torres MÁ, vd. Examining the variability of neurocognitive functioning in individuals at clinical high risk for psychosis: a meta-analysis. *Transl Psychiatry* [Internet]. 01 Aralık 2022 [a.yer 26 Mart 2023];12(1). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35551176/>
107. Watson AJ, Harrison L, Preti A, Wykes T, Cella M. Cognitive trajectories following onset of psychosis: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 21 Aralık 2022 [a.yer 26 Mart 2023];221(6):714-21. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36149012/>
108. Szöke A, Trandafir A, Dupont ME, Méary A, Schürhoff F, Leboyer M. Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. Nisan 2008 [a.yer 26 Mart 2023];192(4):248-57. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/longitudinal-studies-of-cognition-in-schizophrenia-metaanalysis/5CCF9F971A7B987F61753309BDEA01B1>
109. Hedman AM, van Haren NEM, van Baal CGM, Kahn RS, Hulshoff Pol HE. IQ change over time in schizophrenia and healthy individuals: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 01 Mayıs 2013;146(1-3):201-8.
110. Bonner-Jackson A, Grossman LS, Harrow M, Rosen C. Neurocognition in schizophrenia: a 20-year multi-follow-up of the course of processing speed and stored knowledge. *Compr Psychiatry*. 01 Eylül 2010;51(5):471-9.
111. Fett AKJ, Velthorst E, Reichenberg A, Ruggero CJ, Callahan JL, Fochtmann LJ, vd. Long-term Changes in Cognitive Functioning in Individuals With Psychotic Disorders: Findings From the Suffolk County Mental Health Project. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 01 Nisan 2020 [a.yer 26 Mart 2023];77(4):387-96. Erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2757019>
112. Richmond-Rakerd LS, D'Souza S, Milne BJ, Caspi A, Moffitt TE. Longitudinal Associations of Mental Disorders With Dementia: 30-Year Analysis of 1.7 Million New Zealand Citizens. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 01 Nisan 2022 [a.yer 26 Mart 2023];79(4):333-40. Erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2789298>
113. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RK, vd. Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Eylül 2009 [a.yer 26 Mart 2023];35(5):1022-9. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/35/5/1022/1910420>
114. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Heckers S, Malaspina D, vd. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophr Res*. 01 Ekim 2013;150(1):15-20.

115. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Fusar-Poli P, Bechdolf A, G. Schimmelmann B, Klosterkötter J. Basic Symptoms and the Prediction of First-Episode Psychosis. *Curr Pharm Des.* 10 Şubat 2012;18(4):351-7.
116. Trotta A, Murray RM, Maccabe JH. Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med [Internet].* 12 Ocak 2015 [a.yer 26 Mart 2023];45(2):381-94. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/do-premorbidity-and-postonset-cognitive-functioning-differ-between-schizophrenia-and-bipolar-disorder-a-systematic-review-and-metaanalysis/43692D5D5B3BC44D58496C1ABB7A1F83>
117. Glenthøj LB, Mariegaard L, Kristensen TD, Wenneberg C, Medalia A, Nordentoft M. Self-perceived cognitive impairments in psychosis ultra-high risk individuals: associations with objective cognitive deficits and functioning. *npj Schizophrenia* 2020 6:1 [Internet]. 13 Kasım 2020 [a.yer 26 Mart 2023];6(1):1-6. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/s41537-020-00124-1>
118. Paudel S, Coman D, Freudenreich O. Subjective experience of cognitive difficulties as an important attribute of quality of life among individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 01 Ocak 2020;215:476-8.
119. Homayoun S, Nadeau-Marcotte F, Luck D, Stip E. Subjective and objective cognitive dysfunction in schizophrenia is there a link? *Front Psychol.* 04 Temmuz 2011;2(JUL):148.
120. Saperstein AM, Thysen J, Medalia A. The Measure of Insight into Cognition: Reliability and validity of clinician-rated and self-report scales of neurocognitive insight for schizophrenia. *Schizophr Res.* 01 Ocak 2012;134(1):54-8.
121. Santarelli V, Marucci C, Collazzoni A, Rossetti MC, Pizziconi G, Pacitti F, vd. Could the severity of symptoms of schizophrenia affect ability of self-appraisal of cognitive deficits in patients with schizophrenia? Lack of insight as a mediator between the two domains. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet].* 01 Eylül 2020 [a.yer 02 Haziran 2023];270(6):723-8. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-019-01082-1>
122. Moritz S, Balzan RP, Bohn F, Veckenstedt R, Kolbeck K, Bierbrodt J, vd. Subjective versus objective cognition: Evidence for poor metacognitive monitoring in schizophrenia. *Schizophr Res.* 01 Aralık 2016;178(1-3):74-9.
123. Balzan RP, Neaves A, Denson LA, Liu D, Galletly C. Cognitive deficit awareness in schizophrenia: absent, intact, or somewhere in-between? <http://dx.doi.org/10.1080/135468052014909311> [Internet]. 02 Kasım 2014 [a.yer 02 Haziran 2023];19(6):471-84. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13546805.2014.909311>
124. Halverson TF, Orleans-Pobee M, Merritt C, Sheeran P, Fett AK, Penn DL. Pathways to functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders: Meta-analysis of social cognitive and neurocognitive predictors. *Neurosci Biobehav Rev.* 01 Ekim 2019;105:212-9.
125. Sevy S, Davidson M. The cost of cognitive impairment in schizophrenia. *Schizophr Res.* 01 Eylül 1995;17(1):1-3.

126. Kitchen H, Rofail D, Heron L, Sacco P. Cognitive impairment associated with schizophrenia: A review of the humanistic burden. *Adv Ther* [Internet]. 10 Şubat 2012 [a.yer 02 Haziran 2023];29(2):148-62. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-012-0001-4>
127. Kadakia A, Fan Q, Shepherd J, Dembek C, Bailey H, Walker C, vd. Healthcare resource utilization and quality of life by cognitive impairment in patients with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn*. 01 Haziran 2022;28:100233.
128. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Ocak 2004 [a.yer 02 Haziran 2023];30(2):279-93. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/30/2/279/1857154>
129. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Buck B, Healey K, Harvey PD. The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Temmuz 2014 [a.yer 22 Mart 2023];40(4):813-23. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/40/4/813/1898731>
130. Ay R, Böke Ö, Pazvantoğlu O, Şahin AR, Sarisoy G, Arik AC, vd. Social Cognition in Schizophrenia Patients and Their First-Degree Relatives. *Noro Psikiyatr Ars* [Internet]. 01 Aralık 2016 [a.yer 22 Mart 2023];53(4):338. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC5353041/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27535304/)
131. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophr Bull* [Internet]. Ekim 2006 [a.yer 22 Mart 2023];32(Suppl 1):S44. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC2632537/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1632537/)
132. Green MF, Leitman DI. Social Cognition in Schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Temmuz 2008 [a.yer 22 Mart 2023];34(4):670-2. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/34/4/670/1912341>
133. Gallese V. The manifold nature of interpersonal relations: the quest for a common mechanism. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* [Internet]. 29 Mart 2003 [a.yer 22 Mart 2023];358(1431):517-28. Erişim adresi: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2002.1234>
134. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Mayıs 2008 [a.yer 22 Mart 2023];34(3):408-11. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/34/3/408/1881693>
135. Kohler CG, Turner TH, Bilker WB, Brensinger CM, Siegel SJ, Kanes SJ, vd. Facial emotion recognition in schizophrenia: Intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 01 Ekim 2003 [a.yer 22 Mart 2023];160(10):1768-74. Erişim adresi: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.160.10.1768>
136. Addington J, Addington D. Facial affect recognition and information processing in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* [Internet]. 17 Ağustos 1998 [a.yer 22 Mart 2023];32(3):171-81. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9720122/>
137. Kohler CG, Walker JB, Martin EA, Healey KM, Moberg PJ. Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophr Bull* [Internet].

- Eylül 2010 [a.yer 22 Mart 2023];36(5):1009-19. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19329561/>
138. Johnston PJ, Enticott PG, Mayes AK, Hoy KE, Herring SE, Fitzgerald PB. Symptom correlates of static and dynamic facial affect processing in schizophrenia: evidence of a double dissociation? *Schizophr Bull* [Internet]. Temmuz 2010 [a.yer 22 Mart 2023];36(4):680-7. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18953071/>
139. Kilts CD, Egan G, Gideon DA, Ely TD, Hoffman JM. Dissociable neural pathways are involved in the recognition of emotion in static and dynamic facial expressions. *Neuroimage* [Internet]. 2003 [a.yer 22 Mart 2023];18(1):156-68. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12507452/>
140. Honey GD, Sharma T, Suckling J, Giampietro V, Soni W, Williams SCR, vd. The functional neuroanatomy of schizophrenic subsyndromes. *Psychol Med* [Internet]. Ağustos 2003 [a.yer 22 Mart 2023];33(6):1007-18. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12946085/>
141. Allen P, Larøi F, McGuire PK, Aleman A. The hallucinating brain: a review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2008 [a.yer 22 Mart 2023];32(1):175-91. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17884165/>
142. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, vd. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull* [Internet]. Kasım 2008 [a.yer 25 Mart 2023];34(6):1211-20. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184635/>
143. Corrigan PW, Green MF. Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: the role of abstraction. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1993 [a.yer 25 Mart 2023];150(4):589-94. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8465875/>
144. Sergi MJ, Green MF. Social perception and early visual processing in schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Şubat 2003 [a.yer 25 Mart 2023];59(2-3):233-41. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12414080/>
145. Mizrahi R, Addington J, Remington G, Kapur S. Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution. *Schizophr Res* [Internet]. Eylül 2008 [a.yer 25 Mart 2023];104(1-3):220-7. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18632256/>
146. An SK, Kang JI, Park JY, Kim KR, Lee SY, Lee E. Attribution bias in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. Mayıs 2010 [a.yer 25 Mart 2023];118(1-3):54-61. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20171849/>
147. Martin JA, Penn DL. Attributional style in schizophrenia: an investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophr Bull* [Internet]. 2002 [a.yer 25 Mart 2023];28(1):131-41. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12047013/>
148. Combs DR, Penn DL, Wicher M, Waldheter E. The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cogn Neuropsychiatry* [Internet]. Mart 2007

- [a.yer 25 Mart 2023];12(2):128-43. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17453895/>
149. Fraser W. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. *Neuropsychologia*. Aralık 1993;31(12):1433-4.
 150. Brüne M. "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull* [Internet]. 2005 [a.yer 25 Mart 2023];31(1):21-42. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15888423/>
 151. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, Van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. Temmuz 2007 [a.yer 25 Mart 2023];191(JULY):5-13. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17602119/>
 152. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophr Res* [Internet]. Nisan 2009 [a.yer 25 Mart 2023];109(1-3):1-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19195844/>
 153. Mazza M, De Risio A, Surian L, Roncone R, Casacchia M. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Mart 2001 [a.yer 25 Mart 2023];47(2-3):299-308. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11278148/>
 154. Koelkebeck K, Pedersen A, Suslow T, Kueppers KA, Arolt V, Ohrmann P. Theory of Mind in first-episode schizophrenia patients: correlations with cognition and personality traits. *Schizophr Res* [Internet]. Haziran 2010 [a.yer 25 Mart 2023];119(1-3):115-23. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20060686/>
 155. Brunet E, Sarfati Y, Hardy-Baylé MC, Decety J. Abnormalities of brain function during a nonverbal theory of mind task in schizophrenia. *Neuropsychologia* [Internet]. 2003 [a.yer 25 Mart 2023];41(12):1574-82. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12887982/>
 156. Peralta V, Cuesta MJ. Exploring the borders of the schizoaffective spectrum: a categorical and dimensional approach. *J Affect Disord* [Internet]. Mayıs 2008 [a.yer 12 Mart 2023];108(1-2):71-86. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18029027/>
 157. Wilson JE, Nian H, Heckers S. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 01 Şubat 2014 [a.yer 12 Mart 2023];264(1):29-34. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23625467/>
 158. Tandon R. Schizophrenia and other psychotic disorders in diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)-5: Clinical implications of revisions from DSM-IV. C. 36, *Indian Journal of Psychological Medicine*. Medknow Publications; 2014. s. 223-5.
 159. Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Lessa Telles L, Lessa JLM, Dias A, Duncan T, vd. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord* [Internet]. Mart 2008 [a.yer 12 Mart 2023];106(3):209-17. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17719092/>

160. Marneros A. The schizoaffective phenomenon: the state of the art. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. 2003 [a.yer 12 Mart 2023];108(418):29-33. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956811/>
161. Mondragón-Maya A, Flores-Medina Y, Silva-Pereyra J, Ramos-Mastache D, Yáñez-Téllez G, Escamilla-Orozco R, vd. Neurocognition in Bipolar and Depressive Schizoaffective Disorder: A Comparison with Schizophrenia. *Neuropsychobiology* [Internet]. 01 Ocak 2021 [a.yer 12 Mart 2023];80(1):45-51. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32516783/>
162. Greig TC, Bryson GJ, Bell MD. Theory of Mind Performance in Schizophrenia: Diagnostic, Symptom, and Neuropsychological Correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. Ocak 2004 [a.yer 12 Mart 2023];192(1):12-8. Erişim adresi: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2004/01000/Theory_of_Mind_Performance_in_Schizophrenia_.3.aspx
163. Fiszdon JM, Richardson R, Greig T, Bell MD. A comparison of basic and social cognition between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 01 Mart 2007;91(1-3):117-21.
164. Norman RMG, Malla AK, Manchanda R, Townsend L. Premorbid adjustment in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Temmuz 2005 [a.yer 12 Mart 2023];112(1):30-9. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.2005.00555.x>
165. Shean G, Murphy A, Meyer J. Social cognition and symptom dimensions. *Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. Kasım 2005 [a.yer 12 Mart 2023];193(11):751-5. Erişim adresi: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2005/11000/Social_Cognition_and_Symptom_Dimensions.10.aspx
166. Rink L, Pagel T, Franklin J, Baethge C. Characteristics and heterogeneity of schizoaffective disorder compared with unipolar depression and schizophrenia – a systematic literature review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 01 Şubat 2016;191:8-14.
167. Bilder RM, Goldman RS, Robinson D, Reiter G, Bell L, Bates JA, vd. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: Initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry*. Nisan 2000;157(4):549-59.
168. Heaton RK, Gladsjo JA, Palmer BW, Kuck J, Marcotte TD, Jeste D V. Stability and Course of Neuropsychological Deficits in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 01 Ocak 2001 [a.yer 12 Mart 2023];58(1):24-32. Erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/481698>
169. Madre M, Canales-Rodríguez EJ, Ortiz-Gil J, Murru A, Torrent C, Bramon E, vd. Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Temmuz 2016 [a.yer 12 Mart 2023];134(1):16-30. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12564>
170. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *British Journal of Psychiatry*. 2009;

171. Van Rheenen TE, Bryce S, Tan EJ, Neill E, Gurvich C, Louise S, vd. Does cognitive performance map to categorical diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder? A discriminant functions analysis. *J Affect Disord.* 01 Mart 2016;192:109-15.
172. Kristian Hill S, Reilly JL, Keefe RSE, Gold JM, Bishop JR, Gershon ES, vd. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic Bipolar disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 01 Kasım 2013 [a.yer 12 Mart 2023];170(11):1275-84. Erişim adresi: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2013.12101298>
173. Chen CK, Lee CY, Lee Y, Hung CF, Huang YC, Lee SY, vd. Could schizoaffective disorder, schizophrenia and bipolar I disorder be distinguishable using cognitive profiles? *Psychiatry Res.* 01 Ağustos 2018;266:79-84.
174. Owoso A, Carter CS, Gold JM, MacDonald AW, Ragland JD, Silverstein SM, vd. Cognition in schizophrenia and schizo-affective disorder: impairments that are more similar than different. *Psychol Med* [Internet]. Aralık 2013 [a.yer 12 Mart 2023];43(12):2535-45. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/cognition-in-schizophrenia-and-schizoaffective-disorder-impairments-that-are-more-similar-than-different/CCE67B9FBFED4F75F9935BAAF24FCFDB>
175. Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C. Interrater reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 01 Ekim 2016;176(2-3):357-63.
176. Hollander S, Hochman E, Shoval G, Taler M, Trommer S, Hermesh H, vd. The association between serum creatine kinase, mood and psychosis in inpatients with schizophrenia, bipolar and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res.* 30 Nisan 2016;238:333-7.
177. Cardno AG, Owen MJ. Genetic relationships between schizophrenia, bipolar disorder, and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* [Internet]. 2014 [a.yer 12 Mart 2023];40(3):504-15. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24567502/>
178. Pagel T, Baldessarini RJ, Franklin J, Baethge C. Characteristics of patients diagnosed with schizoaffective disorder compared with schizophrenia and bipolar disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 01 Mayıs 2013 [a.yer 12 Mart 2023];15(3):229-39. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12057>
179. Pearlman DM, Najjar S. Meta-analysis of the association between N-methyl-d-aspartate receptor antibodies and schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Schizophr Res.* 01 Ağustos 2014;157(1-3):249-58.
180. Barch DM, Sheffield JM. Cognitive impairments in psychotic disorders: common mechanisms and measurement. *World Psychiatry* [Internet]. 01 Ekim 2014 [a.yer 12 Mart 2023];13(3):224-32. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25273286/>

181. Kristian Hill S, Reilly JL, Keefe RSE, Gold JM, Bishop JR, Gershon ES, vd. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic Bipolar disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 01 Kasım 2013 [a.yer 12 Mart 2023];170(11):1275-84. Erişim adresi: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2013.12101298>
182. Amann B, Gomar JJ, Ortiz-Gil J, McKenna P, Sans-Sansa B, Sarró S, vd. Executive dysfunction and memory impairment in schizoaffective disorder: a comparison with bipolar disorder, schizophrenia and healthy controls. *Psychol Med* [Internet]. 2012 [a.yer 12 Mart 2023];42(10):2127-35. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/executive-dysfunction-and-memory-impairment-in-schizoaffective-disorder-a-comparison-with-bipolar-disorder-schizophrenia-and-healthy-controls/99773C18A9519E50417D2F344498A794>
183. Reilly JL, Hill SK, Gold JM, Keefe RSE, Clementz BA, Gershon E, vd. Impaired Context Processing is Attributable to Global Neuropsychological Impairment in Schizophrenia and Psychotic Bipolar Disorder. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Mart 2017 [a.yer 12 Mart 2023];43(2):397-406. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/43/2/397/2503461>
184. Madre M, Canales-Rodríguez EJ, Ortiz-Gil J, Murru A, Torrent C, Bramon E, vd. Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Temmuz 2016 [a.yer 12 Mart 2023];134(1):16-30. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12564>
185. Lewandowski KE, Sperry SH, Cohen BM, Öngür D. Cognitive variability in psychotic disorders: a cross-diagnostic cluster analysis. *Psychol Med* [Internet]. 12 Kasım 2014 [a.yer 12 Mart 2023];44(15):3239-48. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/cognitive-variability-in-psychotic-disorders-a-crossdiagnostic-cluster-analysis/C3359DC1C53BA176DAD07AC2F64D9623>
186. Van Rheenen TE, Bryce S, Tan EJ, Neill E, Gurvich C, Louise S, vd. Does cognitive performance map to categorical diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder? A discriminant functions analysis. *J Affect Disord*. 01 Mart 2016;192:109-15.
187. Russo M, Mahon K, Shanahan M, Ramjas E, Solon C, Braga RJ, vd. Affective temperaments and neurocognitive functioning in bipolar disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 01 Aralık 2014 [a.yer 22 Mart 2023];169:51-6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25151191/>
188. Dib JE, Nehme I, Haddad C, Azar J, Hallit S, Obeid S. Affective temperaments of Lebanese patients with schizophrenia: comparison by gender and severity of psychosis. *BMC Res Notes* [Internet]. 01 Aralık 2021 [a.yer 22 Mart 2023];14(1). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34823586/>
189. Lifetime hypomanic symptoms in remitted patients with schizophrenia and other psychotic disorders - PubMed [Internet]. [a.yer 17 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25191765/>
190. The difference between melancholia and depression [Internet]. [a.yer 18 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://www.oversixty.com.au/amp/health/mind/the-difference-between-melancholia-and-depression>

191. Jansson Å. From Melancholia to Depression: Disordered Mood in Nineteenth-Century Psychiatry. *Hist Psychiatry* [Internet]. 01 Mart 2022 [a.yer 18 Mart 2023];33(1):47-64. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35090349/>
192. HUNT N. Melancholia. The Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment of Depressive Illness. By M. A. Taylor and M. Fink. (Pp. 560; £85.00; ISBN 0521841518 hb.) Cambridge University Press: Cambridge. 2006. *Psychol Med* [Internet]. Mayıs 2007 [a.yer 18 Mart 2023];37(5):761-2. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/melancholia-the-diagnosis-pathophysiology-and-treatment-of-depressive-illness-by-m-a-taylor-and-m-fink-p-560-8500-isbn-0521841518-hb-cambridge-university-press-cambridge-2006/7E616DACD29EF016121CB498408A92F2>
193. Melancholia: A Disorder of Movement and Mood: A Phenomenological and ... - Google Livres [Internet]. [a.yer 18 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://books.google.bi/books?id=aQYJbOT4PCUC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false>
194. Armitage R. Sleep and circadian rhythms in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. Mart 2007 [a.yer 18 Mart 2023];115(433):104-15. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17280576/>
195. Parker G, Fink M, Shorter E, Taylor MA, Akiskal H, Berrios G, vd. Issues for DSM-5: Whither Melancholia? The Case for Its Classification as a Distinct Mood Disorder. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.201009101525> [Internet]. 01 Temmuz 2010 [a.yer 18 Mart 2023];167(7):745-7. Erişim adresi: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2010.09101525>
196. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. [Prevalence of major depression in France in the general population and in specific populations from 2000 to 2018: A systematic review of the literature]. *Presse Med* [Internet]. 01 Nisan 2019 [a.yer 21 Mart 2023];48(4):365-75. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30679093/>
197. Andrianarisoa M, Boyer L, Godin O, Brunel L, Bulzacka E, Aouizerate B, vd. Childhood trauma, depression and negative symptoms are independently associated with impaired quality of life in schizophrenia. Results from the national FACE-SZ cohort. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Temmuz 2017 [a.yer 21 Mart 2023];185:173-81. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28109668/>
198. Aouizerate B, Deloge A, Misdrahi D, Tessier A, Vilà E, Aouizerate B, vd. Predictors of rapid high weight gain in schizophrenia: Longitudinal analysis of the French FACE-SZ cohort. *J Psychiatr Res* [Internet]. 01 Kasım 2017 [a.yer 21 Mart 2023];94:62-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28668717/>
199. McGinty J, Upthegrove R. Depressive symptoms during first episode psychosis and functional outcome: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Nisan 2020 [a.yer 21 Mart 2023];218:14-27. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31964558/>
200. Etchecopar-Etchart D, Korchia T, Loundou A, Llorca PM, Auquier P, Lançon C, vd. Comorbid Major Depressive Disorder in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Mart 2021 [a.yer 21

- Mart 2023];47(2):298-308. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33252130/>
201. Bebbington P, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, vd. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. şubat 2003 [a.yer 21 Mart 2023];15(1-2):74-83. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745313/>
 202. Ritsner M, Gibel A, Ram E, Maayan R, Weizman A. Alterations in DHEA metabolism in schizophrenia: two-month case-control study. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. şubat 2006 [a.yer 21 Mart 2023];16(2):137-46. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16139994/>
 203. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, vd. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2013 [a.yer 21 Mart 2023];382(9904):1575-86. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23993280/>
 204. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. Mayıs 2009 [a.yer 19 Mart 2023];35(2):383-402. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19011234/>
 205. Häfner H, Maurer K, An Der Heiden W. ABC Schizophrenia study: An overview of results since 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 05 Temmuz 2013 [a.yer 21 Mart 2023];48(7):1021-31. Erişim adresi:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-013-0700-4>
 206. Sönmez N, Romm KL, Andreassen OA, Melle I, Rössberg JI. Depressive symptoms in first episode psychosis: A one-year follow-up study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 05 Nisan 2013 [a.yer 21 Mart 2023];13(1):1-9. Erişim adresi: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-106>
 207. McGlashan TH, Carpenter WT. Postpsychotic Depression in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 01 şubat 1976 [a.yer 21 Mart 2023];33(2):231-9. Erişim adresi:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/491502>
 208. Upthegrove R, Birchwood M, Ross K, Brunett K, McCollum R, Jones L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Eylül 2010 [a.yer 21 Mart 2023];122(3):211-8. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x>
 209. Johnson J, Horwath E, Weissman MM. The Validity of Major Depression With Psychotic Features Based on a Community Study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 01 Aralık 1991 [a.yer 21 Mart 2023];48(12):1075-81. Erişim adresi:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/495584>
 210. Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 01 Kasım 2002 [a.yer 21 Mart 2023];159(11):1855-61. Erişim adresi: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.159.11.1855>

211. Häfner H, Maurer K, Trendler G, An Der Heiden W, Schmidt M, Könnecke R. Schizophrenia and depression: Challenging the paradigm of two separate diseases—A controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophr Res*. 01 Eylül 2005;77(1):11-24.
212. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, An Der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Ağustos 1999 [a.yer 21 Mart 2023];100(2):105-18. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10831.x>
213. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, vd. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res*. 01 Mart 2003;60(1):21-32.
214. Schothorst PF, Emck C, van Engeland H. Characteristics of early psychosis. *Compr Psychiatry*. 01 Kasım 2006;47(6):438-42.
215. Park SC, Lee HY, Sakong JK, Jun TY, Lee MS, Kim JM, vd. Distinctive Clinical Correlates of Psychotic Major Depression: The CRESCEND Study. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2014 [a.yer 21 Mart 2023];11(3):281. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC4124187/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124187/)
216. Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Aronson A, Casey E. Postpsychotic depression and negative symptoms: an investigation of syndromal overlap. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.12.1532> [Internet]. 01 Nisan 2006 [a.yer 21 Mart 2023];145(12):1532-7. Erişim adresi: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.145.12.1532>
217. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: I. Ontogeny of post-psychotic depression. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2000 [a.yer 21 Mart 2023];177(6):516-21. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/cognitive-approach-to-depression-and-suicidal-thinking-in-psychosis/2521E12BF6C4DEC67F482A6A089BFB4E>
218. Chiappelli J, Kochunov P, DeRiso K, Thangavelu K, Sampath H, Muellerklein F, vd. Testing trait depression as a potential clinical domain in schizophrenia. *Schizophr Res*. 01 Ekim 2014;159(1):243-8.
219. Harrow M, Yonan CA, Sands JR, Marengo J. Depression in Schizophrenia: Are Neuroleptics, Akinesia, or Anhedonia Involved? *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Ocak 1994 [a.yer 21 Mart 2023];20(2):327-38. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/20/2/327/1894991>
220. Turkington A, Mulholland CC, Rushe TM, Anderson R, McCaul R, Barrett SL, vd. Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. Eylül 2009 [a.yer 21 Mart 2023];195(3):242-8. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/impact-of-persistent-substance-misuse-on-1-year-outcome-in-first-episode-psychosis/1B2AE88B7CDB1983460B290216B2DED6>
221. Georgi A, Jamra RA, Klein K, Vilella AW, Schumacher J, Becker T, vd. Possible association between genetic variants at the GRIN1 gene and schizophrenia with lifetime history of depressive symptoms in a German sample. *Psychiatr Genet* [Internet]. Ekim 2007 [a.yer 21 Mart 2023];17(5):327-33. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17701000/>

- 2023];17(5):308-10. Erişim adresi:
https://journals.lww.com/psychgenetics/Fulltext/2007/10000/Possible_association_between_genetic_variants_at.9.aspx
222. Boks MPM, Hoogendoorn M, Jungerius BJ, Bakker SC, Sommer IE, Sinke RJ, vd. Do mood symptoms subdivide the schizophrenia phenotype? association of the GMP6A gene with a depression subgroup. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* [Internet]. 05 Eylül 2008 [a.yer 21 Mart 2023];147B(6):707-11. Erişim adresi:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajmg.b.30667>
223. Hamshire ML, Williams NM, Norton N, Williams H, Cardno AG, Zammit S, vd. Genome wide significant linkage in schizophrenia conditioning on occurrence of depressive episodes. *J Med Genet* [Internet]. 01 Temmuz 2006 [a.yer 21 Mart 2023];43(7):563-7. Erişim adresi:
<https://jmg.bmj.com/content/43/7/563>
224. Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics* 2012 13:8 [Internet]. 10 Temmuz 2012 [a.yer 21 Mart 2023];13(8):537-51. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/nrg3240>
225. Sullivan PF, Daly MJ, Ripke S, Lewis CM, Lin DY, Wray NR, vd. A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Molecular Psychiatry* 2013 18:4 [Internet]. 03 Nisan 2012 [a.yer 21 Mart 2023];18(4):497-511. Erişim adresi:
<https://www.nature.com/articles/mp201221>
226. Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Compr Psychiatry* [Internet]. 1988 [a.yer 22 Mart 2023];29(5):467-83. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3053027/>
227. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res* [Internet]. 29 Eylül 2000 [a.yer 22 Mart 2023];45(1-2):21-8. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10978869/>
228. Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *Am J Addict* [Internet]. 01 Ekim 2006 [a.yer 22 Mart 2023];15(5):345-55. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16966190/>
229. Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Aronson A, Casey E. Postpsychotic depression and negative symptoms: an investigation of syndromal overlap. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1988 [a.yer 22 Mart 2023];145(12):1532-7. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3057924/>
230. Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, Gelenberg AJ, Mieske M. Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1982 [a.yer 22 Mart 2023];39(2):197-203. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6121543/>
231. Johnson DAW. The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1988 [a.yer 22 Mart 2023];152(MAR.):320-3. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3167364/>

232. Tsuang D, Coryell W. An 8-year follow-up of patients with DSM-III-R psychotic depression, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1993 [a.yer 22 Mart 2023];150(8):1182-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8328561/>
233. Sim K, Yiong HC, Siow AC, Siris SG. A 24-month prospective outcome study of first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder within an early psychosis intervention program. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2007 [a.yer 22 Mart 2023];68(9):1368-76. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17915975/>
234. Oosthuizen P, Emsley RA, Roberts MC, Turner J, Keyter L, Keyter N, vd. Depressive symptoms at baseline predict fewer negative symptoms at follow-up in patients with first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 01 Aralık 2002;58(2-3):247-52.
235. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Breier A, Carpenter WT. Depressive symptoms and the deficit syndrome of schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1994 [a.yer 28 Haziran 2023];182(8):452-5. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8040655/>
236. Schothorst PF, Emck C, van Engeland H. Characteristics of early psychosis. *Compr Psychiatry* [Internet]. Kasım 2006 [a.yer 22 Mart 2023];47(6):438-42. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17067866/>
237. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, vd. Psychosis prediction: 12-Month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Mart 2003 [a.yer 22 Mart 2023];60(1):21-32. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12505135/>
238. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, An Der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1999 [a.yer 22 Mart 2023];100(2):105-18. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10480196/>
239. Häfner H, Maurer K, Trendler G, An Der Heiden W, Schmidt M, Könnecke R. Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases--a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Eylül 2005 [a.yer 22 Mart 2023];77(1):11-24. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16005381/>
240. Ghaemi SN, Miller CJ, Berv DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord*. 01 Şubat 2005;84(2-3):273-7.
241. Makalesi A, İnce B, Cansız A, Ulusoy S, Yavuz KF, Kurt E, vd. Türk Psikiyatri Dergisi 2019;30(4):XX Bipolar Spektrumu Tanı Ölçeği Türkçe Formu’nun Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması 2. [a.yer 10 Mayıs 2023]; Erişim adresi: <https://www.doi.org/10.5080/u23605>
242. Vahip S, Aydemir Ö, Akkaya C, Altınbaş K, Kora K, Sücüllüoğlu Dikici D, vd. Reliability and validity study of the Turkish version of Hypomania Checklist-32-Revised. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 01 Haziran 2017;28(2).
243. Vahip S, Kesibir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord*. 01 Mart 2005;85(1-2):113-25.

244. -Final version of the Sydney Melancholia Prototype Index -Self-Report... | Download Scientific Diagram [Internet]. [a.yer 11 Mayıs 2023]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/figure/Final-version-of-the-Sydney-Melancholia-Prototype-Index-Self-Report-SMPI-CR-in_fig2_344874051
245. Scale for the Assessment of Positive Symptoms - Wikipedia [Internet]. [a.yer 11 Mayıs 2023]. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/wiki/Scale_for_the_Assessment_of_Positive_Symptoms
246. Rating Clinician-rated.
247. (PDF) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği [Internet]. [a.yer 11 Mayıs 2023]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/242259450_Young_Mani_Derecelendirme_Olceginin_Turkiye%27de_Gecerlik_ve_Guvenilirliği
248. Nasrallah H, Morosini PL, Gagnon DD. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. *Psychiatry Res.* 30 Kasım 2008;161(2):213-24.
249. Liddle PF, Ngan ETC, Caissie SL, Anderson CM, Bates AT, Quested DJ, vd. Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *Br J Psychiatry* [Internet]. 01 Ekim 2002 [a.yer 11 Mayıs 2023];181(OCT.):326-30. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12356660/>
250. Allen DN, Haderlie MM. Trail-Making Test. *The Corsini Encyclopedia of Psychology.* 30 Ocak 2010;1-1.
251. Gözlerden Zihin Okuma Testi’nin Türkçe Güvenirlik Çalışması. [Internet]. [a.yer 11 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://psycnet.apa.org/record/2011-21665-005>
252. Golan O, Baron-Cohen S, Hill JJ, Rutherford MD. The “Reading the Mind in the Voice” test-revised: A study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *J Autism Dev Disord.* Temmuz 2007;37(6):1096-106.
253. Binbay T, Ulağ H, Alptekin K, Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü C, Eylül Üniversitesi Týp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalý D. Þizofreni Epidemiyolojisine Türkiye’den Katký Yapmak: Nasýl ve Neden?
254. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. Mayıs 2009 [a.yer 30 Haziran 2023];35(2):383. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19959704/>
255. Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull* [Internet]. Temmuz 2011 [a.yer 30 Haziran 2023];37(4):811-21. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19959704/>
256. Cheng SC, Walsh E, Schepp KG. Vulnerability, Stress, and Support in the Disease Trajectory from Prodrome to Diagnosed Schizophrenia: Diathesis–Stress–Support Model. *Arch Psychiatr Nurs.* 01 Aralık 2016;30(6):810-7.
257. Bipolar disorder. [Internet]. [a.yer 30 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://psycnet.apa.org/record/2005-10268-000>
258. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 01 Mart

- 2005 [a.yer 30 Haziran 2023];62(3):247-53. Erişim adresi:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208392>
259. Hor K, Taylor M. Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. <http://dx.doi.org/10.1177/1359786810385490> [Internet]. 05 Ekim 2010 [a.yer 30 Haziran 2023];24(4 Suppl):81-90. Erişim adresi:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359786810385490?journalCode=jopa>
260. Papanastasiou E. The prevalence and mechanisms of metabolic syndrome in schizophrenia: a review. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. 2013 [a.yer 30 Haziran 2023];3(1):33. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC3736963/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/243736963/)
261. Carpenter WT. Clinical constructs and therapeutic discovery. *Schizophr Res* [Internet]. 15 Aralık 2004 [a.yer 27 Haziran 2023];72(1):69-73. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15531408/>
262. Kurtz MM, Moberg PJ, Daniel Ragland J, Gur RC, Gur RE. Symptoms versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in schizophrenia: a 1- and 4-year prospective study. *Schizophr Bull* [Internet]. 2005 [a.yer 27 Haziran 2023];31(1):167-74. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15888434/>
263. Ulaş H, Alptekin K, Özbay D, Binnur Akdede B, Çakır E, Tümöklü M, vd. Düşünce ve Dil Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 2007;
264. Murray RM, Sham P, Van Os J, Zanelli J, Cannon M, McDonald C. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Aralık 2004 [a.yer 26 Haziran 2023];71(2-3):405-16. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15474912/>
265. Haim R, Rabinowitz J, Bromet E. The relationship of premorbid functioning to illness course in schizophrenia and psychotic mood disorders during two years following first hospitalization. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. Ekim 2006 [a.yer 27 Haziran 2023];194(10):791-5. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17041293/>
266. Silverstein ML, Mavroleftos G, Turnbull A. Premorbid factors in relation to motor, memory, and executive functions deficits in adult schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Haziran 2003 [a.yer 27 Haziran 2023];61(2-3):271-80. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12729879/>
267. Saracco-Alvarez R, Rodríguez-Verdugo S, García-Anaya M, Fresán A. Premorbid adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 28 Şubat 2009 [a.yer 27 Haziran 2023];165(3):234-40. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19162333/>
268. Stip E, Sepehry AA, Prouteau A, Briand C, Nicole L, Lalonde P, vd. Cognitive discernible factors between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Brain Cogn*. 01 Aralık 2005;59(3):292-5.
269. Torniainen M, Suvisaari J, Partonen T, Castaneda AE, Kuha A, Suokas J, vd. Cognitive impairments in schizophrenia and schizoaffective disorder: Relationship with clinical characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. Nisan 2012 [a.yer 28 Haziran 2023];200(4):316-22. Erişim adresi:

- https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2012/04000/Cognitive_Impairments_in_Schizophrenia_and.7.aspx
270. Fiszdon JM, Richardson R, Greig T, Bell MD. A comparison of basic and social cognition between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 01 Mart 2007;91(1-3):117-21.
 271. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J Affect Disord* [Internet]. Şubat 2009 [a.yer 26 Haziran 2023];113(1-2):1-20. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18684514/>
 272. Bentall RP, Kinderman P, Kaney S. The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*. 01 Mart 1994;32(3):331-41.
 273. Bentall RP, Kaney S, Bowen-Jones K. Persecutory delusions and recall of threat-related, depression-related, and neutral words. *Cognit Ther Res* [Internet]. Ağustos 1995 [a.yer 30 Haziran 2023];19(4):445-57. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02230411>
 274. Mizrahi R, Addington J, Remington G, Kapur S. Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution. *Schizophr Res*. 01 Eylül 2008;104(1-3):220-7.
 275. Buck B, Browne J, Gagen EC, Penn DL. Hostile attribution bias in schizophrenia-spectrum disorders: narrative review of the literature and persisting questions. <https://doi.org/10.1080/0963823720201739240> [Internet]. 2020 [a.yer 30 Haziran 2023]; Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2020.1739240>
 276. Kempf L, Hussain N, Potash JB. Mood disorder with psychotic features, schizoaffective disorder, and schizophrenia with mood features: Trouble at the borders. <http://dx.doi.org/10.1080/09540260500064959> [Internet]. Şubat 2009 [a.yer 29 Haziran 2023];17(1):9-19. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540260500064959>
 277. Cohen AS, Saperstein AM, Gold JM, Kirkpatrick B, Carpenter WT, Buchanan RW. Neuropsychology of the deficit syndrome: new data and meta-analysis of findings to date. *Schizophr Bull* [Internet]. Eylül 2007 [a.yer 29 Haziran 2023];33(5):1201-12. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17159230/>

8.EKLER

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.İbrahim Emre BORA

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	
FAKS	
E-POSTA	goack@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6428-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Spektrum Bozukluğunda Afektif Ko-Morbiditenin İşlevsellik Ve Nörokognisyona Etkisinin Saptanması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.İbrahim Emre BORA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/22-24	Tarih:28.07.2021				
	Doç.Dr.İbrahim Emre BORA'nın sorumlusu olduğu "Şizofreni Spektrum Bozukluğunda Afektif Ko-Morbiditenin İşlevsellik ve Nörokognisyona Etkisinin Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ALİŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
(Hacivat)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
(Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (SAĞLIKLI-18 YAŞ ÜZERİ)

Şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoafektif bozukluk genellikle genç erişkinlik ya da ergenlik dönemlerinde başlamaları nedeniyle mesleki ve toplumsal biçimlenme açısından kritik olan bu yıllarda belirgin yeti yitimine yol açmaktadırlar.

Boyutsal olarak yaklaştığımızda psikoz spektrumunun farklı uçlarında duygudurum komponenti olarak hipomani dönemi , mani dönemi, melankolik tip depresif dönemler ve nonmelankolik depresif dönemler olarak çok farklı afektif komponentler gözlenebilmektedir, ancak bu dönemlerin prognoza, işlevselliğe ve nörokognitif süreçlere etkileri konusundaki çalışmalar yetersizdir. Bu çalışmanın amacı boyutsal bir yaklaşım ışığında afektif komponentlerdeki farklılıkların psikoz spektrumundaki hastalarda nörokognitif süreçlere ve işlevselliğe etkisini bulmaya çalışmaktır.

Bilişsel işlev bozukluklarının, şizofreni ve bipolar bozuklukta çekirdek belirti olduğuna dair görüşler giderek artmakta, bilişsel bozuklukların her iki hastalıkta da klinik seyir ve işlevsellik ile ilişkili olduğu birçok çalışmada bildirilmektedir.

Bu çalışmanın amaçlarından bir tanesi de psikoz spektrumunda afektif komorbiditenin bilişsel işlevlere dolayısıyla prognoza ve işlevselliğe olan etkisini saptayabilmektir.

Bu araştırmaya 80 adet şizoafektif bozukluk tanısı alan ve afektif komorbiditesi olan şizofreni hastaları, 30 adet afektif komorbiditesi olmayan şizofreni hastası ve 30 adet sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 140 kişi dahil edilecektir. Bu kapsamda 18-65 yaş arası şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanı kriterlerini karşılayan tüm bireyler Bipolar Bozukluk Spektrumu Tanı Ölçeği ,Hipomani Check List ,Sydney Melankoli Prototip Endeksi , TEMPS-A Mizaç Ölçeği, gibi öz bildirim ölçekleri ile tarama aşamasında değerlendirileceklerdir. Bu kişiler arasında ana çalışma grubunu; şizoafektif bozukluk tanısı olan, klinik olarak manik/hipomanik/hipertimik veya belirgin depresif özellikleri olduğu düşünülen şizofreni-spektrumu hastaları veya tarama değerlendirmesinde eşik değerini aşan hastalar ile görüşülme sonrası tanımlanacak afektif komorbiditesi olan 85 kişi oluşturacaktır, Tarama görüşmesinde afektif bulgusu

olmayan hastalar arasından tanımlanacak 30 adet afektif ko-morbiditesi olmayan şizofreni hastası ve 30 adet sağlıklı kontrol toplam çalışma grubumuzu oluşturacaktır.

Bu kişiler arasından çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayanlar ve herhangi ciddi psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bireyler sağlıklı kontrol grubunun parçası olarak bu çalışmaya katılmak için davet edilecektir. **Katılmayı kabul eden bireylere klinik görüşme fazında ; Olgu rapor formu, SAPS, BNSS, Sydney Melankoli Prototip Endeksi klinisyen formu, Düşünce ve Dil Ölçeği ,HDRS, YMRS, Kişisel ve sosyal performans ölçeği, bipolar bozukluk belirti ölçeği ,premorbid uyum ölçeğinden oluşan klinik görüşme yapılacaktır. Ayrıca nörobilişsel işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla nöropsikolojik test kapsamında SCIP, Stroop testi, İz Sürme Testi A/B, Pebl Continous Performance Test(pebl Sürekli Performans Testi) ve sosyal bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla DEU SCAN LAB Sosyal Biliş Bataryasının uygulanması planlanmıştır. Klinik görüşme fazının yaklaşık 120 dakika sürmesi planlanmıştır.**

SCIP(Bilişsel kusurları taramak için geliştirilmiş basit ve uygulaması kolay bir ölçektir , psikiyatri hastalarında bilişsel bozukluğu değerlendirmek için tasarlanmış kısa bir tarama aracıdır. Anında ve gecikmeli (Sözel Öğrenme Testi-Gecikmeli) sözlü öğrenmeyi, çalışma belleği (Çalışma Belleği Testi; WMT), sözel akıcılığı (Sözel Akıcılık Testi) değerlendirmek için beş alt testi vardır. ; VFT) ve işlem hızı (İşleme Hızı Testi; PST).) Kalem ve kronometre gibi ek ekipmana ihtiyaç duyulmadan uygulanabilir ve yaklaşık 15 dakika süren basit bir ölçektir. Bu ölçekle nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)(Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarda sosyal işlevselliği ölçmeye yarayan bir değerlendirme aracıdır.)sosyal işlevsellik ölçülecektir .

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

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

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

Gönüllünün beyanı

Araştırmacı Dr.Z.Yağmur Dokuyan tarafından “Şizofreni spektrum bozukluğunda afektif ko-morbiditenin işlevsellik ve nörokognisyona etkisini saptamak” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma şekli ile verdiğim bilgilerin gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında 24 saat boyunca temas kuracağım 0232 412 4180 telefon numarası verildi. İstedğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim ve araştırmadan çekilebilirim. Bu çalışma kapsamında hakkımda toplanan klinik,ölçek ve nörobilişsel test verilerinin:

Sadece ‘Şizofreni spektrum bozukluğunda afektif ko-morbiditenin işlevsellik ve nörokognisyona etkisini saptamak’

- o başlıklı çalışma kapsamında kullanılmasına izin veriyorum.
- o İleride bu konuda yapılması planlanan tüm diğer araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

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

Görüşme tarihi ve saati:

Katılımcı Adı Soyadı / Tel / İmza:

Uygulayıcı Adı Soyadı / İmza:Dr.Z.Yağmur Dokuyan

Tanık Adı Soyadı/İmza

Olgu No

OLGU RAPOR FORMU

KATILIMCI BİLGİLERİ DEMOGRAFİK VERİLER

YAŞ:

CİNSİYET: 1. Erkek () 2. Kadın ()

BOY/KİLO:

EL DOMİNANSI: 1. sağ () 2 sol () 3. mikst ()

MEDENİ DURUM: 1- Evli () 2- Bekar ,partnersiz 3-Bekar,partneri var 4. Dul /Boşanmış

MESLEK:

İŞ: Son 36 ay içinde çalıştığı ay () 2. çalışmıyor ()

ÖĞRENİM DURUMU: 1- Okur yazar değil () 2- İlköğretim () 3- Lise () 4- Yüksekokul ()

Toplam eğitim yılı: () yıl

ALIŞKANLIKLAR: Sigara:.....paket / gün / yıl

Alkol: 1. Abuse () 2. bağımlılık () 3. yok ()

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

Diğer: ()

AİLESEL ÖZELLİK:

1° akrabalarda şizofreni : 1.var () 2. yok()

1° akrabalarda diğer psikotik bozukluklar: 1. var () 2. yok()

2° akrabalarda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: 1. var () 2. yok() Kac kişi?
..... Kimler

1° akrabalarda bipolar bozukluk: 1. var () 2. yok()

2° akrabalarda bipolar bozukluk: 1. var () 2. yok() Kac kişi? Kimler

1° akrabalarda depresyon: 1. var () 2. yok()

1° akrabalarda nörogelişimsel bozukluk: 1. var () 2. yok()

Baba eğitim yılı:

Anne eğitim yılı:

ADLİ ÖYKÜ: 1.Var () 2.yok: ()

Zor bulunan ve düşük not alınan dersler: Hepsi () Hiçbiri () Sosyal/edebiyat () Fen-
matematik ()

Girişkenlik ve içe dönüklük (0-6, yükseldikçe düşük işlevsellik):

0-11 yaş : Kaç yaşından beri düşme:

12-15 yaş:

16-18 yaş:

19 yaş sonrası:

Arkadaş ilişkileri (0-6, yükseldikçe düşük işlevsellik):

0-11 yaş : Kaç yaşından beri düşme:

12-15 yaş:

16-18 yaş:

19 yaş sonrası:

Okul Başarısı(0-6,yükseldikçe düşük işlevsellik)

0-11 yaş : Kaç yaşından beri düşme:

12-15 yaş:

16-18 yaş:

19 yaş sonrası:

Okula Uyum(0-6, yükseldikçe düşük işlevsellik)

0-11 yaş : Kaç yaşından beri düşme:

12-15 yaş:

16-18 yaş:

19 yaş sonrası:

GELİşİM (mümkünse aileden de öykü):

Zor doğum/perinatal komplikasyon: Evet () Hayır ()

Enürezis (DSM IV): Evet () Hayır () Kaç yaşından beri:

Gelişimsel motor koordinasyon bozukluğu: Hayır () Olası () Evet ()

Motor yada dil gelişiminde gecikme: Hayır () Olası () Evet ()

Disleksi/Diskalkuli/diğer: Hayır () Olası () Evet ()

DEHB: Hayır () Olası () Evet ()

Febril nöbet veya Epilepsi: Hayır () Evet ()

Beyin travma öyküsü: Hayır () Olası () Evet ()

Son 7 günde psikoz semptom siddeti (DSM V ek)

Varsanı (0-4):

Sanrı (0-4):

Dezorganize konuşma (0-4):

Anormal psikomotor davranış (0-4):

Negatif semptomlar (0-4):

Depresyon (0-4):

Mani (0-4):

Bilişsel işlevler (0-4, noropsikolojik değerlendirme sonrası doldur):

Psikotik bulguların başlangıç yaşı:

DUP süre

Manik semptomlarının başlangıç yaşı:

DUM süre

Depresif semptomların başlangıç yaşı:

İlk atakta yaş:

İlk yatışta yaş:

Hastaneye yatış sayısı:

Hastalık süresi:

Depresif atak sayısı:

Melankolik Özellikli depresif bulgular: Var Yok Melankoli prototipik endeks:

Kaç depresif atak melankolik :

Kısa tekrarlayıcı melankoli : Var Yok

SUİSİD: 1.Var () 2.Yok ()

Tanı alanlar için

Mani sayısı:

Hipomani sayısı:

Manik semptomların başlangıcı:

Antidepresan ile elevasyon: Var Yok

Duygudurum dengeleyici öyküsü :Var Yok Hangisi? Ne süre:?

Antidepresan kullanım öyküsü : Var yok Hangisi? Ne süre?

İlk psikotik atakta yaş:

İlk yatışta yaş:

Hastaneye yatış sayısı:

Hastalık süresi:

Kullanılan psikiyatrik ilaçlar ve doz:

Tedavi başlangıç yaşı:

Tedavi uyumu:

*Beden kütle indeksi (BKİ):

*Tıbbi hastalıklar :

*Metabolik sendrom: Evet Hayır Diabetes Mellitus: Evet Hayır

*Hipertansiyon: Evet Hayır Hiperlipidemi (Trigliserid): Evet Hayır

*Abdominal obesite: Evet Hayır HDL düşük: Evet Hayır

*Hipotroidi:

*Anemi :

*İlaç kullanımı:

* :*İşaretli bilgiler hastanın sözel beyanı esas alınarak veri haline getirilecektir.*

Çocukluk çağı travması: Fiziksel Cinsel: Psikolojik/sözel:

Çocukluk çağı ihmalı: Fiziksel: Psikolojik/sözel:

CTQ skor:

Ko-morbid psikiyatrik tanılar

Otistik spektrum bozukluğu: Evet Hayır Basit Tik Bozukluğu: Evet Hayır

Tourette sendromu: Evet Hayır

Anksiyete bozukluğu: Evet Hayır Tipi:

Sosyal Fobi: Evet Hayır Diğer fobiler: Evet Hayır

OKB: Evet Hayır

OKB ile ilişkili bozukluklar: Evet Hayır Tipi:

Dürtü denetim bozuklukları: Evet Hayır Tipi:

Yeme bozuklukları: Evet Hayır

PTSB: Evet Hayır

Test Ve Test Skorları :

Tarama fazı

Bipolar bozukluk spektrumu tanı ölçeği(BSTÖ):

Hipomani check listesi:

TEMPS-A Mizaç Ölçeği:

Sydney Melankoli Prototip Endeksi :

Klinik Görüşme Fazı

Sdney melankoli protip indeksi klinisyen formu(SMPI):

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği :

Düşünce ve Dil Ölçeği:

SAPS(Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği):

Kısa Negatif Belirtiler Ölçeği(BNSS):

Hamilton depresyon ölçeği(HDRS):

Young Mani Raiting Scala(YMRS):

Bipolar Bozukluk Belirti Ölçeği:

Premorbid Uyum ölçeği:

Nöropsikolojik Değerlendirme

SCIP(Screen For Cognitive İmpairment):

Stroop testi:

İz sürme testi:

Pebl Continous Performance Test(pebl Sürekli Performans Testi):

Sosyal Bilişsel Değerlendirme:

DEU SCAN LAB Sosyal Biliş Bataryası

- Yüzden Emosyon Tanıma

Penn emisyon tanıma testi (Inquisit) :

- Zihin Kuramı

Gözlerden zihin okuma testi (RMET) :

İma testi :

- Sosyal Algı

Sözel Olmayan Duyarlılık Profili (PONS) :

Yüz İfadesinin Güvenirliği Testi :

- Sosyal Bilgi

Durumsal Özellikleri Tanıma Testi (SFRT) :

Sosyal Norm Anketi :

- Atıf Stili

İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Ölçeği (IPSAQ):

