

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALMIŞ OLAN 13-19 YAŞ
ARASINDAKİ ERGENLERİN PRODROMAL BELİRTİLER
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Helin YILMAZ KAFALI

TEZ DANIŞMANLARI

Prof. Dr. Tezan BİLDİK

Doç. Dr. Emre BORA

İZMİR, 2017

ÖNSÖZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda geçirdiğim dört yıl boyunca her an desteğini, sevgisini, sıcaklığını hissettiğim, sadece tez sürecinde değil, hayatımın her alanında bana destek olan, beni büyüten değerli tez danışmanım Prof. Dr. Tezan BİLDİK'e,

Tezim sürecinde büyük bir özveriyle bana zaman ayıran ve bu çalışmayla birlikte benim eğitimim için de çok emek harcayan değerli hocalarım Prof. Dr. Serpil ERERMİŞ ve Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ'ye,

Tezimin başlangıcından itibaren her aşamasında değerli fikirleriyle bana yol gösteren, diğer tez danışmanım Doç. Dr. Emre BORA'ya,

Kliniğimizde mesleki yönden gelişimimde büyük katkıları olan çok sevdiğim hocalarım Prof. Dr. Cahide AYDIN, Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN, Prof. Dr. N. Burcu ÖZBARAN, Doç. Dr. Sezen KÖSE ve Uzm. Dr. Birsen ŞENTÜRK PİLAN'a,

Destekleri sayesinde tezimin hasta popülasyonunu tamamlayabildiğim Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi olan değerli hocalarım Prof. Dr. Özlem GENCER KIDAK ve Prof. Dr. Şahbal ARAS'a,

Asistanlık dönemim boyunca birlikte bana yoldaş olan ve desteklerini her an hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına, ayrıca Dokuz Eylül Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarından hasta almamda bana çok yardımcı olan ve minnettar olduğum Dr. Seçil GÜNDÜZ ÜNSAL ve Dr. Serkan TURAN'a,

Bana kattıkları eşsiz değerlerle beni bugünlere getiren, desteğini, sevgisini her an hissettiğim canım annem, kardeşim ve yanımda olamasa da varlığını her an hissettiğim çok sevdiğim babama,

Hayatımı birleştirdiğim, sevgisini bir an bile esirgemeyen sevgili eşim Mustafa'ya

TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. Helin YILMAZ KAFALI

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Şizofreni Spektrum Bozuklukları	2
2.1.1.Tanım	2
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etiyoloji.....	4
2.1.5. Klinik görünüm.....	5
2.1.6. DSM-V Tanı Kriterleri	6
2.1.7. Şizofreni Spektrum Bozukluklarında DSM-V değişiklikleri.....	10
2.1.8. Psikotik Bozukluklarda Görülen Prodromal Belirtiler	12
2.1.9. Psikoz için Evreleme Modeli ve Risk Durumları	13
2.1.10. Psikozlarda klinik yüksek risk durumlarında dönüşüm oranları.....	19
2.1.11. Komorbidite	19
2.1.12. Ayırıcı Tanı	20
2.1.13. Tedavi	21
2.1.14. Gidiş ve Sonlanım.....	22
2.2.1. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar.....	23
2.2.1. Tanım	23
2.2.2. Tarihçe	23
2.2.3. Epidemiyoloji.....	24
2.2.4. Etiyoloji.....	24
2.2.5. Klinik görünüm.....	25
2.2.6. DSM-V Tanı Kriterleri	26

2.2.7. Bipolar ve İlişkili Bozukluklarda DSM-V değişiklikleri.....	32
2.2.8. Bipolar bozuklukta görülen prodromal belirtiler	33
2.2.9. Bipolar Bozukluk için Risk Durumları	34
2.2.10. Bipolar Bozukluk Klinik Yüksek Risk Durumları Dönüşüm Oranları..	38
2.2.11. Komorbidite	39
2.2.12. Ayırıcı tanı	39
2.2.13. Tedavi	40
2.2.14. Gidiş ve Sonlanım.....	42
3. AMAÇ	43
4. HİPOTEZLER	45
5. YÖNTEM ve ARAÇLAR.....	46
5.1. Araştırmanın Tipi.....	46
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	46
5.3. Araştırmanın Evreni.....	46
5.4. Araştırmanın Örneklemi	46
5.5. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	49
5.5.1. Sosyodemografik bilgi formu	49
5.5.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması-ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version, K-SADS-PL).....	49
5.5.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ)	50
5.5.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	50
5.5.5. Premorbid Uyum Ölçeği (PUÖ-Premorbid Adjustment Scale).....	50

5.5.6. Çocukların Global Değerlendirme Skalası (ÇGDÖ, Children's Global Assessment Scale).....	51
5.5.7. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrom Scale).....	51
5.5.8. Prodromal Dönem Belirti Tarama Modeli Oluşturulması	51
5.6. Uygulama.....	55
5.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	61
5.8. Çalışmamızın Etik Kurul Onayı.....	61
6. BULGULAR.....	62
6.1. Örneklem Değerlendirilmesi.....	62
6.1.1. Tanı Gruplarına İlişkin Dağılım.....	62
6.1.2. Yaş	62
6.1.3. Cinsiyet	63
6.1.4. Eğitim Durumu	64
6.2. Ailenin Demografik Özellikleri	64
6.2.1. Ailedeki Birey Sayısı	64
6.2.2. Kardeş sayısı	65
6.2.3. Anne Yaşı.....	66
6.2.4. Anne Eğitim Düzeyi	67
6.2.5. Anne İş Durumu.....	68
6.2.6. Baba Yaşı	69
6.2.7. Baba Eğitim Düzeyi.....	70
6.2.8. Baba İş Durumu	71
6.2.9. Ailenin Ortalama Aylık Geliri	72

6.2.10. Ailede Boşanma Öyküsü.....	73
6.3. Hasta (EBP ve BB) Gruplarının Psikiyatrik Hastalıklarının Özellikleri	74
6.3.1. İlk Psikotik, Hipo(manik) ve Depresif Atak Ortalama Yaşları ve Hastalık Süresi.....	74
6.3.2. Hasta Gruplarında İlk Psikiyatriye Başvuru Yaşı ve İlk Tanı Konulma Yaşı Ortalaması.....	75
6.3.3. Hasta Gruplarında Prodromal ve Premorbid Dönem Ortalama Süresi....	76
6.3.4. Hasta Gruplarında Hastalık Başlangıcından Tanı Konulmasına Kadar Geçen Süre.....	77
6.3.5 Hasta Gruplarında Hastalık Öncesi Başvuru Oranları	78
6.3.6. Hasta Gruplarının Remisyon Durumları.....	79
6.3.7. Hasta Gruplarının Atak Özellikleri.....	80
6.3.8. Hasta Gruplarında Özkıyım Girişimi ve Hastane Yatış Oranları	81
6.3.9. Hasta Gruplarında Psikiyatrik Eş Tanı	82
6.3.10. Hasta Gruplarında Sigara-Alkol-Madde Kullanımı.....	84
6.4. Grupların Çocuklar İçin Global Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) Skorları....	85
6.5. Ailede Psikiyatrik Hastalık	86
6.5.1. Gruplarda Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı.....	86
6.5.2. Gruplarda Ailede Psikiyatrik Hastalık Dağılımları.....	87
6.6. Hasta Gruplarının (EBP, BB) Aldığı Tedaviler.....	88
6.6.1. Hasta Gruplarında Antipsikotik (AP) Tedavi	88
6.6.2. Hasta Gruplarının Aldıkları AP Çeşitleri.....	89
6.6.3. BB Grubunda Duygudurum Düzenleyici Tedavi	89
6.6.4. Hasta Gruplarında Antidepresan Tedavisi.....	90

6.6.5. Hasta Gruplarında Diğer Psikofarmakolojik Tedaviler	91
6.7. Gruplarda Obstetrik (Gebelik Dönemi ve Doğum) Komplikasyonlar.....	92
6.8. Grupların Young Mani Derecelendirme Ölçeğine (YMDÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğine (HDDÖ) Göre Değerlendirilmesi	93
6.9. EBP Grubunun Akut Psikotik Atak Sırasındaki ve Tez Görüşmesindeki PANSS Skorları Açısından Değerlendirilmesi	95
6.10. Grupların Premorbid Uyum Ölçeği (PUÖ) Ortalama Skorları.....	96
6.11. Hasta Gruplarında Hastalık Başlangıç Örüntüsü	98
6.12. Hasta Grubunda Ortaya Çıkan Öncül Belirtilerin İlk Olarak Kimin Tarafından Fark Edildiği.....	99
6.13. Hasta Grubunda Hastalık Başlangıcı Öncesinde Psikotrop İlaç Kullanımı	100
6.14. Prodromal Dönem Belirtilerinin İncelenmesi.....	101
6.14.1. Toplam Belirti Sayısı	101
6.14.2. Genel Semptomlar	102
6.14.3. Negatif Semptomlar	106
6.14.4. Temel Belirtiler.....	107
6.14.5. Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomlar.....	109
6.14.6. APS Semptomları	112
6.14.7. Eşik Altı Manik Belirtiler	113
6.14.8. Eşik Altı Depresif Belirtiler	116
6.14.9. Hasta Gruplarının Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması	118
6.14.10. Grupların Erişim'e Göre Psikoz İçin Çok Yüksek Risk Kriterleri ve Atenüe Manik Semptom Sendromu (AMSS) Açısından Değerlendirilmesi ...	120

6.14.11. EBP ve BB'de Gruplara Özgü Semptomların ve Semptom Kümelerinin Tahmini Rölatif Riskleri	122
6.14.12. EBP, BB ve SK Gruplarında Prodromal Belirtilerin Görülme Sıklıklarına Göre Sıralanması	124
6.15. Premorbid Belirtiler	128
6.16. EBP ve BB Gruplarında Premorbid ve Prodromal Belirtilerin Ortalama Ortaya Çıkma Yaşına Göre Değerlendirilmesi	131
6.17. BB ile SK Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması	132
6.18. EBP ile BB Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması	133
7. TARTIŞMA	136
7.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi	136
7.1.1. Yaş Özellikleri	136
7.1.2. Cinsiyet Özellikleri	136
7.1.3. Örgün Eğitime Devam Durumları	137
7.1.4. Aile Yapısı	137
7.1.5. Anne ve Baba Yaşı.....	138
7.1.6. Sosyo-ekonomik Seviye ve Ebeveynlerin Eğitim Seviyesi.....	139
7.2. Prodromal Dönem Süresi.....	139
7.3. Hasta Gruplarında Premorbid Dönemde Psikiyatrik Tanılar.....	140
7.4. Hasta Gruplarında Remisyon Durumları	141
7.5. Bipolar Bozuklukta İndex Atak Cinsi.....	141
7.6. Hasta Gruplarında Özkıyım Girişimi ve Hastane Yatış Oranları	142

7.7. Hasta Gruplarında Psikiyatrik Eş Tanı Oranları	142
7.8. Hasta Gruplarında Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı	143
7.9. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü.....	145
7.10. Obstetrik Komplikasyon Öyküsü.....	145
7.11. Hasta Gruplarının Premorbid Dönem İşlevsellik Düzeyleri.....	146
7.12. Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıç Örüntüleri	147
7.13. En Sık Görülen Prodromal Belirtiler	147
7.14. EBP ve BB Grupları Arasında Prodromal Dönemde Farklılık Görülen Belirtiler	148
7.15. En Sık Görülen Premorbid Belirtiler	149
7.16. Bipolar Bozuklukta Prodromal Dönemin Varlığına İlişkin Bulgular	151
7.17. Bipolar Bozukluğu Sağlıklı Kontrollerden Ayırt Etmekte Öngördürücü Olan Semptom Kümeleri	151
7.18. Bipolar Bozukluğu Erken Başlangıçlı Psikozdan Ayırt Etmekte Öngördürücü Olan Semptom Kümeleri	152
7.19. BB ile EBP Grupları Arasında Her İki Bozukluğa Ait Prodromal Belirtileri İçeren Bir Alt Grubun Varlığına İlişkin Veriler	154
8. SONUÇLAR.....	156
9. KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER.....	158
10. ÖZET	159
11. ABSTRACT.....	161
12. KAYNAKLAR	163
13. ARAÇLAR	193

TABLolar

- Tablo 1.** Psikotik Bozukluklar için Evreleme Modeli
- Tablo 2.** Çok Yüksek Risk Kriterlerinin Tanımı
- Tablo 3.** Temel Semptom Kriterleri
- Tablo 4.** Bipolar Bozukluk için Risk Kriterleri
- Tablo 5.** Tanı Gruplarına İlişkin Dağılım
- Tablo 6.** Grupların Yaş Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 7.** Grupların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması
- Tablo 8.** Grupların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması
- Tablo 9.** Grupların Anne Yaşı Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 10.** Grupların Anne Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 11.** Grupların Anne İş Durumu Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 12.** Grupların Baba Yaşı Açısından Kıyaslanması
- Tablo 13.** Grupların Baba Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 14.** Grupların Baba İş Durumu Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 15.** Grupların Ailenin Ortalama Aylık Geliri Açısından Kıyaslanması
- Tablo 16.** Grupların Ailede Boşanma Öyküsü Açısından Değerlendirilmesi
- Tablo 17.** Hasta Gruplarının İlk Psikiyatriye Başvuru Yaşı ve İlk Tanı Konulma Yaşı Ortalaması Açısından Kıyaslanması
- Tablo 18.** Hasta Gruplarının Prodromal ve Premorbid Dönem Ortalama Süresi ve Başlangıç Yaşı Açısından Kıyaslanması
- Tablo 19.** Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıcından Tanı Konulmasına Kadar Geçen Süre Açısından Kıyaslanması
- Tablo 20.** Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıcı Öncesi Psikiyatriye Başvuru Süresi Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 21.** Hasta Gruplarının Remisyon Durumları Açısından Kıyaslanması

- Tablo 22.** Hasta Gruplarının Atak Özellikleri Açısından Kıyaslanması
- Tablo 23.** Hasta Gruplarının Özkıym Girişimi ve Yatış Öyküsü Açısından Kıyaslanması
- Tablo 24.** Hasta Gruplarının Psikiyatrik Eş Tanı Açısından Kıyaslanması
- Tablo 25.** Grupların ÇGDÖ Skorları Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 26.** Grupların Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 27.** Gruplarda Bulunan Ailede Psikiyatrik Dağılımları
- Tablo 28.** Hasta Gruplarının Kullandığı AP Sayısına Göre Kıyaslanması
- Tablo 29.** Hasta Gruplarının Aldıkları AP Çeşitleri
- Tablo 30.** BB Grubunda Duygu Durum Düzenleyici Tedavi
- Tablo 31.** Hasta Gruplarının Aldıkları Antidepresan Tedavi Açısından Kıyaslanması
- Tablo 32.** Hasta Gruplarının Aldıkları Diğer Psikofarmakolojik Tedaviler
- Tablo 33.** Grupların Gebelik Dönemi ve Doğum Komplikasyonları Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 34.** Grupların Premorbid Uyum Ölçeği (PUÖ) Açısından Kıyaslanması
- Tablo 35.** Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıç Örüntüsü Açısından Kıyaslanması
- Tablo 36.** Hasta Grubunda Ortaya Çıkan Öncül Belirtilerin İlk Olarak Kimin Tarafından Fark Edildiği
- Tablo 37.** Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıcı Öncesinde Psikotrop İlaç Kullanımı Açısından Kıyaslanması
- Tablo 38.** Grupların Prodromal Dönem Genel Belirtilerinin Sıklığı Açısından Kıyaslanması
- Tablo 39.** Grupların Prodromal Dönem Negatif Belirtileri Açısından Kıyaslanması
- Tablo 40.** Grupların Prodromal Dönem Temel Belirtiler Açısından Kıyaslanması
- Tablo 41.** Grupların Prodromal Dönem Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomlar Açısından Kıyaslanması

- Tablo 42.** Grupların Prodromal Dönem APS Semptomları Açısından Kıyaslanması
- Tablo 43.** Grupların Prodromal Dönem Eşik Altı Manik Semptomları Açısından Kıyaslanması
- Tablo 44.** Grupların Prodromal Dönem Eşik Altı Depresif Semptomlar Açısından Kıyaslanması
- Tablo 45.** Hasta Gruplarının Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması
- Tablo 46.** Grupların Erişim'e Göre Psikoz İçin Çok Yüksek Risk Kriterleri ve Atenuasyon Manik Semptom Sendromu Karşılayıp Karşılamadıkları Açısından Kıyaslanması
- Tablo 47.** EBP ve BB'de Gruplara Özgü Semptomların Tahmini Rölatif Riskleri
- Tablo 48.** EBP ve BB'de Gruplara Özgü Semptom Kümelerinin Tahmini Rölatif Riskleri
- Tablo 49.** EBP Grubunda Prodromal Belirtilerin Görülme Sıklıklarına Göre Sıralanması ve Hastalık Öncesi Ortaya Belirtilerin Ortaya Çıkış Süreleri
- Tablo 50.** BB Grubunda Prodromal Belirtilerin Görülme Sıklıklarına Göre Sıralanması ve Hastalık Öncesi Ortaya Belirtilerin Ortaya Çıkış Süreleri
- Tablo 51.** SK Grubunda Prodromal Belirtilerin Görülme Sıklıklarına Göre Sıralanması ve Görüşme Tarihinden Önce Ortaya Çıkış Süreleri
- Tablo 52.** Grupların Premorbid Belirtiler, Premorbid Belirtilerin Atak Öncesi Başlangıç Süresi ve Başlangıç Yaşı Açısından Kıyaslanması
- Tablo 53 .** BB ile SK Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması
- Tablo 54.** EBP ile BB Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması-1
- Tablo 55.** EBP ile BB Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması-2

ŞEKİLLER

Şekil 1. Grupların Ailedeki Birey Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Şekil 2. Grupların Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Şekil 3. Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıç Yaşı Açısından Kıyaslanması

Şekil 4. Grupların Hastalık Başlangıç Yaşı, İlk Psikiyatriye Başvuru Yaşı, İlk Tanı Konulma Yaşı Açısından Karşılaştırılması

Şekil 5. Hasta Gruplarının Sigara-Alkol-Madde Kullanımları Açısından Kıyaslanması

Şekil 6. Grupların YMDÖ Açısından Karşılaştırılması

Şekil 7. Grupların HDDÖ Açısından Kıyaslanması

Şekil 8. EBP Grubunun Akut Psikotik Atak Sırasındaki ve Tez Görüşmesindeki PANSS Skorları Açısından Değerlendirilmesi

Şekil 9. Grupların Toplam Belirti Sayısı Açısından Kıyaslanması

Şekil 10. Grupların Erirao's'a Göre Psikoz İçin Çok Yüksek Risk Kriterleri ve Atenüe Manik Semptom Sendromu Karşılıyıp Karşılıamadıkları Açısından Kıyaslanması

Şekil 11. EBP Grubunda Premorbid ve Prodromal Belirtilerin Ortalama Ortaya Çıkma Yaşına Göre Değerlendirilmesi

Şekil 12. BB Grubunda Premorbid ve Prodromal Belirtilerin Ortalama Ortaya Çıkma Yaşına Göre Değerlendirilmesi

KISALTMALAR

PB : Psikotik Bozukluk

BB : Bipolar Bozukluk

EBP : Erken Başlangıçlı Psikozlar

ÇEBP : Çok Erken Başlangıçlı Psikozlar

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MDB : Major Depresif Bozukluk

PTSB : Post Travmatik Stres Bozukluğu

CHR : Clinical High Risk, Klinik Olarak Yüksek Risk

UHR : Ultra High Risk, Çok Yüksek Risk

APS : Attenuated Psychotic Symptom, Hafif Psikotik Semptom Kriteri

BLIPS : Brief Limited Intermittan Psychotic Symptom, Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom

GRFD : Genetic Risk and Functional Decline, Genetik Risk ile İşlevsellikte Azalma

KOKGB : Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

DB : Davranım Bozukluğu

AAP : Atipik Anti Psikotik

DDD : Duygudurum Dengeleyici

SK : Sağlıklı Kontrol

MKB : Madde Kullanım Bozukluğu

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli

1.GİRİŞ

Genel tıpta erken tanı ve müdahale yaklaşımlarının birçok hastalığın (örneğin kanser) prognozunu iyileştirmedeki önemi tartışılmaz olarak kabul görmektedir. Erken tanı, hasta için daha kabul edilebilir etkinliği olan (örneğin, daha az yan etkiye yol açan) ancak ileri evrelerde etkisiz olabilecek tedavi seçeneklerinin başarısını artırmak için de etkin bir yoldur. Son yıllarda, erken tanı ve müdahale yaklaşımının psikiyatri pratiğinde de önemli olabileceği düşünülmüştür. Erken müdahale yaklaşımları psikiyatride ilk olarak psikotik bozukluk üzerinedir. Başlangıçta, ilk psikotik atak sonrasındaki 3-5 yılı kapsayan "kritik dönemde" müdahale ve izleme ilgili çalışmalar yapılmış, yani yeni tanı alan vakalarda 'erken ikincil müdahaleye' odaklanılmıştır. Daha sonra ise 'birincil müdahaleler' kapsamında, psikoz gelişimi açısından çok yüksek risk taşıyan fakat tam olarak PB tanı kriterlerini karşılamayan hastaların tespiti ve bu hastalara erken müdahale konusuna odaklanılmıştır (1). Bu da, sıkıntıda olan ve bozulmuş işlevsellik gösteren yardım arayışı içindeki hastaların yani "Çok Yüksek Riskli Hastaların" tanımlanmasını sağlayan standardize edilmiş değerlendirme araçlarının oluşturulmasını sağlamıştır (2). Son zamanlarda ise alanyazında bu kavram ve stratejilerin psikotik bozukluktan diğer psikiyatrik hastalıklara, özellikle de BB'ye uygulanabilirliği üzerinde durulmaktadır (3). Hem PB hem de BB'nin, işlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden psikiyatrik bozukluklar olması sebebiyle bu hastalıklarda prodromal dönemde müdahale, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedefdir. Ergenlik yılları PB ve BB'nin erken tanısı (ve müdahale) için önemli bir dönemdir. Çünkü genellikle her iki psikiyatrik bozukluk da geç ergenlik ve erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca gençlerde BB ve PB'un erken tanısı sadece duygudurum düzenlenmesi ya da psikotik bulguların önlenmesi açısından değil, çocuğun normal gelişim basamaklarını tamamlaması ve psikososyal gelişim ve eğitiminde ciddi kayıpların önlenmesi açısından da önemlidir (4). Bu veriler ışığında, çalışmamızda BB tanısı alan ergenler ile PB tanısı alan ergenler, prodromal dönem belirtileri açısından karşılaştırılacak olup bipolar bozukluğun prodromunun farklı olup olmadığı ve hastalık öncesi işlevsellik açısından her iki hastalık arasında fark bulunup bulunmadığı araştırılacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Spektrum Bozuklukları

2.1.1.Tanım

Şizofreni spektrum bozuklukları (şizofreni, şizoafektif, şizofreniform, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, tanımlanmamış diğer psikotik bozukluklar) genellikle ergenlik ya da genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan, psikotik bulguların yanı sıra, bilişsel işlevler ve sosyal ilişkilerde ciddi bozulmalarla seyreden nörogelişimsel psikiyatrik bozukluklardır (5). Genel popülasyonda yaşam boyu şizofreni prevalansı, yaklaşık olarak %0.3 ile %0.7 arasında değişmektedir (6). Tüm psikozların yaklaşık %10-15'i 18 yaşından önce ortaya çıkan erken başlangıçlı psikozlar (EBP) olup %1-3'ü ise 13 yaşından önce başlayan çok erken başlangıçlı psikozlardır (ÇEBP) (7,8). 13 yaşından önce başlangıç nadirdir ve ergenlikle birlikte başlangıç sıklığı belirgin derecede artar.

Şizofreni, gençlerde ve erişkinlerde dört aşama ile karakterizedir: prodrom, akut, iyileşme ve rezidüel (9). Hastalık başladıktan sonra, son üç aşama evresi gözlemlenir. Bireyler genellikle belirgin pozitif semptomlarla karakterize olan aktif akut psikotik fazda tanı alırlar. Hastalar bu evrede genellikle, dezorganize ve konfüdürler, çevrelerine ya da kendilerine zarar verme riskleri vardır. Pozitif belirtiler; varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma, dezorganize ve katatonik davranışlardır. Aktif fazdan iyileşme, negatif semptomların baskın olduğu evreye geçiş anlamına gelir. Negatif belirtiler ise; afektif küntlük, avolüsyon, anhedoni, aloji, asosyallik, dikkat ve göz temasında azalma olarak sıralanabilir. İyileşme, tedavi yanıtına bağlı olarak 1 ile 6 ay arasında sürer. Gençlerde iyileşme genellikle kısmidir. Tedavisiz geçen sürenin uzunluğu ve başlangıçta negatif bulguların baskın olması, daha kötü prognoz anlamına gelir. Akut evresi tedavi edilen hastalarda, işlevsellik kayıpları, rezidüel düşünce bozuklukları ve negatif semptomlar genellikle devam eder (10).

Pozitif semptomlar başlamadan önce, bireyler hastalığın öncüsü sayılan işlevsellik kayıpları yaşarlar. Bu prodromal süreç boyunca, sosyal izolasyon, akademik güçlükler, garip ve idiosynkretik endişeler ve mood semptomları gibi belirtiler görülebilir. Her 4 şizofreni hastasından 3'ü, tanı almadan önce en az bir yıl prodromal dönem yaşar (11,12). Çocukluk çağı başlangıçlı şizofrenide daha kronik bir

prodromal evre görülürken, ergenlik başlangıçlı şizofrenide hem akut prodromal başlangıç hem de sinsi-kronik başlangıç görülebilir (9). Buna ilaveten, erken başlangıçlı şizofrenide gelişim geriliği, öğrenme güçlüğü, davranış güçlüğü/anormallikleri, sosyal içe çekilme gibi premorbid problemlere sık rastlanılır (9). Sık rastlanılan komorbid ya da pre-morbid psikiyatrik problemler: DEHB, yıkıcı davranış bozukluğu, anksiyete ve mood bozuklukları ve ergenlerde madde kullanım bozukluğudur (13).

Erken başlangıçlı şizofreni diğer çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları ile karşılaştırıldığında, daha fazla sosyal işlevsellik kaybı, daha az bağımsız yaşayabilme olasılığı, daha düşük mesleki işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur (14).

2.1.2. Tarihçe

Çocuk psikiyatrisindeki ilk kitabın (Psychic Disturbances of Childhood) yazarı olan Hermann Emminghaus (1887), çocukluk psikozunu "serebral nörasteni" olarak tanımlamış ve bu hastalığı "Bilişsel işlevlerde azalma, duygudurumunda değişiklikler, uyku sorunları ve santral sinir sisteminin uyarımı ile ilgili çok yönlü anormalliklerle karakterize olan, subakut ya da kronik seyirli ve farklı prognozlarla karakterize olan beynin nörozisi" olarak açıklamıştır (15). 20. yüzyılın başında ise, Kraepelin (1913) iki çeşit endojen psikoz tanımlamıştır: demantia precox ve manik depresif psikoz. Kraepelin daha ileri tanımlamalarda bulunsa da, onu takip edenler bu basit dikotomiye kullanmaya devam etmişlerdir. Kraepelin ayrıca zihinsel geriliği bulunan bazı çocukların aslında şizofreni olduklarını iddia etmekteydi (15). August Homburger (1926) ise çocukluk şizofrenisinin içe çekilme, negativizm ve garip-beklenmedik davranışlarla karakterize olduğunu ayrıca sanrıların özellikle genç çocuklarda daha nadir olduğunu bildirmiştir. Çocuklukta şizofreninin spesifik bir hastalık olarak bildirilmesi 1930'ların sonlarına dayanmaktadır (15). 1950 ve 60'larda, yaş ve gelişimsel seviyenin çocukluk psikozlarının sınıflandırılmasında önemli olduğu bazı deneysel çalışmalarla gösterildi (16). Sonuçta bu çalışmalar çocukluk çağı psikozunu üç gruba ayıran (erken infantil otizm, çocukluk şizofrenisi, çocukluğun dezintegratif psikozu) Kanner'in fikirlerini doğruladılar. Bu sınıflamalar Uluslararası Hastalık

Sınıflandırmaları gibi (ICD-9 (17), DSM-III (18) ve DSM-III-R (19) gibi) çok eksenli tanı sınıflama sistemlerini de etkilemişlerdir (15).

2.1.3. Epidemiyoloji

Genel popülasyonda, yaşam boyu şizofreni prevalansı, yaklaşık olarak %0.3 ile %0.7 arasında değişmektedir (20). 13 yaşından önce başlangıç nadirdir ve ergenlikle birlikte başlangıç sıklığı belirgin derecede artar. Erkekler için pik başlangıç yaşı 15-25; kadınlarda ise 20-30'dur. Erken başlangıçlı şizofreni erkeklerde daha sık görülmektedir (9). The National Institute of Mental Health'in (NIMH) verilerine göre, çocukluk çağı başlangıçlı Şizofreni insidansı, %0.04'ten azdır (21).

2.1.4. Etiyoloji

Şizofreninin patofizyolojisini ve nörobiyolojik temellerini anlamak; hastalığın tanısal geçerliliği sağlanması, alt tiplerini belirlenmesi, altta yatan mekanizmaların ve ilaç tedavisi için yeni hedeflerin saptaması açısından önemli bir hedeftir (22,23). Günümüzde şizofreninin etiyolojisi bilinmemektedir. Bulgular, şizofreninin beyaz ve gri maddede değişikliklerle, beyinde bağlantı sorunlarıyla ve in vivo beyin işlevselliği ile ilişkili bir beyin hastalığı olduğu yönündedir (21).

Şizofreniyi nörogelişimsel bir bozukluk olarak açıklamak en yaygın olarak kabul edilen yaklaşımlardandır. Burada iki teori bulunmaktadır: İlki şizofreninin fetal dönemde beyin gelişiminde ortaya çıkan statik bir lezyondan kaynaklandığını iddia etmektedir (24). Diğeri ise, şizofreninin anormal beyin gelişimi olan bireylerde ergenlik döneminde ortaya çıkan aşırı sinaptik ve/veya dentritik budanma sonucu anormal nöronal iletişime ikincil ortaya çıktığı yönündedir (25,26). Bu teoriler zamanla birleştirilmiştir ve günümüzde şizofreninin, her birisinin orta derecede riski arttırıcı etkisi olan çoklu genetik etkenin çevre ile etkileşmesi sonucunda ortaya çıkan multifaktöriyel bir ruhsal bozukluk olduğu anlaşılmıştır (27). Ayrıca günümüzde kortikal aminoasit nörotransmitter sistemlerine odaklanan diğer başka hipotezler de bulunmaktadır (yani; dopamin, glutamat, GABA, seratonin) (28).

Yapılan çalışmalar özellikle profrontal ve temporal korteks alanlarında anormal nöronal gelişimin olduğunu ortaya çıkarmıştır (29). Birçok farklı nörogelişimsel bozukluğun temelini oluşturan GABA internöronlarının gelişimsel bozulmasının zamanlamasındaki değişikliklerle ilgili teori giderek destek kazanmaktadır (30). Şizofrenide dopamin ve glutamat nörotransmisyonunun anormal olduğu nerdeyse kesinlik kazanmıştır (31,32). Striatal dopaminerjik aşırı aktivite genel olarak psikotik semptomların ortaya çıkmasında veya psikoza dönüşümde kritik rol oynayabilir (31,32).

Kortekste, hipokampüste ve amigdalada total volüm azalmasıyla karakterize yapısal beyin anormallikleri, şizofreninin temel özelliğidir (33,34). NIMH çocukluk çağı şizofreni örneklemelerinde tekrarlayan MRG (manyetik rezonans görüntülemesi) ile yapılan prospektif izlem çalışması, özellikle ergenlik döneminde olmak üzere EBP'lerin beyinde ilerleyici değişiklikler olduğunu göstermiştir (25). Bu bulgu, ergenlik döneminin kritik ve özellikle tedavi etkilerine karşı duyarlı olduğunu göstermektedir. Bu değişiklikler yalnızca kısıtlı bir zaman diliminde meydana gelmektedir. EBP'de gri cevher volümü, yaş olarak eşleştirilmiş kontrol grubuna kıyasla %8-10 oranında daha azdır (35,36). Niceliksel beyin görüntüleme verilerinin uzunlamasına analizleri, gri madde kaybı oranlarının EBP hastaları 20 yaşına ulaştıklarında azalmaya başladığını göstermektedir (37,38). Bu çalışmalar ayrıca, EBP'nin daha kötü prognozu olsa da erişkin başlangıçlı şizofreni ile benzer olduğunu ve devamlılık gösterdiğini desteklemiştir. Total, frontal, temporal ve pariyetal gri madde kaybı, sağlıklı çocuk ve ergende ya da atipik psikoza görülmemektedir. Bu nedenle bu bulgu EBP'ye özgül bir bulgudur (38).

2.1.5. Klinik görünüm

Erken başlangıçlı şizofreninin tanısı, erişkinler için kullanılan aynı tanı kriterleri kullanılarak konulur. Gençlerde özellikle hastalığın başlangıç döneminde yanlış tanı konulması sıktır (39). Halüsinasyon, dezorganize düşünce, afektte donukluk EBP tanılı olgularda daha sık görülürken; komplike sanrılar ve katatoni daha nadir görülür (40). EBP'da görülen düşünce bozuklukları çağrışımlarda gevşeklik ve mantıksız düşünmeyle karakterizedir (41).

2.1.6. DSM-V Tanı Kriterleri

2.1.6.1. Şizofreniform Bozukluk için DSM-V Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süre) sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin “1”, “2” ya da “3” olması gerekir.

1. Sanrılar

2. Varsanılar

3. Dezorganize konuşma (sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)

4. Tamamen dezorganize davranış ya da katatoni

5. Negatif semptomlar (duygusal katılımda azalma ya da avolüsyon)

B. Hastalığın bir epizodu en az 1 ay sürer fakat 6 aydan kısadır. Eğer tanı iyileşme beklenmeden yapılmışsa, bu durumda "geçici tanı" olarak tanımlanmalıdır.

C. Şizoafektif bozukluk ve psikotik bulguların eşlik ettiği depresif ya da bipolar bozukluklar dışlanmalıdır. Aktif psikotik fazda herhangi bir major depresif ya da manik atak görülmemiş olmalıdır ya da eğer aktif psikotik fazda duygudurum epizotları ortaya çıktıysa bu ataklar aktif ve rezidüel toplam hastalık süresinin kısa bir dönemini kapsamaktadır.

D. Var olan rahatsızlık, herhangi bir maddeye (örn; madde kullanımı ya da ilaç tedavisi) ya da başka bir tıbbi duruma ikincil olarak ortaya çıkmamıştır.

Varsa belirtiniz:

İyi prognostik özellikli: Bu belirteç sıralanan özelliklerden en az ikisini içermelidir: normal davranış ve işlevsellikte ortaya çıkan fark edilebilir ilk değişikliklerden sonraki dört hafta içinde psikotik belirtilerin başlangıç göstermesi, konfüzyon ya da perpleksi, sosyal ya da mesleki alandaki hastalık öncesi işlevselliğin iyi olması ve künt afektin bulunmaması.

İyi prognostik özellikler olmadan: Eğer yukarıda belirtilen özelliklerden en az ikisinin bulunmaması durumunda uygulanır.

Katatoni ile seyreden

Şu anki hastalık şiddetini belirtiniz:

Şiddet psikozun primer semptomlarının (sanrı, varsanı, dezorganize konuşma, anormal psikomotor davranış ve negatif semptomlar) nicel değerlendirilmesi ile derecelendirilir. Her bir semptom şu anki ciddiyetine göre (son bir haftada en şiddetli durumuna göre) beş puanlık skala üzerinden derecelendirilir (0=yok ile 4=var ve şiddetli arasında).

2.1.6.2. Şizofreni için DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süre) sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin “1”, “2” ya da “3” olması gerekir.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dezorganize konuşma (sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma)
4. Tamamen dezorganize davranış ya da katatoni
5. Negatif semptomlar (duygusal katılımda azalma ya da avolüsyon)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde; iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi bir ya da birden çok alanda işlevsellik düzeyi bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa; kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay mevcuttur. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örneğin yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

- D. Şizoafektif bozukluk ve psikotik bulguların eşlik ettiği depresif ya da bipolar bozukluklar dışlanmalıdır. Aktif psikotik fazda herhangi bir major ya da manik atak görülmemiş olmalıdır ya da eğer aktif psikotik fazda mood epizotları ortaya çıktıysa bu ataklar aktif ve rezidüel toplam hastalık süresinin kısa bir dönemini kapsamaktadır.
- E. Var olan rahatsızlık, herhangi bir maddeye (örn; madde kullanımı ya da ilaç tedavisi) ya da başka bir tıbbi duruma ikincil olarak ortaya çıkmamıştır.
- F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocukluk çağında başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü olan durumda şizofreni tanısı konulabilmesi için; gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarı ile tedavi edilmişse daha kısa süre) bir süre ile bulunmalıdır

Varsa Belirtiniz;

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk anca bir yıl sürdükten sonra ve tanısız gidiş ölçütleri ile çelişmemeleri halinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır:

İlk dönem, o sırada akut dönemde

İlk dönem, o sırada tam olmayan iyileşme gösteren

İlk dönem, o sırada tam iyileşme gösteren

Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde

Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan yatışma gösteren

Çoğul dönemler, o sırada tam yatışma gösteren

Sürekli

Belirlenmemiş

Katatoni ile seyreden

2.1.6.3. Şizoafektif Bozukluk için DSM-V Tanı Kriterleri

- A. Hastalığın kesintisiz bir periyodunda şizofreninin A kriterleriyle eş zamanlı olarak ortaya çıkan major bir duygudurum atağı (major depresif ya da manik) vardır. Not: Major depresif atak Kriter A1'deli depresif duygudurumunu içermelidir.
- B. Hastalık süresince, major bir duygudurum atağı olmaksızın en az iki hafta ya da daha uzun süren sanrı ya da varsanı bulunmalıdır.
- C. Major duygudurum epizotunu karşılayan semptomlar hastalığın aktif ve rezidüel toplam hastalık süresinin çoğunluğunda bulunmaktadır.
- D. Var olan rahatsızlık, herhangi bir maddeye (örn; madde kullanımı ya da ilaç tedavisi) ya da başka bir tıbbi duruma ikincil olarak ortaya çıkmamıştır.

Belirtiniz:

Bipolar tip: Bu alt tip major duygudurum atağı olarak manik epizotun bulunması durumunda uygulanır. Major depresif epizot ayrıca eşlik edebilir.

Depresif tip: Bu alt tip eğer sadece major depresif ataklar varsa uygulanır.

Katatonik eşlik eden

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk anca bir yıl sürdükten sonra ve tanısal gidiş ölçütleri ile çelişmemeleri halinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır:

İlk dönem, o sırada akut dönemde

İlk dönem, o sırada tam olmayan iyileşme gösteren

İlk dönem, o sırada tam iyileşme gösteren

Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde

Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan yatışma gösteren

Çoğul dönemler, o sırada tam yatışma gösteren

Sürekli

Belirlenmemiş

2.1.6.4. Diğer Ruhsal Bozukluklarla İlişkili Katatonik Bozukluk için DMS-V Tanı kriterleri

A. Var olan klinik tabloda aşağıda sıralanan belirtilerden en az üçü bulunmaktadır:

1. Stupor (psikomotor aktivitenin olmayışı; çevreyle aktif olarak bağlantı kurmama)
2. Katalepsi (yerçekimine karşı pasif olarak indüklenen postürün varlığı)
3. Balmumu katılığı (klinikyenden tarafından pozisyon verilmesine karşı direnç)
4. Mutizm (sözel yanıtın hiç olmaması ya da çok az oluşu)
5. Negativizm (içsel ya da dışsal uyarana yanıtın olmayışı)
6. Postür alma (yerçekimine karşı bir postürün spontan ya da aktif olarak sürdürülmesi)
7. Manyerizm (garip tuhaf vücut hareketleri)
8. Stereotipi (tekrarlayıcı, anormal sıklıkta, amaca yönelik olmayan hareketler)
9. Ajitasyon (dış uyarandan tarafından tetiklenmemelidir.)
10. Grismas
11. Ekolali
12. Ekopraksi

Belirtiniz:

Katatonik ile ilişkili olan ruhsal hastalığı belirtiniz. Örneğin: major depresif bozukluk ile ilişkili katatonik bozukluk.

2.1.7. Şizofreni Spektrum Bozukluklarında DSM-V değişiklikleri

2013 yılında yayınlanan DSM-V'te (6) psikotik bozukluklarla ilgili bir takım değişiklikler olmuştur. İlk olarak DSM-IV-TR'de (42) "Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar" bölüm başlığı DSM-V'te "Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar" olarak değiştirilmiştir (6).

DSM-5'te Şizofreni'nin A grubu tanı ölçütlerinde iki değişiklik yapılmıştır. İlk değişiklik, Schneiderian işitsel varsanıların (örn; yorum yapan ses ya da tartışan iki ya da daha fazla ses) ve bizar sanrılara atfedilen önemin kaldırılması olmuştur. DSM-4-TR'de şizofreninin A grubu tanı ölçütlerinde 5 maddenin en az ikisinin bulunması

gerektiği belirtilmekle birlikte şöyle bir not bulunmaktaydı: Hezeyanların bizar olması ya da Schneiderian işitsel varsanılarının olması durumunda A tanı kriterleri yalnızca bu belirtilerin bulunmasıyla yani ikinci bir ek madde aranmaksızın karşılanır. Fakat bu dip not, Schneiderian semptomların özgül olmayışı ve bizar sanrıları bizar olmayanlardan ayırt etmenin güvenilirliğinin düşük olması nedeniyle kaldırılmıştır. Böylece, DSM-V'te A kriterinin karşılanması için her koşulda iki semptom gereklidir. İkinci değişiklik ise, A kriterine ek bir koşul eklenmesi olmuştur: A kriterinin karşılanması için gerekli iki semptomdan en az biri sanrı, varsanı veya dezorganize konuşma olmalıdır. Bu çekirdek pozitif semptomlardan en az birinin varlığı şizofreni tanısının güvenilirliği için gereklidir. Ayrıca DSM-IV-TR'deki şizofreninin alt tipleri (yani, paranoid, dezorganize, katatonik, ayrımlanmamış ve rezidüel tip) tanı sürekliliğinin düşük olması, düşük güvenilirlik ve geçerliliklerinin bulunması nedeniyle kaldırılmıştır. Bu alt tipler tedavi yanıtında ya da uzunlamasına izlemde farklı bir patern göstermemekteydi. Bunun yerine, III. kısma şizofreninin çekirdek semptomlarının şiddetini derecelendirmek için boyutsal bir yaklaşım eklenmiştir. Böylece semptom tiplerindeki heterojenitenin ve psikotik bozukluğu olan bireylerdeki hastalık ciddiyetinin saptanması amaçlanmıştır (43).

Şizoafektif bozukluktaki DSM-IV'e göre primer değişiklik A kriteri karşılandıktan sonra hastalığın toplam süresinin büyük bir kısmında major duygudurum epizotunun bulunması gerekliliği olmuştur. Bu değişiklik hem kavramsal hem de psikometrik zeminde yapılmıştır. Bu da şizoafektif bozukluğu kesitsel bir tanı yerine boylamsal bir tanı haline getirmektedir. Böylece şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, şizofrenik bozukluk gibi kesitsel tanımlar arasında bir köprü görevi görmektedir. Bu değişiklik ayrıca bu hastalığın güvenilirlik, tanısal stabilite ve geçerliliğini de arttırmaktadır (43).

Sanrısız bozukluklar için ise, artık A kriterindeki sanrının bizar olmaması gerekliliği koşulu kaldırılmıştır. DSM-IV-TR'deki bizar sanrıların bulunması durumunda bunun belirleyici olarak belirtilmesi önerilmektedir. Bu durum, DSM-V'te geçerliliğini sürdürmektedir. Sanrısız bozukluk ile obsesif kompulsif bozukluk ve beden dismorfik bozukluğun psikotik varyantları arasındaki sınırı belirlemek için "Bu semptomlar iç görüsü olmayan/sanrısız inanış içeren obsesif kompulsif bozukluk veya beden dismorfik bozuklukla daha iyi açıklanamaz." açıklaması eklenmiştir. DSM-V'te

paylaşılmış sanrısız bozukluk tanısı kaldırılmıştır. Eğer paylaşılması sanrısız bozukluk durumunda kriterler sanrısız bozukluğu karşılıyorsa tanı "Sanrısız Bozukluk", karşılmıyorsa tanı "Diğer Tanımlanmamış Şizofreni Spektrum Bozuklukları ve Diğer Psikotik Bozukluklar" olarak belirtilmelidir (43).

DSM-V'te katatoni hangi durumda ortaya çıkarsa çıksın (psikotik, bipolar, depresif bozukluk ya da diğer tıbbi durumlar) aynı kriterler kullanılmaktadır. DSM-IV'te ise eğer hastalık psikotik ya da duygudurum bozukluğuyrsa beş semptomdan ikisi, eğer genel tıbbi duruma bağlıysa sadece biri yeterli olarak görölmekteydi. DSM-V'te ise altta yatan etiyoloji ne olursa olsun 12 maddeden 3'ünün bulunması gerekliliği getirildi. Depresif, bipolar ve psikotik bozuklukların bulunması durumunda katatoni tanısı konulup altta yatan psikiyatrik hastalık belirteç olarak eklenmelidir. Diğer tıbbi durumlarda ortaya çıkan katatoni için ise "Diğer Tıbbi Duruma Bağlı Katatonik Bozukluk" tanısı konulmalıdır (43).

Ayrıca DSM-V'te şizofreninin bazı tanı ölçütlerinin karşıldığı fakat tüm tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlar "Belirlenmemiş Şizofreni Spektrumu ya da Diğer Psikotik Bozukluk" tanısı almaktadır. Halbuki DSM-IV'te bu durumlarda "Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk" tanısı konulmaktaydı (43).

DSM-V'te çocukluk çağında başlayan psikotik bozukluklar için erişkinlerde kullanılan kriterler kullanılmaktadır. Fakat yine de yaş ve gelişimsel seviyenin çocukluk psikozlarının sınıflandırılmasında önemli olması yönünde bulgular nedeniyle yaşa dayalı şizofreni sınıflandırılması güncelliğini korumaktadır (18 yaş öncesi EBP, 13 yaş öncesi ÇEBP) (6).

2.1.8. Psikotik Bozukluklarda Görülen Prodromal Belirtiler

Prodrom, Yunancada bir olayın habercisi anlamına gelen "prodromos" kelimesinden köken alan, bir hastalığın akut klinik fazını öngördürücü olan erken semptom ve belirtiler olarak tanımlanmaktadır. "Prodrom" terminolojisi doğru olarak kullanılırsa, prodrom her zaman bir hastalığın öncüsüdür ve tam olarak tanı kriterlerini karşılayan bir atağa dönüşen öncül belirtileri gösterir. Yani prodrom yalnızca bir hastalığın başlangıcından sonra, ancak retrospektif olarak tanımlanabilir (44). Neticede erken prodrom kavramı, 'geri dönüşü olmayan' nokta olarak anlaşılmalıdır,

yani; 'erken prodrom', 'geç prodrom'a ilerleyen sonunda da bir hastalık atağına dönüşen geri dönüşümsüz bir süreci tanımlar (44).

İlk psikotik atak öncesinde genellikle bireylerin %80 ile 90'ı hastalığın öncüsü sayılan, eşik altı pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsellikte düşüşle karakterize olan, süresi değişken prodromal bir evre yaşarlar (45–48). Her 4 şizofreni hastasından 3'ü, tanı almadan önce en az bir yıl prodromal dönem yaşar (11,12). Psikotik bozukluk tanısı almış kişiler veya yakınlarından retrospektif olarak alınan bilgiler doğrultusunda, prodromal süreç boyunca, sosyal izolasyon, akademik güçlükler, sıra dışı endişeler, garip davranışlar ve çökkün duygudurum gibi belirtilerin görüldüğü saptanmıştır (49).

2.1.9. Psikoz için Evreleme Modeli ve Risk Durumları

McGorry ve ark.ları, psikoz ve afektif bozuklukların erken evre belirtilerini, başlangıç ve kronikleşme dönemlerini kapsayan bir evreleme modeli önermişlerdir (50) (Tablo.1). Ayrıca erken evrelerdeki risk durumunun birçok farklı psikiyatrik tanıya dönüşmesi sebebiyle, erken evreleri "pluripotent evre" olarak tanımlamışlardır (51). Bununla birlikte, bu evredeki bireylerin gerçekten de "pluripotent" bir risk mi taşıdığı yoksa bu popülasyonun özgül psikiyatrik hastalıklara dönüşümle ilişkili çok sayıda ayrı risk sendromu olan bireylerden mi oluştuğu henüz belirsizdir.

Evreleme modelindeki evre 0 ve 1a ile evre 1b arasındaki, yani psikoz için risk durumları ile çok yüksek risk durumları arasındaki en önemli fark, evre 0 ve 1a'da yardım arayışının olmaması; evre 1b'de ise yeni semptomların ortaya çıkması veya semptomların kötüleşmesiyle birlikte yardım arama davranışının bulunmasıdır (49).

Psikoz için risk durumları şunlardır: a) birinci derece akrabalarda psikotik bozukluk öyküsü, b) şizotipal kişilik bozukluğu (aile öyküsü olmaksızın), c) psikoz benzeri yaşantılar, d) psikotik olmayan non spesifik ruhsal semptomlar ve e) negatif semptomlar.

Tablo 1. Psikotik Bozukluklar için Evreleme Modeli *

Evre	Tanım	Hedef popülasyon ve hastaları yönlendiren birimler
0	Semptom olmaksızın psikoz veya afektif bozukluklar için artmış risk	Hasta olan kişinin ergenlik döneminde olan birinci derece akrabası
1a	Psikoz ya da afektif bozuklukların hafif/non-spesifik semptomları İşlevsellikte hafif derecede bozulmaların olması	Ergen popülasyonunun taranması Birinci basamak hekimleri ya da okul rehberlik birimi tarafından yönlendirilir.
1b	Çok yüksek risk: İşlevsellikte düşüşle birlikte (GAF<70) orta şiddette fakat eşik altı semptomların bulunması	Eğitim kurumları, birinci basamak hekimleri, acil servisler, sosyal hizmet veren kuruluşlar tarafından yönlendirilir.
2	İlk atak psikoz ya da afektif bozukluk Orta ya da ciddi derecede semptomlar ve işlevsellikte azalma ile birlikte (GAF 30-50) tam olarak tanı kriterlerini karşılayan atak	Birinci basamak hekimleri, acil serviler, alkol-madde bağımlılığı servisler, sosyal hizmet veren kuruluşlar, özelleşmiş ayaktan destek birimleri tarafından yönlendirilir.
3a	İlk atak sonrası kısmi remisyon Hasta 3. evreyle devam edebilir ya da hızla 4. evreye geçebilir.	Genel ve uzmanlaşmış psikiyatrik bakım veren kuruluşlar
3b	Psikoz ya da afektif bozuklukların rekürrens ve relapsları Hastalar belli bir işlevsellik seviyesini koruyabilirler, rezidüel belirtiler sergileyebilirler	Genel ve uzmanlaşmış psikiyatrik bakım veren kuruluşlar
3c	Tekrarlayan relapslar, klinik olarak kötüleşme, hastalığın objektif olarak etkisinin hissedilmesi	Uzmanlaşmış bakım veren kuruluşlar
4	Ciddi, persistant veya remisyona girmeyen hastalık (semptomlar ve yeti yitimine dayanarak) Hastalar direkt olarak spesifik klinik ve işlevsellik kriteri nedeniyle evre 2'den veya tedaviye yanıtızlık nedeniyle evre 3a'dan bu evreye geçebilirler.	Uzmanlaşmış bakım veren kuruluşlar

**McGorry ve ark.larından uyarlanmış tablo. Yeterli kanıt yokluğu nedeniyle orijinal modeldeki bilişsel işlevler ile ilgili öneriler çıkarılmıştır.*

Genetik yüklülük şizofreni için en tutarlı risk faktörü olarak tanımlanmıştır ve şizofreninin heritabilitesinin %80 kadar yüksek olabileceği tahmin edilmektedir (52). Genetik ilişkisinin derecesiyle risk artmaktadır. Örneğin monozigot ikizlerde psikoz riski %44-52, şizofreni hastalarının çocuklarında %10, kardeşlerinde ise %7-8 civarındadır (53).

Şizotipal kişilik bozukluğu, latent bir kişilik organizasyonu olup kognitif-algisal (varsanılar, şüphecilik, referans fikirleri), kişiler arası (kısıtlı afekt, yakın arkadaşın olmaması, anhedoni) ve dezorganizasyon (garip davranış ve düşünce) alanlarında anormalliklerle tanımlanmaktadır (54). Ailede psikoz öyküsü ve/veya şizotipal kişilik bozukluğuyla birlikte psikososyal işlevselliğinde ciddi azalma olan bireylerin prospektif izlemlerinde psikoza dönüşüm oranları, 2. yılda %1.9, 3. yılda ise %1.4 olarak saptanmıştır (55).

Psikoz benzeri yaşantılar ise, bireyin kendisi tarafından deneyimlenen, hafif düzeyde ve çoğunlukla geçici olan pozitif psikotik deneyimler olup bizar deneyimleri, algısal anormallikleri, grandiyözite ve perseküsyon düşüncelerini içerir (56). Şizotipal kişilik bozukluğu kalıcıyken, psikoz benzeri yaşantılar geçicidir. Her iki durum da çoğu zaman bireyde stres ve yardım arayışına neden olmamakta ve işlevsellikte çok belirgin bir bozulma yaratmamaktadır. Kelleher tarafından 2012 yılında yapılan meta-analize göre, psikoz benzeri yaşantılar genel toplum örnekleminde 9-12 yaş arası çocuklarda %17, 13-18 yaş arası ergenlerde ise %7.5 civarında görülmektedir (57). Kaymaz ve ark.ları tarafından 2012 yılında yapılan meta-analizde ise, eşik altı psikotik deneyimler yaşayan çocuk ve ergenlerin yıllık psikoza dönüşüm sıklığının (%0.56), bu deneyimleri yaşamayanlardan (%0.16) 3.5 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (58). Bununla birlikte son zamanlarda yapılan çalışmalar, psikoz benzeri yaşantıların düşük özgüllükte olduğunu göstermekte olup bu belirtileri yaşayan bireylerde sadece psikoz değil diğer psikiyatrik bozuklukların da ortaya çıkabildiğini (örn, post travmatik stres bozukluğu) bildirmektedir. Bu bilgidен hareketle erken yaşlardaki psikoz benzeri deneyimlerin genel olarak erişkinlik çağı ruhsal hastalıkları için bir gösterge olabileceği düşünülmektedir (59).

Birinci derece akrabalarında psikotik bozukluğu olan kişilerle yapılan prospektif çalışmalar, psikotik bozukluk ortaya çıkan hastaların prodromal döneminde

başta afektif belirtiler ve anksiyete semptomları olmak üzere, yüksek oranda psikotik olmayan psikopatolojilerin olduğunu göstermiştir (60,61). Fakat bu belirtilerin şizofreni için özgül olmayışı, izole olarak kullanıldıklarında çok ciddi oranda yalancı pozitifliğe ve damgalanmaya yol açabilir. Bununla birlikte özellikle anksiyete ve afektif sorunların, psikoz için riski arttıran diğer özelliklerle (örn; temel semptomlar, bilişsel bozukluk, aile öyküsü gibi) birlikte kullanımı, psikoz tahminini arttırmada katkı sağlayabilir (49).

Negatif semptom, bilişsel bozulma ve psikososyal işlev bozukluğuyla karakterize olan şizotaksi de psikoz risk durumu olarak tanımlanmaktadır (62). Fakat günümüzde şizotaksik bireylerin psikotik bozukluğa dönüşüm oranları ile ilgili yapılmış prospektif bir çalışma bulunmamaktadır.

Evre 1b ise, bir ya da iki yıl gibi çok yakın bir dönemde psikoza dönüşmesi beklenen "psikoz için klinik olarak yüksek riskli (clinical high risk, CHR)" durumları tanımlamaktadır. Günümüzde, psikozların CHR durumunun tanımlanmasında iki tamamlayıcı yaklaşım bulunmaktadır: Çok yüksek risk (ultra high risk, UHR) ve temel semptom ölçütleri (63,64). Çok yüksek risk kriterleri, hafif psikotik semptom kriteri (attenuated psychotic symptom, APS), kısa süreli geçici ve sınırlı psikotik semptom kriteri (brief limited intermittent psychotic symptom, BLIPS) ve genetik risk ile işlevsellikte azalma (genetic risk and functional decline, GRFD) kriterlerinden en az birinin varlığıyla karakterizedir (Tablo.2). CHR durumlarını değerlendiren ölçekler, UHR kriterlerinin başlangıcı, sıklıkları ve eşlik eden işlevsellikte bozulma durumu açısından belirgin farklılık göstermektedir. (55) Günümüzde UHR kriterlerinin değerlendirilmesinde: Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme (Structured Interview for Psychosis Risk Syndromes, SIPS), (65) Risk Altındaki Ruhsal Durumların Kapsamlı Değerlendirilmesi erken versiyon ve 2006 versiyonu (Comprehensive Assessment of At Risk Mental States, CAARMS), (2,66) Basel Psikoz Tarama Aracı (BSIP: Basel Screening Instrument for Psychosis), (67) Erken Tanı Envanteri (The Early Recognition Inventory, ERIRAOS) (68) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Skalası (Positive and Negative Syndrome Scale, PANNS) (69) gibi değerlendirme araçları kullanılmaktadır.

UHR'nin aksine temel semptom kriterleri ise (bilişsel-algılama temel semptom kriterleri (the cognitive-perceptive basic symptoms, COPER), bilişsel bozulma kriterleri (the cognitive disturbances, COGDIS) psikozun gelişiminde olabildiğince erken, hatta ideal olarak işlevsellikte kayıplar ortaya çıkmadan önce risklerin tespit edilmesi amacıyla geliştirilmiştir (70,71). Temel semptom kriterleri, Şizofreniye Yatkınlık Envanteri Çocuk & Ergen versiyonu aracılığıyla değerlendirilmektedir (72) (Tablo.3). Ancak, temel semptom ve UHR kriterleri sıklıkla aynı kişide beraber gözükür ve temel semptom kriterlerinin prodromun erken evresiyle ilgili olduğu görüşü tartışmalıdır.

Tablo.2 Çok Yüksek Risk Kriterlerinin (UHR) Tanımı

A. Kısa süreli geçici ve sınırlı psikotik semptomların varlığı
Halisülasyon Sanrı Formal düşünce bozukluğu
B. Hafif psikotik bulgular sendromu (APS)
Referans düşüncesi Grandiyözite fikirlerini de kapsayan garip inanışlar ya da büyüsel düşünme Paranoid fikirler Anormal algısal deneyimler Garip düşünme ve konuşma
C. Genetik risk faktörünün varlığı (ailede psikoz öyküsü ve/veya şizotipal kişilik bozukluğunun bulunması) ile birlikte psikososyal işlevsellikte ciddi bir düşüş
A, B ya da C kriterlerinden herhangi birinin varlığı UHR kriterini karşılar

Tablo 3. Temel Semptom Kriterleri

Kognitif-Algısal Temel Semptomlar (COPER)

- Düşünce bölünmesi ^a
- Düşünce perseverasyonları
- Baskıcı düşünceler ^a
- Düşünce blokları ^a
- Alıcı konuşma bozukluğu ^a
- Düşünce ile algıları, hayaller ile gerçek anıları ayırt etme yeteneğinde azalma
- Stabil olmayan referans fikirleri ^a
- Derealizasyon
- Görsel algısal bozulmalar (Işığa artmış duyarlılık ve bulanık görüş)
- İşitsel algılamada bozulmalar (sese hassasiyet)

Kognitif Bozulmalar (COGDIS)

Son üç aydır aşağıdaki 9 temel semptomun en az 2'sinin ≥ 3 SPI-A skoru ile birlikte bulunması

- Dikkati bölmede güçlük
- Düşünce bölünmesi ^a
- Baskıcı düşünceler ^a
- Düşünce blokları ^a
- Alıcı konuşma bozukluğu ^a
- İfade edici konuşmada bozukluk
- Stabil olmayan referans fikirleri
- Soyut düşünmede bozulma
- Görsel alanın detaylarına dikkatin kayması

^a Ortak Belirtiler

2.1.10. Psikozlarda klinik yüksek risk durumlarında dönüşüm oranları

Psikozlar için klinik yüksek risk durumlarının psikotik atağa dönüşüm oranları, 6 ay ile 3 yıl içerisinde %10 ile 40 arasında değişmektedir (55). Ortalama olarak çok yüksek riskli hastaların üçte birinde 3-4 yıl içerisinde psikotik bozukluk ortaya çıkmaktadır. Yıla göre ortalama dönüşüm oranları şu şekildedir: 6. ayda %9.6, 1. yıl %22, 2. yıl %29, 3. yıl %36, >4 yıl %37 (55). Aslında UHR örneklemelerinde 1 yıllık psikoz riski, genel popülasyona göre 400 kat artmaktadır (73). Klinik pratikte, en sık karşılaşılan UHR kriteri APS'dir ve son zamanlarda yapılan bir meta-analizde CHR kriterlerini karşılayan bireylerin %85'inde APS bulunduğu bildirilmiştir (74). APS için 36. aydaki psikoza dönüşüm oranı %20 iken Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomlar için dönüşüm oranı 24. ayda %39 olarak saptanmıştır. (74) Temel semptom kriterlerinden olan COGDİS için dönüşüm oranları 1. yılda %25.3 civarındayken, >4 yıl %61.3'e yükselmektedir (55). Fakat COGDİS için >4 yıl izlemedeki dönüşüm oranı yalnızca, kliniğe şizofreni tanısının dışlanması amacıyla yönlendirilen hastalarla yapılmış bir çalışmayı içermektedir (70). Psikoz için CHR durumlarında ek olarak tek veya kombine risk faktörlerinin bulunması, psikoza dönüşüm riskini artırıp dönüşüm süresini kısaltabilir (75). Beyin görüntüleme bulguları (76) ve nörobilişsel değerlendirmenin (77) CHR kriterlerini karşılayanlar arasında kimin psikotik hastalık geliştireceğini ön görümede faydalı olabileceği öne sürülmüştür. Buna ek olarak bazı çalışmalar nörobilişsel sorunların ve kötü işlevselliğin birlikte bulunması (78) ya da psikopatolojide yüksek skor, şizotipal kişilik bozukluk, kötü işlevsellik ve kötü akademik başarının birlikteliğinin (79) CHR örneklemelerinde dönüşüm oranlarını belirgin biçimde artırdığı bildirmiştir.

2.1.11. Komorbidite

ÇEBP ve EBP, diğer hastalıklar ve bozukluklarla oldukça ilişkilidir. Obsesif kompulsif bozukluk, DEHB, başta MDB olmak üzere duygudurum bozuklukları, ifade edici dil bozuklukları, alıcı dil bozuklukları, yürütücü işlevlerde bozukluklar sık görülen psikiyatrik eş tanılardandır (21). Ayrıca olgularının %10-20'si sınır düzey veya daha düşük zeka düzeyine sahiptir. Çocukluk çağı şizofrenisinde psikiyatrik eş tanılarla birlikte, tedaviye ikincil olarak tıbbi komorbiditeler de sık görülmektedir. Diyabetes mellitus, hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalıklar, obezite,

hiperprolaktinemi, diskinezi gibi tıbbi komorbiditeler, erişkin şizofreni hastalarının suisid ile ilişkili olmayan prematür ölümlerin %60'ından sorumludur (80).

2.1.12. Ayırıcı Tanı

Tıbbi Durumlar:

Birçok tıbbi durum psikoza sebep olabilir (örneğin; madde entoksikasyonu, deliryum, beyin tümörü, kafa travması, epilepsi, menenjit, porfiri, serebrovasküler olaylar, AIDS, elektrolit imbalansı, kan şekeri imbalansı, endokrinolojik imbalans). Bu durumların tanısı ve tedavisi psikotik semptomlarda düzelmeye birlikte yaşamı tehdit edici durumların önlenmesini de sağlayabilir (39).

Entoksikasyon:

Psikotik bozukluk, kortikosteroid, anestezi ve inhalanlar, anti-kolinergikler, anti-histaminikler, amfetaminler ve dektrometorfan gibi birçok ajana sekonder gelişebilir. Bununla birlikte, LSD, magic mushroom, pilosibin, kannabis, stimulan, salvia ve inhalanlar gibi yasa dışı maddelerin kullanımı da psikoza yol açabilir. Son zamanlarda sentetik esrarın kullanımının da kısa psikotik atağa yol açtığı bildirilmektedir (39).

Psikiyatrik Hastalıklar:

Birçok çocuk sanrı ve varsanı semptomları tarif etse de, bunların büyük bir kısmında gerçek bir psikotik bozukluk bulunmamaktadır. Aktif imajinasyonlar, erken gelişim dönemlerinde özellikle preadolesan çocuklarda ve nörogelişimsel gecikmesi olan çocuklarda sıklıkla sağlıklı ve gerekli bir durumdur. Bu yüzden gençlerde psikoz tanısı için, bilişsel ve afektif işlevselliği de kapsayan "gelişimsel bağlamda değerlendirme" gereklidir. Tanının doğruluğunun artırılması için tanısal formülasyona, mental durum değerlendirmesi ve semptomların görünümünün ortaya çıkış sırası dahil edilmelidir. Klinik olarak ayırıcı tanı için: 1) Dezorganize düşünce veya davranışlarının varlığı ya da yokluğuna, 2) Bildirilen semptomların niteliksel doğası ve içeriğine, 3) Semptomların uyku fazlarıyla ilişkisine, 4) Semptomların gelişme örüntüsüne dikkat edilmelidir.

Travma ya da ihmale uğramak ya da dışı vuran davranışlar, psikoz benzeri deneyimleri arttırmaktadır. Davranım bozukluğu ya da PTSTB'yi de kapsayan emosyonel bozuklukları olan gençler, bu atipik psikotik semptomları daha sık yaşadıklarını bildirmektedirler (81). Bu hastalarda düşünce bozuklukları yerine hipervijilans ya da özellikle artmış emosyonel ihtiyaçlar olması durumunda ortaya çıkan algısal uygunluğu etkileyen kognitif baş etme stilleri bulunabilir. Ayrıca psikotik bozuklukların mutlaka psikotik bulgular eşlik eden BP ve MDB'den, obsesif kompulsif bozukluk ve otizm spektrum bozukluğundan ayırt edilmesi gerekmektedir (39).

2.1.13. Tedavi

EBP'nin tedavisi psikososyal ve psikofarmakolojik yaklaşımların kombine edildiği kapsamlı ve entegre bir yaklaşım gerektirir. Semptomatik bozulmayı azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için bilişsel, davranışsal ve sosyal işlevselliğe odaklanan gelişimsel olarak uygun müdahaleler gereklidir (39).

Yapılan kontrollü çalışmalar anti-psikotik tedavinin şizofrenik bozukluğu olan erişkinlerde kısa dönemde etkin olduğunu ve tüm işlevsellik alanlarında, psikotik bulgular ve relaps olasılığında düzelmeyi sağladığını bildirmiştir (82). Sanılanın aksine kontrollü çalışmalar, ikinci kuşak anti-psikotik ajanların birinci kuşak anti-psikotiklere göre uzun dönem tedavi yanıtları ve yan etki profilleri açısından daha üstün olmadığını göstermiştir (83). Dahası, PB olan birçok birey uzun dönemde, yan etkiler ve uyum güçlükleri nedeniyle aynı tedaviye devam etmemektedirler (84). Bu da uzun dönem izlemin ve tedavi stratejilerini uyarılmanın önemini göstermektedir.

EBP için psikofarmakolojik tedavi kılavuzları, giderek artan oranda randomize kontrollü çalışmalarla desteklenmektedir. Bununla birlikte farklı ajanların etkinlik ve güvenilirliklerini kıyaslayan çalışmalar kısıtlıdır ve klinik pratikte genellikle erişkin çalışmalarından elde edilen bulgular doğrultusunda tedavi uygulanmaktadır. Kısa dönem kontrollü çalışmalar, EBP'de ikinci kuşaklar kadar geleneksel ajanların da etkin olduğunu göstermektedir (9). Risperidon, olanzapin, paliperidon, ketiyapin ve aripipirazol'ün 13 yaş ve üstündeki şizofrenik bozukluğu olan ergenlerde kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır. En iyi klinik etkinlik için bu ajanların psikoterapötik müdahalelerle birlikte kullanılmaları gerekir (39).

Tedavide hangi ajanın seçileceği, ajanın FDA onay durumuna, yan etki profiline, hasta ve ailenin tercihlerine, geçmiş tedavi yanıtına, kompliyansla ilgili endişelere ve ajanın fiyatına göre belirlenir (9). Psikofarmakolojik ajanlara yanıt bireyler arasında belirgin farklılık gösterebilir. Eğer herhangi bir anti-psikotik ilaç uygun dozda 4-6 hafta boyunca uygulanmasına rağmen ilaca yanıt alınamıyorsa, alternatif tedaviye geçilmesi gerekir. Kilo artışı ve metabolik yan etkiler nedeniyle olanzapin gençlerde birinci seçenek olarak düşünülmemelidir. Klozapin hem erken başlangıçlı hem de erişkin başlangıçlı şizofrenide diğer tedavilere üstünlüğü olan tek ajandır. Tedaviye yanıtız vakalarda düşünülmesi gerekir (39).

2.1.14. Gidiş ve Sonlanım

Akut evrede pozitif belirtiler ve işlevselliğin kaybı görülmeye başlar. Bu evre 1 ile 6 ay arasında değişebilir, bazı olgularda 1 yılı açabilir. Remisyon evresinde bazı psikotik belirtiler daha az şiddette devam edebilir ya da ortadan kalkabilse de işlevsellikte bozulma belirgindir. Dikkat bozukluğu sık görülür. Rezidüel evrede pozitif belirtiler en az düzeye inmiştir, negatif belirtiler azalarak sürer. İkinci ataktan sonra pek çok olguda tam remisyon görülmez. Bir kısım hasta tedaviye yanıtızdır hızla süreğen hale geçerek belirgin yeti yitimi ile yaşamını sürdürür (85).

şizofreni geri dönüşlü olmayan, yıkımla giden, yaşam boyunca süren, kötü seyirli bir bozukluktur. Yetişkinlerde sinsi ve yavaş başlangıcın, kötü premorbid işlevselliğin ve negatif belirtilerin bulunmasının kötü gidişe işaret ettiği bilinmektedir. Bu zellikler EPB olgularında çok sık olarak vardır. İzlem çalışmalarında %12 oranında remisyon, %60 oranında kötü psikososyal gidiş, %67 oranında yaşam boyu bakım ve desteğe gereksinim olduğu bildirilmektedir (9). Erişkin başlangıçlı şizofreniye göre EBP ve EBP olguları çok daha kötü gidişlidir, remisyon oranları azdır, psikotik belirtiler çok daha inatçıdır, tedaviye yanıt oranları düşüktür (86,87).

şizoafektif bozukluk erişkinlerde olduğu gibi çocuklar için de görece olarak daha iyi gidişli olduğu söylenebilir. 10 yaşından önce başlangıç ve kötü hastalık öncesi işlevsellik, kötü gidiş işareti olarak kabul edilir (88).

2.2.1. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

2.2.1. Tanım

BB, duygudurum bozuklukları altında sınıflandırılan ve klasik tanımlamada mani ve major depresif epizotlar arasında değişen sikluslarla karakterize olan (Bipolar Bozukluk tip-1), genellikle tedavi yanıtının düşük olduğu, rekürren ve kronik bir psikiyatrik bozukluktur (89).

BB'un diğer alt tipleri ise; major depresyon ve hipomani epizotlarıyla seyreden "Bipolar Bozukluk tip-2", multipl hipomani epizotu ile birlikte depresif duygudurumu ile giden fakat major depresif atağın belirgin olarak yaşanmadığı "Siklotimik Bozukluk", "Madde/ilaç ile Tetiklenen Bipolar ve İlişkili Bozukluklar", "Diğer Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" ve "Belirlenmemiş Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" olarak sıralanabilir (6).

2.2.2. Tarihçe

Kraepelin (1921) puberte öncesi çocuklarda mani görülebileceğini ve puberte döneminde mani ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca Kraepelin karma atakların erken başlangıçlı manik depresif hastalık tablosu için sık rastlanan bir psikopatolojik özellik olduğunu belirtmiştir (90).

On dokuzuncu yüzyılın ortalarında okul öncesi ve okul çocuklarında maninin varlığına ilişkin olgu sunumlarına rastlanmaktadır. Kraepelin ile birlikte, Kasanin (1931), Barrett (1931), Bleuler (1934), Olsen (1961)'in bildirdiği olgular bulunmaktadır. Tek tek olgu bildirimleri dışında 1960 yılına dek çocuklarda mani tanısı kullanılmamıştır. Antony ve Scott 1960 yılında, Feighner 1972'de Weinberg ve Brumback ise Feighner ölçütlerini çocuklara uyarlayarak 1976 yılında mani ölçütlerini geliştirmişlerdir. 1980 yılından bu yana yaşa ve gelişimsel döneme ilişkin uyarlamalar yapılarak, DSM-III ve DSM-III-R ölçütleri çocuk ve ergenlerde kullanılmıştır. DSM-IV (1994) sınıflandırmasında ise BB'lar, bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır (91).

2.2.3. Epidemiyoloji

BB tip-1 ve bipolar spektrum bozukluğu yetişkinlerde sırasıyla; %1 ve %5 oranlarında görülmektedir ve hastaların birçoğunda duygudurum semptomları 20 yaşından önce başlangıç göstermektedir (%10-20'sinin 10 yaşından önce, %60'ının ise 20 yaşından önce başlangıç gösterdiği rapor edilmiştir.) (92). USA'da klinik popülasyonda gençler arasında BB prevalansı; tanı koymak için kullanılan metodoloji ve örnekleme farklılıklardan kaynaklı olarak; %0.6 ile %15 arasında değişmektedir. Özellikle son 20 yıl içerisinde yapılan çalışmalar, gençlerde BB tanısında dramatik bir artış olduğunu göstermektedir. Yetişkinlere benzer şekilde, gençlerde BB tip-1, kız ve erkeklerde benzer oranlarda görülmektedir. Bunun yanında, BB tip-2 ve adolesan başlangıçlı BB, kızlarda daha sık olarak ortaya çıkmaktadır (93).

2.2.4. Etiyoloji

Genetik faktörler:

Erişkinlerdeki ikiz çalışmaları, genetik etkilerin BB'deki varyansın %60-93'ünü, paylaşılmış ve tekil çevresel faktörlerin ise sırasıyla %30-40 ve %10-21'ini açıklayabileceğini göstermiştir (94). Bipolar bozukluğu olan kişilerin çocuklarının izlemi sonucunda, bu kişilerde mani ortaya çıkma olasılığının %2-8 oranında değiştiğini, bipolar spektrum bozukluğu oranlarının ise %20 kadar yüksek olabileceğini bildirmektedir (95). BB olan kişilerin birinci derece akrabalarında bipolar spektrum bozukluğu (rekürren depresyo dahil) %33 ile 50 kadar yüksek oranlarda saptanabilir. Bu oranlar kontrol gruplarında çok daha düşük bulunmuştur (96-98).

Fiziksel ve cinsel istismar, sinirli ve olumsuz ebeveynlik paterni, kötü sosyal destek ve prenatal alkol maruziyeti genetik yatkınlık ile etkileşerek erken yaşlarda bipolar bozukluğun ortaya çıkması ile ilişkilidir (99-102). Bu durum ayrıca hızlı döngülülük, madde kullanımı, artmış intihar davranışı ve yüksek komorbidite oranı gibi belirleyicilerle de ilişkili bulunmuştur (103).

Beyin yapısı ve işlevselliği

BB'de emosyonel disregülasyonun amigdala, anterior paralimbik korteks ve bu yapılar arasında bağlantı ile ilişkili olduğunu destekleyen veriler bulunmaktadır (104–106). Beyin anormalliklerinin bazıları ergenlik döneminde aşikar hale gelmekteyken bazıları ise (örn; rostral prefrontal bölgelerdeki) ergenlik ve genç erişkinlikte boyunca ilerlemektedir. Bu da hastalığın nörogelişimsel modelde olduğunu göstermektedir (107). BB'un klinik heterojenitesi, tanısal, genetik ve tedavi çalışmalarını olduğu kadar nörogörüntüleme çalışmalarının yorumlanmasını da zorlaştırmaktadır (104).

2.2.5. Klinik görünüm

Bipolar bozukluk ve alt tiplerinin daha ayrıntılı tanımlaması şöyle sıralanabilir;

- BB-1 beraberinde majör depresif atak olsun veya olmasın manik (ya da karma) atak öyküsü gerektirir. BB-1 tanısı için manik atak boyunca hem semptom hem de süre kriterleri karşılanmasına ek olarak işlevsellikte önemli bozulma veya psikoz olmalıdır. Süre kriteri için manik atak en az ardışık 7 gün sürmeli veya hastane yatışı gerektirecek şekilde olmalıdır.
- BB-2 en az bir majör depresif atak ve en az bir hipomanik atak (hipomani ardışık olarak en az dört gün sürmeli) ile karakterizedir.
- Siklotimi majör depresif atak veya BB un bütün kriterlerini karşılamayan çok sayıda hipomanik ve çok sayıda ilgi, istek kaybı ile giden depresif duygudurum dönemleri ile karakterizedir (Tanı için gençlerde 1 yıl, erişkinlerde 2 yıl süre gerekmektedir).
- BB-BTA karma veya hipomanik atak özelliklerini gösteren ancak BB alt tiplerinden birinin tanı kriterlerini karşılamadığı durumlarda kullanılır. DSM-V'te BB-BTA kriterleri belirsiz olduğu için, araştırmacılar BB-BTA'yı tanımlamak için daha açık belirteçler geliştirmişlerdir, mesela 2 günden uzun fakat 4 günden kısa süren hipomani (her biri ≥ 4 saat) öyküsü ya da tanı için gerekli ek semptomlardan birinin eksik olması gibi (108).
- DSM-V ile birlikte, karma epizot kaldırılmış ve yerine manik ya da hipomanik epizot, mikst bulgular eşlik eden ya da depresif epizot, mikst bulgular eşlik eden şeklinde belirleyiciler tanımlanmıştır. Buna göre; manik/hipomanik mikst

bulgular eşlik eden tanısı konulabilmesi için, mani ya da hipomaniyi karşılayan full epizot ile birlikte, epizotun birçok gününde ortaya çıkan disfori ya da depresif duygulanım, aktivitelere ilgide azalma, psikomotor retardasyon, enerji azalması, değersizlik ya da suçluluk düşünceleri, tekrarlayan ölüm düşünceleri belirtilerinden en az üçünün bulunması gereklidir. Depresif epizot, mikst bulgular eşlik eden tanısının konulabilmesi için ise, full depresif epizot ile birlikte, eleve ve taşkın mood, artmış özgüven, konuşma miktarında artma, fikir uçuşmaları, enerji artışı ya da amaca yönelik etkinlik artışı, aktivitelere katılımda artmış, uyku ihtiyacında azalma belirtilerinden en az üçünün bulunması gerekir (6).

Erişkin BB'un aksine, erken başlangıçlı BB'ta, mikst disforik ve labil, hızlı döngülü görünüm sıktır. Ayrı epizotlar tanımlanamayabilir ya da ultra hızlı döngülü form olarak değerlendirilir (109,110). Her ne kadar bazı araştırmacılar pediatrik BB da döngülülüğün (epizosite) gerekli olmadığını önermesine rağmen, çoğu araştırmacı, klinisyen ve AACAP (American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisi) klavuzları, döngülülüğün gençlerdeki BB'ta tanı için gerekli olduğunu önerir. Başlangıçta hangi duygudurum epizotunun var olduğunu tespit etmeye odaklanıp, daha sonra bu epizot süresince hangi ek semptomların bulunduğu tespiti önerilmektedir. Hastalığın semptomlarının diğer psikiyatrik hastalıklarla örtüşmesi nedeniyle erken başlangıçlı bipolar bozuklukta yanlış tanı alma olasılığı yüksektir. Hastalara sıklıkla BB yerine, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk, karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu tanıları konulmaktadır (111). Diğer yandan, BB ile birlikte komorbid hastalık görülme sıklığı da yüksektir. Yıkıcı davranış bozukluğu (%30-70), DEHB (%30-70) ve anksiyete bozukluğu (%30-70) en sık görülen komorbid tanılardır (93).

2.2.6. DSM-V Tanı Kriterleri

Bipolar Bozukluk 1 için DSM-V Tanı Ölçütleri: Bipolar 1 bozukluğu tanısı koyabilmek için, bir mani dönemi karşılanmalıdır. Mani dönemi öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da major depresyon dönemleri bulunabilir.

Bipolar Bozukluk 2 için DSM-V Tanı Ölçütleri: Bipolar 2 bozukluğu tanısı koyabilmek için; o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi için ve o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan major depresyon dönemi için hipomani ve major depresyon tanı ölçütlerini karşılamış olması gerekir.

Bipolar Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) için DSM-V Tanı Ölçütleri: Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, BB'nin belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların BB tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk kategorisi, bipolar ve ilişkili bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirtilmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli veri olmadığı durumlarda (örneğin acil servis koşullarında) kullanılır (6).

Bipolar Bozukluk Belirleyicileri:

Anksiyete eşlik eden: O sıradaki ya da en son mani, hipomani ya da depresyon döneminin çoğu günü boyunca aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bulunması:

1. Bunaltı ya da gerginlik duyma
2. Hiçbir biçimde sakinleşememe
3. Kaygılarından ötürü odaklanmakta güçlük çekme
4. Kötü bir şey olacağından korkma
5. Özdenetimi yitirecekmiş gibi olma

Ağır olmayan: İki belirti

Orta derecede: Üç belirti

Orta derecede-ağır: Dört ya da beş belirti

Ağır: Devinimsel kıskırtma (motor ajitasyon) ile birlikte dört ya da beş belirti

Karma Özellikler Gösteren: Karma özellikler gösteren belirleyicisi, bipolar 1 ya da bipolar 2 bozukluğunda, o sıradaki mani, hipomani ya da depresyon dönemine uygulanabilir. Hastada mani ya da hipomani dönemi tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı sırada mani ya da hipomani döneminin çoğu gününde depresif en az üç

belirti vardır ya da depresyon döneminin tanı ölçütlerinin tam karşılandığı sırada depresyon döneminin çoğu gününde mani/hipomani belirtilerinden en az üçü vardır.

Hızlı Döngülü: (Bipolar 1 veya Bipolar 2 bozukluğuna uygulanabilir) Son 12 ay içinde mani, hipomani ya da majör depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılayan, en az dört duygudurumu döneminin varlığı.

Melankoli Özellikleri Gösteren

Atipik Özellikler Gösteren

Duygudurumu ile Uyumlu Psikotik Özellikler Gösteren

Duygudurumu ile Uyumsuz Psikotik Özellikler Gösteren

Katatoni ile Giden

Peripartum Başlangıçlı

Mevsimsel Örüntü Gösteren

Mani Dönemi:

A. Kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurum ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerekmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve enerjide ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu), (irritabl duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
2. Uyku gereksiniminde azalma (örneğin yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyararla kolayca dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6. Amaca yönelik etkinliklerde artma (toplumsal olarak ya da işte, okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örneğin aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak ya da; kişinin kendisine ya da başkalarına kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.
- D. Bu dönem bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz

Hipomani Dönemi:

- A. Kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurum ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunması.
- B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve enerjide ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (irritabl duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örneğin yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyararla kolayca dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da öyle olduğunun gözlenmesi.
 6. Amaca yönelik etkinliklerde artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinimsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örneğin aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)
- C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin olduğu bir dönemdir.
- D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlemlenebilir.
- E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır değildir. Psikoz dönemleri varsa, söz konusu dönem tanım olarak mani dönemidir.

F. Bu dönem bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz

Major Depresyon Dönemi:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya “1” çökkün duygudurum ya da “2” ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örneğin üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örneğin ağlamaklı görünür) (Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl bir duygudurum olabilir).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içinde %5’inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama (başkalarınca gözlemlenebilir olmalıdır; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma kabul edilmez.).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil.)

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınınca gözlenir).
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), öznel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da öldürmek üzerine özle bir eylem tasarlama
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarından işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (55).

2.2.7. Bipolar ve İlişkili Bozukluklarda DSM-V değişiklikleri

DSM-V ile birlikte duygudurum bozuklukları yerine “Depresyon ve İlişkili Bozukluklar”, “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” bölümleri eklenmiştir. Karma dönem, karma özellikler gösteren belirteci ile yer değiştirmiş, depresif bozukluklar başlığı altına “Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu” adı altında yeni bir tanı kategorisi eklenmiştir (43).

DSM-V’te "Bipolar Bozukluklar" için atak tanımlamaları her bir bozukluk için yeniden belirtilmiştir. DSM-IV-TR’de “Duygudurum Bozuklukları” bölümünün başında “Majör Depresif Atak”, “Manik Atak”, “Mikst Atak" ve “Hipomanik Atak" ayrı ayrı açıklanmış sonra bozukluklar bunlara referans verilerek ele alınmıştı. Halbuki DSM-5’te bu anlatım biçiminden vazgeçilmiş, ataklar bozuklukların içerisinde belirtilmiştir. Böylece atak tanımlamaları sanki bozukluk tanımlamalarıymış gibi yanlış bir izlenim uyandırmanın önüne geçmek istenmiştir (43).

DSM-IV-TR’de manik ve hipomanik atakların A grubu tanı ölçütlerinde yalnızca kabarmış bir duygudurumdan söz edilmekteydi. Halbuki DSM-5’te bunların A tanı ölçütlerinin karşılanması için kabarmış duygu durumun yanı sıra etkinlik ve enerjide de artışın bulunması gerekmektedir.

DSM-V’te “Mikst” atak kaldırılmış bunun yerine "Bipolar 1” ve “Bipolar 2” bozuklukları için “Karma Özellik Gösteren Belirleyicisi" getirilmiştir. Ancak buradaki karma özellik gösteren belirleyicisi için DSM-IV-TR’deki gibi tam bir “Majör

Depresif Atağın” özelliklerinin sağlanması gerekmemektedir. “Karma Özellik Gösteren” belirleyicisi için bazı majör depresif belirtilerin yer aldığı ayrı bir tanı ölçüt kümesi oluşturulmuştur (43).

Bipolar ve İlişkili Bozukluklar ve Depresif Bozukluklar bölümlerine anksiyete ile seyreden belirleyicisi eklenmiştir. Bu belirleyici bipolar tanı kriterlerinin parçası olmayan anksiyete semptomlarını yaşayan hastaları tanımlamak amacıyla eklenmiştir.

2.2.8. Bipolar bozuklukta görülen prodromal belirtiler

Bipolar bozukluk 10-24 yaş arasında yaşam yılına uyarlanmış yeti kaybına (DALY) yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır (112). BB, artık daha sık tanı alan ve bozulmuş aile ve arkadaşlık ilişkileri, kötü akademik performans, daha yüksek oranda kronik duygudurum semptomları, psikoz, yıkıcı davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, tıbbi hastalıklar (obezite, tiroid problemleri, diabetes mellitus), hospitalizasyon, intihar girişimleri gibi belirgin problemlere yol açan halk sağlığı sorunudur (113). Bunun yanında bipolar bozukluğu olan hastalar, unipolar depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklara göre çok daha fazla sağlık harcamalarına ve psikiyatri servislerin kullanımına yol açmaktadır. Hatta tanı almamış bipolar bozukluğu olan hastalar, tanı alanlara göre daha yüksek sağlık harcamalarına sebep olmaktadır (114). Farmakoterapik ve psikososyal müdahale çalışmaları, epizot sıklığı arttıkça ve hastalık süresi uzadıkça, tedavilere verilen yanıtın azaldığını göstermişlerdir (115). Yüksek morbidite, mortalite ve kronik seyir göz önüne alındığında erken tanı ve tedavinin kritik olduğu görülmektedir. Gençlerde bipolar bozukluğun erken tanısı sadece duygudurum düzenlenmesi açısından değil, çocuğun normal gelişim basamaklarını tamamlaması ve psikososyal gelişim ve eğitiminde ciddi kayıpların önlenmesi açısından da önemlidir (4).

Bipolar bozukluğun prodromu, psikotik bozukluğa göre daha az araştırılmıştır (116). Temel olarak bipolar bozukluğun prodromu ilk manik/hipomanik atak öncesinde ortaya çıkan semptomatik dönem olarak tanımlanmaktadır (117). Bipolar bozukluğu olan hastaların %60'ında semptomların, 10'lu yaşların sonunda başlamakta olduğu, (118–120) hastalığın başlangıcından doğru tanının konulmasına kadar geçen sürenin ortalama 10 yıl olduğu belirtilmiştir (121). Erişkin çalışmalarından farklılık

göstermekle birlikte, ergenlerle yapılan araştırmalarda, hipo(manik) epizot öncesi prodromal dönem süresinin 20 ay civarında olduğu ve bu periodun manik epizot ortaya çıkmadan önce hastalığın tespiti için potansiyel bir süre olduğu belirtilmiştir (122). Bipolar prodrom dönemini araştıran çalışmalarda başta duygudurum değişikliği ve çökkün duygudurumu olmak üzere, irritabilite, uyku sorunları, hiperaktivite, agresyon ve anksiyete en sık bildirilen semptomlar arasındadır (111,122–124). Corell ve ark. tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluk tanılı gençlerin %50'sinden fazlasında bulunan prodromal dönem belirtilerinden; üçünün eşik altı hipo(manik) semptom doğasında, (irritabilite %61.5, yarışan düşünceler %59.6, artmış enerji %50), ikisinin özgül olmayan, (okul başarısında düşme %65.4 ve duygudurum labilitesi %57) birinin depresif, (çökkün duygudurum %53.8) birisinin ise hem depresif hem manik benzeri bir belirti (dikkat dağınıklığı %51.9) olduğunu saptanmıştır.

2.2.9. Bipolar Bozukluk için Risk Durumları

Bipolar bozukluk için risk durumları ise şunlardır: a) birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü, b) siklotimik- hipersensitif mizaç özellikleri, c) major depresif bozukluk tanısı (MDB), d) psikotik bozukluk için klinik yüksek risk durumları, e) anksiyete bozukluğu, uyku sorunları gibi non-spesifik belirtiler ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi non-afektif psikiyatrik komorbiditeler, f) eşik altı manik/hipomanik belirtilerin bulunması ve g) ihmal, istismar, çatışmalı aile ortamı gibi çevresel faktörler.

Birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü bulunması önemli bir risk faktörüdür. Çünkü ikiz ve aile çalışmalarında bipolar bozukluğun heritabilite oranları %40 ile 70 arasında değişmektedir. Ayrıca genetik yüklülikle birlikte bu ailelerde psikososyal stresörlerin de yüksek oluşu, bipolar tip-1 riskini arttırmaktadır (125). Dahası, MDB olan gençlerde bipolar bozukluk gelişme olasılığı, ailede bipolar bozukluk öyküsü olması durumunda artmaktadır. (aile öyküsü olmaksızın %10 iken, aile öyküsünün bulunması durumunda %50'ye yükselmektedir) (126). 15 yıllık izlem boyunca bipolar bozukluğu olan bireylerin çocuklarının bipolarlara dönüşme oranlarının %3 ile 11 arasında olduğu bildirilmiştir (127).

Erişkin çalışmalarında siklotimik-hipersensitif mizaç ile bipolar tip-1 riski arasında bağlantı gösterilse de, pediatrik bipolarda mizaç özelliklerini risk sendromu olarak araştıran bir kaç çalışma vardır ve sonuçlar yetersizdir (128). Depresyon tanısı olan 80 gencin izlendiği prospektif bir çalışmada, siklotimik özellikleri olan gençlerin bipolar bozukluğa dönüşüm oranları (%68.8) olmayanlara göre (%15.2) çok daha fazladır. Ayrıca siklotimik özellikleri olan gençlerde anlamlı olarak daha yüksek komorbid davranım bozukluğu (%55.3) ve suisidal düşünceler saptanmıştır (%80.9) (128).

Bipolar bozukluk tip-1 tanılı hastaların nerdeyse %50'sinde, MDB bipolar bozukluğun ilk belirtisi olarak görülür (119). Prospektif çalışmalarda major depresif bozukluğun bipolar bozukluğa dönüşüm oranları %7.7 ile 49 arasında değişmektedir (126,129–131). Major depresif bozukluğa psikotik bulguların, psikomotor retardasyonun ve ailede bipolar bozukluk öyküsünün eşlik etmesi, bipolar bozukluğa dönüşüm riskini arttırmaktadır (132).

Psikotik bozukluk için çok yüksek risk kriterlerini taşıyan 47 ve 26 adolesanın sırasıyla 1 yıllık ve 6 aylık izlemlerinde, %6.5 ve %15.4 oranlarında bipolar bozukluğa dönüşüm olduğu bildirilmiştir (133,134). Bu nedenle psikotik bozukluk için klinik yüksek risk durumları bipolar bozukluk için de bir risk faktörü olabilir.

Duffy ve ark.ları 2010 yılında, McGorry ve ark.larının psikozun erken klinik dönemi için önerdiği evreleme modelini temel alarak bipolar bozukluk için de bir model önermişlerdir. Bu modele göre, çocukluk döneminde önce bipolar bozukluk için non-spesifik olan anksiyete semptomları, uyku sorunlarıyla birlikte DEHB, öğrenme bozukluğu gibi komorbiditeler bulunmaktadır. Ergenlik dönemine doğru önce minor duygudurum semptomları, daha sonra ise MDB ortaya çıkmakta ve sonunda bipolar bozukluk gelişmektedir (135). Duffy ve ark.larının yaptıkları izlem çalışması sonucunda bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında uyku bozukluğu, kaygı bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi non-afektif ve afektif psikiyatrik psikopatolojilerin oranı, sağlıklı ebeveyni olan çocuklara göre daha yüksek saptanmıştır (135). Ayrıca anksiyete semptomlarının bulunması, bipolar bozukluk ortaya çıkma olasılığını 2 kat arttırmaktadır. Fakat beklenmedik şekilde bipolar

bozukluk ortaya çıkanlar ve çıkmayanlar arasında DEHB komorbiditesi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (135).

6-12 yaş arasındaki 707 örneklemin prospektif olarak izlendiği "Longitudinal Assessment of Mania Study (LAMS)" çalışmasında, 'eleve mani semptomları (EMS)' olan çocuklarda daha fazla bipolar spektrum bozukluğu (bipolar tip-1; EMS+ grupta %10.6, EMS- grupta %5.8, bipolar tip 2 EMS+ grupta %0.5, EMS- grupta %0, bipolar başka türlü adlandırılmayan EMS+ grupta %12.1, EMS- grupta %2.3), DEHB ve yıkıcı davranış bozukluğu geliştiği bulunmuş fakat MDB açısından farklılık saptanmamıştır.

Çocukluk çağı travması gibi çevresel faktörler bipolar bozuklukta hem klinik görünümü hem de prodromal dönem özelliklerini etkileyebilir (136). Bipolar bozukluğu olan hastalar çocukluk çağındaki travmatik olaylar karşısında daha kırılgandırlar ve bipolar bozukluğun ilk atağı genellikle psikososyal stresörle tetiklenmektedir (137). Noto ve ark.ları tarafından yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travması, bipolar bozukluğu olan 43 hastanın %81.4'inde tespit edilmiş ve içe kapanma, azalmış işlevsellik ve depresif semptomları içeren prodromal belirtilerle ilişkilili bulunmuştur (138).

Bipolar için CHR durumları bu risk faktörlerinin kombinasyonlarından meydana gelir (139). Günümüzde mevcut olan üç farklı bipolar risk kriteri mevcuttur: 1) Bipolar için Risk Kriteri (bipolar at risk, BAR), 2) Bipolar Bozukluk için Erken Dönem Envanteri (the Early Phase Inventory for Bipolar Disorders, EPIbipolar), 3) Bipolar Prodrom Semptom Skalası (the Bipolar Prodrome Symptom Scale, BPSS) (Tablo 4).

Tablo 4. Bipolar Bozukluk için Risk Kriterleri

<p>Bipolar için Risk Kriteri (Bipolar at-risk criteria, Bechdolf ve ark.larına göre) (140)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 15-25 yaş arasında olmak2. Son 12 ayda aşağıdaki üç grubun herhangi birisinin tam kriterlerini karşılamak3. Dışlama kriterleri: >3 gün manik atak ya da >6 gün psikotik atak öyküsü, geçmişte ≥ 3 hafta anti-psikotikya da ≥ 6 hafta duygudurum dengeleyici kullanmış olmak, normalin altında IQ, organik beyin patolojisinin olması <p>Grup 1: Eşik altı manik semptomlar (Ardışık ≥ 2 gün fakat <4 gün süren manik atak kriterleri)</p> <p>Grup 2: Siklotimik özellikler (grup 1'i karşılamayan eşik altı manik semptomlar) ve depresyon birlikteliği</p> <p>Grup 3: Depresyon ve genetik risk birlikteliği (birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü)</p>
<p>Bipolar Bozukluk için Erken Dönem Envanteri kriterleri (Early Phase Inventory for Bipolar Disorders, Leopold ve ark.larına göre) (141)</p> <p><u>Major kriter:</u> genetik risk, siklotimik özellikler, eşik altı (hipo)manik belirtiler</p> <p><u>Grup A Minor kriterler:</u> uykuda ve sirkadian ritimde değişiklikler, spesifik özellikleri olan depresif bozukluk</p> <p><u>Grup B minor kriterler:</u> madde kullanımı, kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, DEHB tanısı, yaratıcılıkta artış, psikososyal işlevsellikte bozulma, anksiyete, disosiyatif semptomlar</p> <p>Risk grupları:</p> <p>-Risk yok</p>

- Risk grubu: grup A ve grup B minor kriterlerin bulunması
- Yüksek risk grubu: bir major kriterle birlikte grup A veya B minor kriterlerinden birinin bulunması
- Çok yüksek risk: 2 veya 3 major kriter veya bir major kriter ve grup A ve grup B minor kriterlerinin bulunması

Bipolar Prodrom Semptom Skalası (the Bipolar Prodrome Symptom Scale, BPSS, Correll ve ark.larına göre) (142)

Grup 1: Başka türlü adlandırılmayan siklotimi ve hipomani

Grup 2: Kısa aralıklı mani sendromu (Brief intermittent mania syndrome, BIMS)

Grup 3: Hafif manik bulgular sendromu (Attenuated mania symptom syndrome, AMSS)

Grup 4: Genetik mani riski ve bozulma sendromu (Genetic mania risk and deterioration syndrome, GMRDS)

2.2.10. Bipolar Bozukluk Klinik Yüksek Risk Durumları Dönüşüm Oranları

Belirtilen üç yöntemle ölçülen bipolar risk kriterleri için dönüşüm oranları hala tam olarak bilinmemektedir. Bir retrospektif grafik inceleme çalışmasında, 8 aylık süreçte BAR grubundaki bireylerin yaklaşık olarak %23'ünde bipolar spektrum bozukluğu saptanırken BAR ölçütlerini karşılamayan grupta bu oran %1 olarak bulunmuştur (143). Fakat dönüşen grubun büyük çoğunluğunda dönüşüm öncesinde anti-depresan kullanımı saptanmıştır. 12 aylık prospektif izlem çalışmasında ise, BAR+ grupta %14.3 dönüşüm saptanırken BAR ölçütlerini karşılamayan grupta %0 dönüşüm mevcuttu (140).

Bipolar bozukluk gelişim olasılığını arttıran risk faktörlerini inceleyen çalışmalar çok kısıtlıdır (111). Bipolar CHR durumlarında psikiyatrik komorbiditeler, psikoz CHR durumlarına göre çok daha sıktır (117,144). Bu komorbid hastalıkların özellikle tedavisiz kalması durumunda, bipolar bozukluğa dönüşümü, prodromal

semptomların kalıcılığını ve işlevsellikte bozulmayı arttırdığına dair kanıt mevcuttur (144).

2.2.11. Komorbidite

BB ile birlikte komorbid hastalık görülme sıklığı da yüksektir. Yıkıcı davranış bozukluğu (%30-70), DEHB (%30-70) ve anksiyete bozukluğu (%30-70) en sık görülen komorbid tanılardır. Çocuklarda daha çok DEHB ile komorbidite gösterirken, gençlerde madde kullanım bozukluğu ve davranım bozukluğu ön plana çıkmaktadır. Komorbiditenin varlığı, tedavi yanıtını ve prognozu etkileyen önemli faktörlerdendir ve eş tanıların mutlaka tanınıp, etkili şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir (145).

2.2.12. Ayırıcı tanı

Ergenlik öncesi dönemde DEHB ve BB, klinik olarak ayırıcı tanıda en çok zorlanılan iki psikiyatrik durumdur. Çünkü DEHB'si olan bazı çocuklar ciddi öfke patlamaları yaşamaktadırlar ve BB'de öfke patlamalarının patognomonik olduğuna dair bir ekol bulunmaktadır. Bununla birlikte ciddi öfke patlamaları KOKGB/DB ya da Otizm Spektrum Bozukluğu eşlik eden DEHB'lilerde, ciddi istismara veya ev içi şiddete uğrayan çocuklarda, korku uyarısına "kaç-savaş" yanıtından "savaş" yanıtı veren panik atağı olan çocuklarda görülebilmektedir. Ayrıca DSM-V'e kronik irritabilite zemininde öfke patlamalarının eşlik etmesi ile karakterize olan "Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Güçlüğü" tanısı eklenmiştir (39).

Premorbid durumdan belirgin olarak ayırt edilebilen ve bir haftadan uzun süren duygudurum ataklarına daha kolay tanı konulabilir. Depresyon genellikle çocuk ve ergenler için yardım arayışının nedenidir. Bu yüzden depresyon nedeniyle başvuran çocuk ve ergenlerde mutlaka geçmişte mani ya da hipomaniye ilişkin ipuçlarının sorgulanması gerekir. Depresyon sonrası maninin ortaya çıkması yıllar alabilir. Ergenlik sonrasında mani ve depresif ataklara psikotik bulgular eşlik edebilir. Bu durumda mutlaka şizofreni ve madde ile tetiklenen psikoz ayırıcı tanısının yapılması gerekir (39).

Dikkatli bir öykü ve semptomun detaylandırılması ayırıcı tanı açısından çok önemlidir. Örneğin; BB'nin ayırıcı tanısında:

Semptomlar:

1. DEHB'de daha çok eğlenceli olmak için nerde durulması gerektiği bilinmeyen sersemce ve dizinhibe davranışlar görülürken manik epizotta eleve duygudurum vardır.
2. DEHB'de impulsivite varken, BB'ta tehlikeli sonuçlarına aldırmandan eğlence arayışı vardır.
3. DEHB'de yatağa gitmekte direnç varken BB'de uykuya azalmış ihtiyaç vardır.

Hastalık başlangıcı:

1. DEHB'de ortaokulda dikkat gerektiren işlevlerin artmasına ikincil belirginleşen semptomlar varken BB'de duygudurum bozukluğunun başlangıcı vardır.
2. DEHB'de semptomların ilerlemesi aile, okul, akran ilişkileri alanlarında ortaya çıkan karşı gelme, öfke patlamaları, davranış sorunları şeklindedir.

Ruhsal durum:

1. Konuşma bozukluğunun eşlik ettiği DEHB'de veya otizmli çocuklarda pragmatik dil kullanım sorunları, distrakte veya garip dil kullanımı vardır. Manide ise fikir uçuşması ya da düşünce bozukluğu vardır.
2. Çok anksiyöz çocuklarda halisünasyonlar görülebilirken BB'de duygudurumu ile uyumsuz psikotik semptomlar görülebilir (39).

2.2.13. Tedavi

BB'ta ilaç tedavisi temel tedavi iken tedavi için yeterli hazırlık yapılması tedavi başarısının artmasını sağlamaktadır.

Psikoeğitim ve psikososyal yönetim

1. Hasta ve aile bireyleri BB, tedavisi, ilaç yan etkileri, ilacın kullanılmaması durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar hakkında eğitilmelidir.

2. Ailelere ilaçların kendileri tarafından verilmesi ve ilaçların güvenilir bir yerde saklanması konusunda uyarılmalıdır.
3. Tam kan sayımı, açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kolesterol, lipit ve TSH değerleri istenmelidir.
4. Ebeveynlerin de psikiyatrik destek almaları önerilmelidir. Çünkü BB'un aile üzerine ciddi bir etkisi vardır ve bu etki karşılıklıdır. Ayrıca aile bireylerinde psikiyatrik hastalık riski de yüksektir (39).

BB'ta deneysel olarak kanıtlanmış altı psikososyal yaklaşım vardır. Bunlar aile ve çocuk odaklı bilişsel davranışçı terapi, multi/bireysel aile psikoeğitimi, ergenler için aile odaklı terapi, ergenler için diyalektik davranışçı terapi, ergenler için kişilerarası terapi ve sosyal ritim terapisisidir (146).

BB'de ilaç seçimi; ilacın kanıta dayalı etkinliği, hastalığın fazı, hastalığın alt tipi (örn; hızlı döngülü), komorbidite, yan etki profili, hastanın ilaç tedavisine önceki yanıtı, aile bireylerinin hastalık öyküsü ve tedavi yanıtına göre yapılmalıdır. Risperidon, Ketiyapin ve Aripipirazol'ün 10 yaşından itibaren, Olanzapin, Asenapin ve Lityumun ise ergenlik başlangıcından itibaren BB'de kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır (39).

Plasebo kontrollü çalışmalar AAP'lerin manik ya da mikst ataklarda, DDD göre daha etkin olduğunu göstermiştir (AAP etki büyüklüğü: 0.65 iken DDD etki büyüklüğü: 0.20) (147). Tedavi yanıtı, YMRS başlangıç skorunda %50 azalma ile tanımlandığında, AAP tedavi yanıtı %50-70 arasında değişmekteyken plaseboda bu oran %20-37'dir.

Valproatın bipolar ergenlerde etkinliği daha düşüktür. Valproat'ın plaseboya göre etkin olduğu 8 haftalık bir çalışmada gösterilmişken 4 haftalık endüstri sponsorlu bir çalışmada daha etkin olduğuna dair veri elde edilememiştir (148). Topiramet ve Okskarbazepin de plaseboya göre daha etkin bulunmamıştır (149,150). Valproatın, uzun salınımlı Valproat ve Lityumun, Ketiyapin ya da Risperidonu içeren AAP'ler ile karşılaştırıldığı üç çalışma bulunmaktadır. Üç çalışmada AAP'lere yanıt %68.5 (151), %72 (149) ve %78.1 (152) oranlarında değişmekteyken Valproata yanıt %24, 40 ve 45.4 oranlarında değişmekte olduğu bildirildi. Ayrıca AAP'ler Valproattan daha kısa sürede etki gösterdiği tespit edildi.

Lityum çocuklarda 70 yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Collaborative Lithium Trials (CoLT) çalışmasında 8. haftada YMRS ölçeğinde 4.5 puan değişiklik bildirilmiş olup Lityum ile tedavi edilenlerde plaseboya göre daha anlamlı iyileşme saptanmıştır ($p=0.031$) (153). Tedaviye yanıt oranları arasında ise (YMRS skorunda %50'den fazla azalma) Lityum ile plasebo arasında farklılık saptanmamıştır (%37.7 Lityum, %28.6 plasebo). Mani relaps önleme açısından ise Aripipirazol ile yapılmış bir çalışmada, Aripipirazolün mani için relaps süresini uzattığı tespit edilmiştir (154).

Mani tedavisi için var olan algoritmalar, ilk basamak tedavi seçiminin psikotik bulguların var olup olmamasına göre yapılması gerektiğini belirtmektedir. Psikotik belirtiler eşlik etmiyorsa ilk tedavi seçeneği; Lityum, Vaproat ya da Karbamazepini içeren bir DDD ya da atipik/tipik antipsikotik olmalıdır. Eğer mani atağı ciddiye ya da manik atağa psikotik bulgular eşlik ediyorsa DDD bir antipsikotik ile kombine edilerek tedaviye başlanmalıdır. Tedaviye yanıtızlık durumunda, diğer tedavi seçeneği denenmelidir. (Yani ilk seçenekte antipsikotik denenmişse DDD, ilk seçenekte DDD denenmişse antipsikotik seçilmelidir.) EKT veya Klozapin tedaviye dirençli vakalarda düşünülmelidir (39).

Bipolar depresyonu olan çocuk ve gençlerde ise Olanzapin ve Fluoksetinin faydalı olduğunu gösteren bir çalışma bulunurken Lityum ve Ketiypin için az hasta sayısının bulunduğu ve tedavinin etkin olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Antidepresanların bipolar depresyonda yalnız başına ya da Lityum veya Ketiypin ile kullanılmaları ergen ve çocuklarda erişkinlere göre daha az fayda göstermektedir (39).

2.2.14. Gidiş ve Sonlanım

İzlem çalışmaları, ilk ataktan sonra gençlerin %80-100'ünün tamamen iyileştiğini, fakat bu grubun yaklaşık olarak %80'ninin, devam eden tedaviye rağmen, 2 ile 5 yıl içerisinde rekürren epizot geçirdiğini göstermiştir (4,155,156). Erken yaşta başlangıç, uzun hastalık süresi, düşük sosyo-ekonomik durum, mixt ya da hızlı döngülü sikluslar, psikoz, subsendromal mood semptomları, komorbid hastalıklar, negatif yaşam olaylarına maruz kalmak, duygulanımı aşırı yaşamak, ailede psikopatoloji varlığı; kötü prognostik belirtilerdir (93).

3. AMAÇ

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk, işlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden, tedaviye yanıtın kötü olduğu, nöro-yapısal değişiklik, kognitif bozulma ve komorbiditelerle birlikte olan ilerleyici olan ruhsal hastalıklardır. Bu bozukluklarda prodromal dönemde yapılan müdahale, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedeftir. Fakat her iki hastalıkta da ergenlik döneminde öncül belirtiler üzerine yapılan çalışmalar ve müdahaleler çocuk ve ergen psikiyatrisinde kısıtlıdır.

Bu çalışmada, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığına başvurmuş olan 13-19 yaş aralığındaki gençler, geçmişe yönelik olarak değerlendirilecek ve bipolar bozukluk tanısı almadan önce yaşadıkları prodromal belirtiler, psikotik bozukluk tanısı almış ergenlerin prodromal belirtileri ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan gençlerin ergenlik döneminde yaşadıkları semptomlar ile karşılaştırılacaktır. Böylece bipolar bozuklukta prodromal dönemin olup olmadığı ve varsa, prodromal dönemde yaşanan belirtilerin bipolar bozukluk için ne kadar özgül ve duyarlı olduğu belirlenecektir.

Bu araştırmanın amaçları:

1. Bipolar bozukluk tanısı almış ve tanıları doğrulanmış olan ergenlerin, tam olarak tanı kriterlerini karşılayan duygudurum atağı öncesinde yaşadıkları prodromal dönem belirtilerin saptanması,
2. Saptanan prodromal dönem belirtilerinin, bipolar bozukluğu öngördürücülüğünde sensivite ve spesivitesinin saptanması,
3. Hastalığın gidişat karakteristiklerinin saptanması,
4. Prodromal dönem başlangıcı ile tanı alma ve tedaviye başlama tarihleri arasındaki sürenin saptanması
5. Saptanan bipolar bozukluk prodromal belirtileri ile psikiyatrik tanısı olmayan normal gelişen sağlıklı ergenlerin yaşadıkları semptomlarının karşılaştırılması

6. Bipolar bozukluk ile psikotik bozukluk arasında prodromal dönem belirtilerinin karşılaştırılması ve semptomların özgüllüklerinin belirlenmesidir.



4. HİPOTEZLER

1. Bipolar bozukluğun tam olarak tanı kriterlerini karşılayan ilk duygudurum atağı öncesinde prodromal bir dönem yaşanmaktadır. Bipolar bozukluğun prodromal dönem belirtileri, psikotik bozukluğun prodromal dönem belirtilerinden farklıdır.
2. Bipolar bozukluk prodromal dönem belirtileri sıklıkla irritabilite, uyku sorunları, anksiyete, ders başarısında düşüklük, eşik altı (hipo)manik belirtiler ve eşik altı depresif belirtilerden oluşabilir.
3. Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı olan hastalar arasında, her iki bozukluğa ait prodromal belirtileri birlikte içeren ayrı bir alt grup vardır.
4. Bipolar bozukluk olan ergenlerin hastalık öncesi işlevsellikleri, psikotik bozukluğu olan hastalardan daha iyi düzeydedir.

5. YÖNTEM ve ARAÇLAR

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız erken başlangıçlı psikoz ve çocukluk çağı bipolar bozukluğunda hastalık öncesi öncül belirtileri sağlık toplum örnekleme de içerecek şekilde inceleyen gözlemsel, analitik bir vaka-kontrol çalışmasıdır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Ocak 2017 ile Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmamızın evreni, Kasım 2006 ile Kasım 2017 tarihleri arasında Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk tanıları ile izlenen 149 hasta ve toplum örnekleminde seçilen 72 sağlıklı olgu olmak üzere toplam 221 olgudan oluşmaktadır.

5.4. Araştırmanın Örnekleme

Şizofreni Grubunun Oluşturulması: Şizofreni grubu, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğinde Şizofreni tanısı almış olan 13-19 yaş arasındaki olgulardan oluşturulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan gönüllülere öncelikle tez danışmanı öğretim üyesi ile birlikte ön görüşme yapılmış daha sonra Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmıştır. Tanının doğrulanması için ise, hastanın dosya kayıtları, ön görüşme raporları ve ÇDŞG-ŞY verileri ve iki çocuk psikiyatristi (Prof. Dr. Tezan Bildik, Prof. Dr. Serpil Erermiş) ve bir erişkin psikiyatristinden (Prof. Dr. Zeki Yüncü) oluşan üç kişilik jüriye sunulmuştur. Hastaların tanısı, üç kişilik jürinin fikir birliğine varması durumunda doğrulanmış, aksi takdirde olgu çalışma dışı bırakılmıştır. Tanının jüri tarafından doğrulanması durumunda, her hastanın prodromal ve premorbid dönemlerinin ayrımı ve prodromal dönem başlangıcının belirlenmesi için Doç Dr. Emre Bora'ya danışılmıştır.

Bipolar Bozukluk Grubunun Oluşturulması: Bipolar grubu, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğinde Bipolar Bozukluk tanısı almış olan 13-19 yaş arası olgulardan oluşturulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan gönüllülere öncelikle tez danışmanı öğretim üyesi ile birlikte ön görüşme yapılmış daha sonra ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır. Tanının doğrulanması için ise, hastanın dosya kayıtları, ön görüşme raporları, ÇDŞG-ŞY verileri ve hastalığın ilk epizotundan günümüze kadar olan tüm epizotları, epizot doğası ve semptomatolojisini, bu süreçte kullanılan ilaçları, epizotlarla ilintili olan yaşam olaylarını, komorbid semptomları ve ilaç yan etkilerini detaylı olarak gösteren yaşam boyu çizelgesi iki çocuk psikiyatristi (Prof. Dr. Tezan Bildik, Prof. Dr. Serpil Eeremiş) ve bir erişkin psikiyatristinden (Prof. Dr. Zeki Yüncü) oluşan üç kişilik jüriye sunulmuştur. Hastaların tanısı, üç kişilik jürinin fikir birliğine varması durumunda doğrulanmış, aksi takdirde olgu çalışma dışı bırakılmıştır. Tanının jüri tarafından doğrulanması durumunda, her hastanın prodromal ve premorbid dönemlerinin ayrımı ve prodromal dönem başlangıcının belirlenmesi için Doç Dr. Emre Bora'ya danışılmıştır.

Sağlıklı Kontrol (SK) Grubunun Oluşturulması: Kontrol grubu, herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik rahatsızlığı olmayan 13-19 yaş arasındaki gençlerden oluşturulmuştur. Çalışmamıza alınacak kontrol grubu sayısını belirlemek için G power analizi kullanıldı. Goodness of fit test, contingency table kullanılıp, w: 0,40, power: 0,95, α error prob: 0.05, df: 5 olarak belirlendiğinde, çalışmaya alınması gereken toplam örneklem sayısı 119 olarak hesaplandı. Bu durumda kontrol grubu için gereken sayı 59 olarak tespit edildi. Kontrol grubunun seçimi için, öncelikle hasta gruplarının en çok hangi ilçeden başvurduğu saptandı. Hasta grubunun çoğunluğu Bornova ilçesinden başvurduğundan dolayı, SK grubunun seçimi için Bornova bölgesinde yer alan düşük sosyo-ekonomik seviyedeki bir ortaokul (Çimentaş Ortaokulu) ve bir lise (Sıdıka Rodop Anadolu Lisesi), orta sosyo-ekonomik seviyedeki bir ortaokul (Necmiye Bilgin Ortaokulu) ve bir lise (Suphi Koyuncu Anadolu Lisesi) ve yüksek sosyo-ekonomik seviyedeki bir ortaokul (Yahya Kemal Ortaokulu) ve bir lise (İzmir Fen Lisesi) seçildi. Okullardan sağlıklı kontrollerin alınabilmesi amacıyla Milli Eğitim Bakanlığında 09.05.2017 tarihinde onay alınmıştır (EK 9). Okullardan olguların

seçimi için sistemik tabakalı randomizasyon uygulandı. SK alımında %10-20 arası kayıp olacağı varsayıldığından, 72 olguya ulaşılması hedeflendi. Buna göre her okuldan alınması gereken olgu sayısı hesaplandı:

- Çimentaş Ortaokulu 4 olgu
- Sıdıka Rodop Anadolu Lisesi..... 19 olgu
- Necmiye Bilgin Ortaokulu..... 3 olgu
- Suphi Koyuncu Anadolu Lisesi..... 23 olgu
- Yahya Kemal Ortaokulu..... 10 olgu
- İzmir Fen Lisesi..... 13 olgu

Hasta Grupları (EBP, BB) için Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. 13-19 yaş arasında olanlar
2. DSM-5'e göre bipolar bozukluk, psikotik bozukluk (en az 1 ay boyunca süren psikotik belirtiler yaşamış olmak) tanı kriterlerini karşılamış olmak,
3. Çalışmaya katılmayı kabul edenler
4. En az bir ebeveyni ile yaşıyor olanlar

Hasta Grupları (EBP, BB) için Çalışmaya Alınmama Kriterleri

1. Yaygın gelişimsel bozukluklar ve mental retardasyon tanısı alanlar,
2. Herhangi bir tanı almış nörolojik hastalığının bulunması,
3. Bedensel bir hastalık nedeniyle tedavi görenler,
4. Çalışmaya katılmayı reddedenler,
5. Klinik olarak zeka geriliği saptanan olgular
6. Madde ile tetiklenen bipolar bozukluk ya da psikotik bozukluk tanısını karşılayanlar

Sağlıklı Kontrol (SK) Grubu için Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. 13-19 yaş arasında olmak
2. DSM-5'e göre herhangi bir ruhsal hastalığının olmaması
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
4. En az bir ebeveyni ile yaşıyor olmak

Sağlıklı Kontrol (SK) Grubu için Çalışmaya Alınmama Kriterleri

1. Bedensel bir hastalık nedeniyle tedavi görme
2. Herhangi bir tanı almış nörolojik hastalığının bulunması,
3. Klinik olarak zeka geriliği saptanması

5.5. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

5.5.1. Sosyodemografik bilgi formu

Hastaya dair bilgiler (doğum tarihi, cinsiyet, öğrenim durumu, varsa mesleği, adres, telefon, tanısı, komorbid psikiyatrik durumlar), hastanın ailesine dair bilgiler (annenin ve babanın yaşı, öğrenim düzeyi, mesleği, ailede yaşayan kişi sayısı, ailenin ortalama aylık geliri, ailede boşanma öyküsü), prodromal dönem öncesi risk faktörleri (ailede psikiyatrik hastalık, alkol/madde kullanım öyküsü, gebelik/doğum komplikasyonları) sorgulanacaktır.

5.5.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması-ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

ÇDŞG-ŞY çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri,

okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türk örnekleme için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (157,158).

5.5.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ)

11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. Deneyimli bir klinisyen tarafından 15-30 dakikalık bir görüşme ile uygulanmaktadır. Şiddetini derecelendirme ise son 48 saat içinde hastanın öznel kanaati ile bildirdiklerine ve klinisyenin görüşme sırasında hastanın davranışları ile ilgili gözlemlerine dayanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Figen Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (159).

5.5.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş, uzman derecelendirmesi esasına dayalı standart bir ölçektir (160). Elde edilen puanın 13'ün altında olması halinde depresyon olmadığı kabul edilmektedir. HDDÖ Türkçe'ye uyarlanmış ve klinik düzeylerdeki depresyonu değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilmesi gösterilmiştir (161).

5.5.5. Premorbid Uyum Ölçeği (PUÖ-Premorbid Adjustment Scale)

Cannon ve ark. tarafından 1982 yılında oluşturulmuştur (162). PUÖ, sosyal ulaşılabilirlik ve izolasyon, akran ilişkileri, çekirdek aile dışında işlevi sürdürebilme

becerisi, (okul performansı ya da okul adaptasyonu), sosyo-seksüel ilişki kurma kapasitesi alanlarında işlevsellik seviyelerini ölçmektedir. Bu kapasiteler 4 yaş aralığında ölçülmektedir: çocukluk (11 yaş altı), erken ergenlik (12-15 yaş), geç ergenlik (15-18 yaş) ve erişkinlik dönemi. Ölçekte tam tanı kriterlerini karşılayan hastalık dönemi ortaya çıkmadan 1 yıl öncesinden itibaren sorgulama gerçekleştirildiğinden, çalışmamızda erişkinlik dönemi sorgulanmayacaktır. (Örneğin psikotik bozukluk tanısı 16 yaşında konulmuşsa, 15 yaş ve öncesi işlevsellik sorgulanmalıdır.) Ayrıca ölçekte belirtilen sosyo-seksüel ilişkiler alt ölçeği kültürel farklılıktan dolayı kullanılmayacaktır. Ölçeğin Türkçe çevirisi Üçok ve ark. ile Togay ve ark. tarafından, sırasıyla 2004 ve 2015 yıllarında kullanılmıştır (163,164).

5.5.6. Çocukların Global Değerlendirme Skalası (ÇGDÖ, Children's Global Assessment Scale)

Klinisyen derecelendirmesi esasına dayalı bir ölçektir ve genel işlevselliğin ölçülmesi hedeflenir. ÇGDÖ skoru, çocuğun üç temel alandaki işlevselliğine göre derecelendirilir: ev, okul ve akran ilişkileri. ÇGDÖ'nün, var olan bozukluğun şiddetini tahmin etmede güvenilir bir skala olduğu gösterilmiştir (165).

5.5.7. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrom Scale)

PANSS 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirme içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (69). PANSS'teki 30 psikiyatrik belirtiden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirliği Kostakoğlu ve ark.ları tarafından 1999 yılında gerçekleştirilmiştir (166).

5.5.8. Prodromal Dönem Belirti Tarama Listesi

BB ve EBP gruplarındaki prodromal dönemin taranması için, Correll ve ark.larının 2014 yılında, Maurer ve ark.larının ise 2006 yılında yapmış oldukları çalışmalar temel alınmıştır (122,167). Bu iki çalışmada, BB ve EBP hastalarında

görüldüğü belirtilen prodromal semptomlar birleştirilmiştir. Buna göre toplam 79 belirti, 7 gruba ayrılarak tanımlanmıştır. Belirtilerin dağılımı şu şekildedir:

- **23 Genel Psikopatoloji Semptomu** (ruhsal bir hastalığın olduğuna dair endişeler, okula gitmek istememe, okulda işlevsellikte azalma, akran ilişkilerinde bozulma, uygunsuz afekt, garip davranışlar, aşırı değerlendirilmiş düşünce, sosyal fobi, ruminasyonlar, sık duygudurum değişkenliği, öfke patlamaları, kaygı ve gerginlik, karşı gelme davranışları, obsesyon ve kompulsüyonlar, kararsızlık, uyumakta güçlük çekme, gece uykudan sık uyanma, aşırı uyuma, uykusuzluk, uyku düzeninin tersine dönmesi, iştah artışı, iştah azalışı, cinsel ilgide azalma)
- **3 Negatif belirti** (künt afekt, sosyal iletişimi başlatma ve sürdürmekte güçlük çekme, sosyal izolasyon)
- **10 Temel Belirti** (perseverasyon düşünceleri, alıcı konuşma bozukluğu, düşünce bölünmesi, düşünce bloğu, fikirler ile algılar ve fantezi ile gerçek anılar arasındaki farkı ayırt edememe, depersonalizasyon/ derealizasyon, stabil olmayan kişi merkezli referans fikirleri, görsel algılamada bozulma, işitsel algılamada bozulma, koku-tat-somatik-taktil algılamada bozulmalar)
- **16 Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomlar** (katatonik semptomlar, düşünce okunması/çekilmesi/yerleştirilmesi, sesli düşünme, düşünce yayınlanması, referans sanrısı, sanrısız algılar/ sanrısız yanlış yorumlama, kontrol sanrısı, grandiyözite sanrısı, perseküsyon sanrısı, kıskançlık/ suçluluk sanrısı, dini sanrı, nihilistik sanrı, hipokondriak sanrı, görsel varsanılar, işitsel varsanılar, koku-tat-taktil varsanılar)
- **5 APS Belirtisi** (gizemli ve anormal düşünceler ile zihinsel meşguliyet, şüphecilik ve paranoid düşünceler, kişi merkezli olmayan referans fikirleri, anormal algılar, bedensel ilüzyonlar)
- **12 Eşik Altı Manik Belirti** (irritabilite ve kolayca öfkelenme, baskıcı ve yarışan düşünceler, artmış enerji, aşırı konuşma, dürtüsellik ve tehlikeli davranışlarda bulunma, azalmış uyku ihtiyacı, aşırı mutluluk, aşırı özgüven, artmış cinsel istek, riskli cinsel davranış, yaratıcılıkta artış, maskaralık yapma)
- **11 Eşik Altı Depresif Belirti** (depresif duygudurum, anhedoni, sabahları erken uyanma, değersizlik ve/veya suçluluk düşünceleri, özkıyım düşünceleri,

özkıyım girişimi, özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verici davranışlar, yorgunluk/enerji, psikomotor retardasyon, distraktibilite veya dikkati sürdürmede güçlük, psikomotor ajitasyon)

Listedeki her bir belirtinin, hastalığın tam tanı kriterlerini karşılayan ilk atağı öncesinde var olup olmadığı, belirtinin var olması durumunda hastalık başlangıcından kaç ay önce ortaya çıktığı, hastalık ortaya çıkana kadar geçen süreçte belirtinin kötüleşip kötüleşmediği, kötüleşmesi durumunda belirtinin hastalık ortaya çıkmadan kaç ay önce kötüleştiği sorgulanmıştır. Semptomların şiddeti, sıklığı ve hastalık başlangıç örüntüsü için Correll ve ark.ları tarafından tanımlanan model kullanılmıştır (168). Buna göre; belirtilerin ilk ortaya çıktığında ve kötüleştiğindeki şiddeti (hafif, orta, şiddetli), sıklığı (nadiren (haftada bir günden daha az), aralıklı (haftada en az bir gün fakat haftanın %50'sinden daha az), sıklıkla (haftanın %50'sinden fazla), stabil/yaşam boyu (mizaç özellikleri ya da kötüleşmeyen belirtiler) sorgulanmış ve sadece orta ve ciddi seviyede olan ve ilk manik atak veya psikotik atak öncesinde yeni ortaya çıkan veya kötüleşen semptomlar prodromal belirti olarak kabul edilmiştir (168). Yani, stabil kalan, yaşam boyu var olan, mizaç özelliği olan belirtiler prodromal belirti olarak kabul edilmeyip premorbid belirtiler olarak tanımlanmıştır. Prodromal dönemin başlangıcı, ilk olarak orta ya da ciddi seviyede olan ilk manik atak veya psikotik atak öncesinde ortaya çıkan veya kötüleşen semptomun ortaya çıktığı tarih olarak belirlendi. Hastalığın başlangıç fazı en az orta seviyedeki şiddette olan ilk prodromal belirtinin ortaya çıkması, kötüleşme fazı ise, prodromal dönemin başlangıcından sonra yeni ortaya çıkan fark edilebilir semptom kümesinin başlangıcı olarak kabul edildi.

- Kademeli başlangıç: Başlangıç fazı ile hastalık başlangıcı arasında geçen sürenin ≥ 4 ay olması,
- Hızlı başlangıç: Başlangıç fazı ile hastalık başlangıcı arasında geçen sürenin < 4 ay olması,
- Yavaş kötüleşme, kötüleşme başlangıcı ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen sürenin ≥ 4 hafta olması,
- Hızlı kötüleşme ise kötüleşme başlangıcı ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen sürenin < 4 hafta olması olarak kabul edildi.

Modelimizdeki temel belirti, APS ve Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom tanımları, Maurer ve ark.ları tarafından 2006 yılında oluşturulmuş olan "ERiraos" (Early Recognition Inventory, Interview for the Retrospective Assessment of the Onset and Course of Schizophrenia and Other Psychoses, Erken Tanı Envanteri, Şizofreni ve Diğer Psikozların Başlangıç ve Seyrinin Geriye Dönük Değerlendirilmesi için Görüşme) erken tanı envanteri temel alınarak tanımlanmıştır (68). ERiraos'a göre temel ve APS belirtileri için semptomun varlığı yeterliyken, Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom kriterinin karşılaması için semptomun 7 günden daha kısa sürmüş olması, kendiliğinden iyileşmiş olması ve 2 Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom epizodu arasında en az bir haftalık psikotik semptomların olmadığı bir dönemin olması gerekmektedir (68). ERiraos Skorlama Çizelgesi EK 6'da verilmiştir.

Ayrıca EBP grubu için ilk psikotik atak öncesinde, BB grubu için ilk manik atak öncesinde, SK grubu için ise var olan semptomlara göre olguların Atenüe Manik Semptom Sendromunu (AMSS) karşılayıp karşılamadıkları da değerlendirilmiştir. Correll tarafından, AMSS, Bipolar Prodrom Semptom Skalası-Prospektif * (BPSS-P) yarı yapılandırılmış tanısız görüşmesindeki mani semptomlarından 3 şiddetindeki en az iki belirtinin bulunması ya da 4 şiddetindeki en az bir semptomun olması şeklinde tanımlanmıştır. BPSS-P'de semptomların şiddeti 7'li liken tipi ölçekle değerlendirilmiş olup 0=semptomun olmaması, 1=semptomun varlığı şüpheli, 2=hafif şiddette, 3=orta şiddette, 4=orta-ciddi şiddette, 5=ciddi şiddette, 6=aşırı şiddette şeklinde tanımlanmıştır. Çalışmamızda ise semptom şiddetleri 4'lü liken tipi ölçekle değerlendirilmiştir. BPSS-P'deki semptom şiddetlerinden 3 ve 4, çalışmamızdaki 2=orta şiddette semptoma denk gelmektedir. Çalışmamızdaki şiddet skalasına göre BPSS-P'deki 3 ve 4 şiddetinin ayrımı yapılamayacağından, AMSS'nin varlığı, en az orta şiddette olan iki manik belirtinin bulunması olarak tanımlandı. Ayrıca BPSS-P'deki manik semptom içeriği çalışmamızda tanımladığımız eşik altı manik belirtilerden farklılık göstermektedir. BPSS-P'deki manik belirtiler: Eleve duygudurum, iritabilite, artmış özgüven, azalmış uyku ihtiyacı, aşırı konuşma, fikir uçuşması, distraktibilite, artmış enerji, artmış psikomotor aktivite, tehlikeli/dürtüsel davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Sonuç olarak çalışmamızda AMSS'nin bulunuşu,

BPSS-P'de belirtilen 10 manik belirtiden en az orta şiddette, iki ya da daha fazla semptomun var olması şeklinde tanımlandı (142).

* Kişisel iletişim, Prof. Dr. Ömer Aydemir, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erişkin Psikiyatrisi Anabilimdalı, Manisa

5.6. Uygulama

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 06.01.2017 tarih ve 16-11.1/12 karar numarası ile etik kurul araştırma onayı alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Polikliniğimizde takipli olan 149 bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı hastaya ulaşılmaya çalışıldı. Hastaların 27'sine telefon ile ulaşılamadı, 4'ü çalışmaya katılmak istemediğini belirtti, 8'i verilen randevu tarihine gelmedi, 10'unun yaşı 19 yaşın üzerinde, 3'ünün ise 13 yaşın altındaydı. Toplam 97 hasta, H.Y.K. tarafından değerlendirildi. 4 hasta Bipolar Bozukluk, tip-2, 3 hasta Bipolar Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan (BB, BTA), 1 hasta Psikotik Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan, 1 hasta Major Depresif Epizot, psikotik belirtilerin eşlik ettiği, 5 hasta Zihinsel Gerilik, 4 hasta DEHB, 2 hasta Yaygın Gelişimsel Bozukluk, 1 hasta Komplike Yas, 2 hasta Munchasen Sendromu, 3 hasta akut manik atakta olması ve hastane yatışının yapılması nedeniyle dışlandı. 71 hasta Prof. Dr. Tezan Bildik'e danışıldı. 3 hasta tedavi programından ayrılmış olması, 1 hasta kurum bakımında olması, 1 hasta Borderline Kişilik Örgütlenmesi, 1 hasta temaruz, 1 hasta Psikotik Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan, 1 hasta ise Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanılarının olması sebebiyle çalışma dışı bırakıldı. Kalan 63 hasta Prof. Dr. Tezan Bildik, Prof. Dr. Serpil Eremiş ve Prof. Dr. Zeki Yüncü'den oluşan üç kişilik jüriye sunuldu. Ocak 2017 ile Eylül 2017 tarihleri arasında toplam 16 toplantı yapıldı. Toplantı sonucunda 2 hasta Bipolar Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan, 2 hasta Borderline Kişilik Örgütlenmesi, 1 hasta Akut Stres Bozukluğu, disosiyatif belirtilerin eşlik ettiği, 1 hasta Psikotik Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan tanılarını nedeniyle dışlandı. EBP grubunda 24 hasta kaldığından, EBP grubunu 30 hastaya tamamlayabilmek için Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında takipli 12 hastaya ulaşıldı. Bu hastaların 1'i çalışmaya katılmak istemedi, 3'ü randevuya gelmedi, 2'sine ulaşılmadı. Kalan 6 hasta jüriye sunuldu ve

EBP tanıları doğrulandı. Sonuçta 33 BB, 30 EBP oluşan toplam 63 kişilik hasta grubu çalışmaya dahil edildi (Akış 1).

Kontrol grubuna ise, Çimentaş Ortaokulundan 4 öğrenciden 1'inde DEHB olması nedeniyle 3 öğrenci, Necmiye Bilgin Ortaokulundan 3 öğrenci, Yahya Kemal Ortaokulundan 10 öğrenciden 1'inin katılmak istememesi, 1'nin okulda olmaması nedeniyle 8 öğrenci, Sıdika Rodop Anadolu Lisesi'ndeki 19 öğrenciden, 3'ünün okulda olmaması, 1'inin çalışmaya katılmak istememesi, 4 öğrencide Major Depresif Bozukluk, 1 öğrencide Yeme Bozukluğu, 1 öğrencide DEHB tanılarının olması nedeniyle 9 öğrenci, Suphi Koyuncu Anadolu Lisesinde 23 öğrenciden 1'inde Tanımlanmamış Psikotik Bozukluk saptanması nedeniyle 22 öğrenci, İzmir Fen Lisesi'nden ise 13 öğrenci, toplamda 58 gönüllü dahil edildi (Akış 1).

Görüşme için verilen randevuda gönüllü olan olguların ailelerinden ve gençlerin kendilerinden, çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgileri içeren yazılı onam formlarını okumaları istendi ve sonrasında imzaları alındı.

Çalışmaya alınan tüm olgular için sosyodemografik bilgi formu uygulandı. Bu yarı yapılandırılmış formda hastaya dair bilgiler, (doğum tarihi, cinsiyet, öğrenim durumu, varsa mesleği, adres, telefon, tanısı, komorbid psikiyatrik durumlar) hastanın ailesine dair bilgiler, (annenin ve babanın yaşı, öğrenim düzeyi, mesleği, ailede yaşayan kişi sayısı, ailenin ortalama aylık geliri, ailede boşanma öyküsü) prodromal dönem öncesi risk faktörleri, (ailede psikiyatrik hastalık, alkol/madde kullanım öyküsü, gebelik/doğum komplikasyonları) sorgulandı.

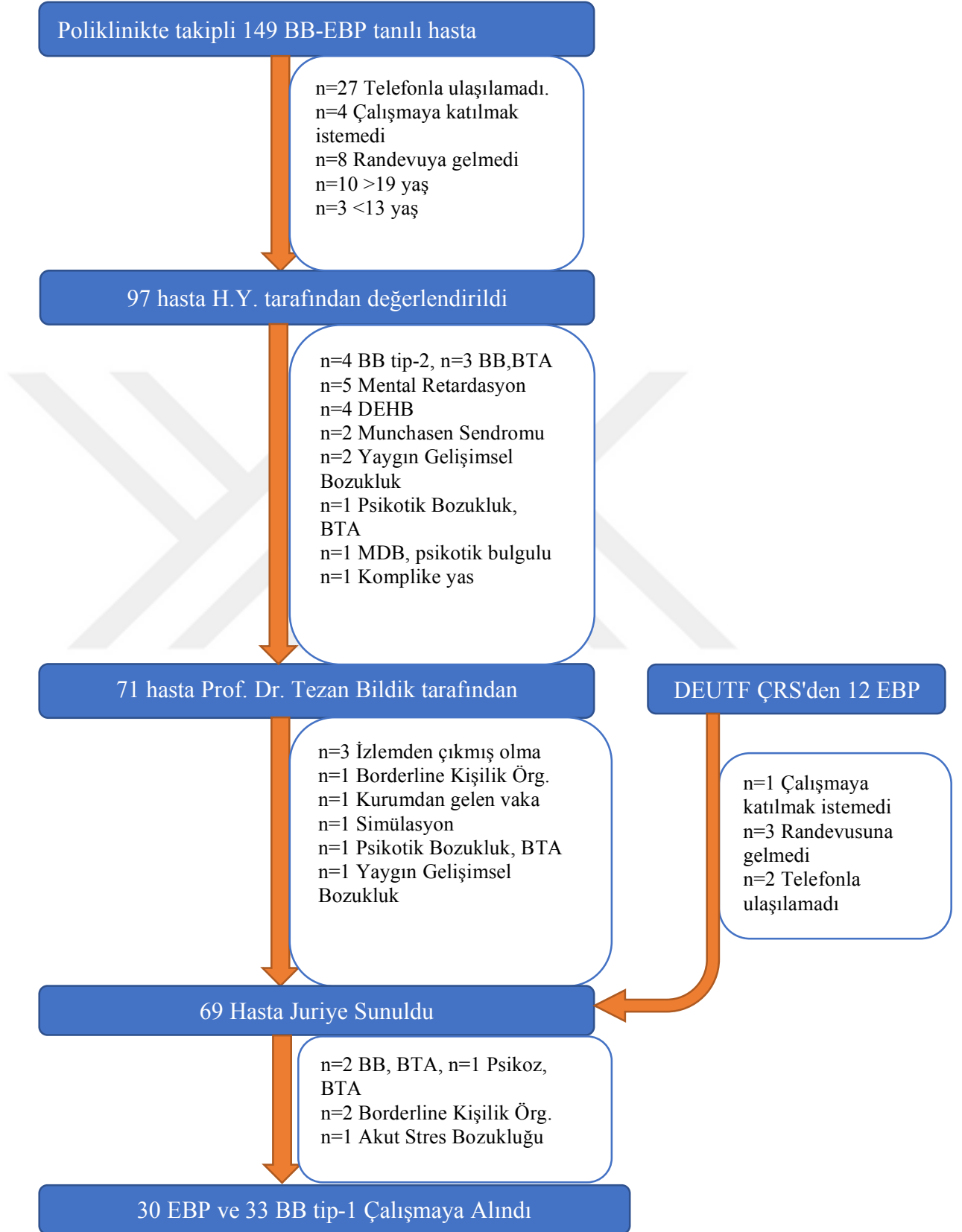
Tüm olgularda eşlik eden tanılar için ÇDŞG-ŞY, hastalığın şiddetini değerlendirmeye yönelik Çocukların Global Değerlendirme Skalası kullanıldı. Olguların aktif depresif veya manik atakta olmadıklarını kanıtlamak amacıyla sırasıyla Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young mani Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ardından hastalık öncesi işlevselliği değerlendirmek amacıyla Premorbid Uyum Ölçeği doldurulmuştur.

Şizofreni grubundaki hastalar için ilk psikotik atak dönemindeki ve son değerlendirmedeki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği puanları kaydedildi. Bipolar hasta grubu için ise hastalığın ilk epizotundan günümüze kadar olan tüm epizotları, epizot doğası ve semptomatolojisini, bu süreçte kullanılan ilaçları, epizotlarla ilintili

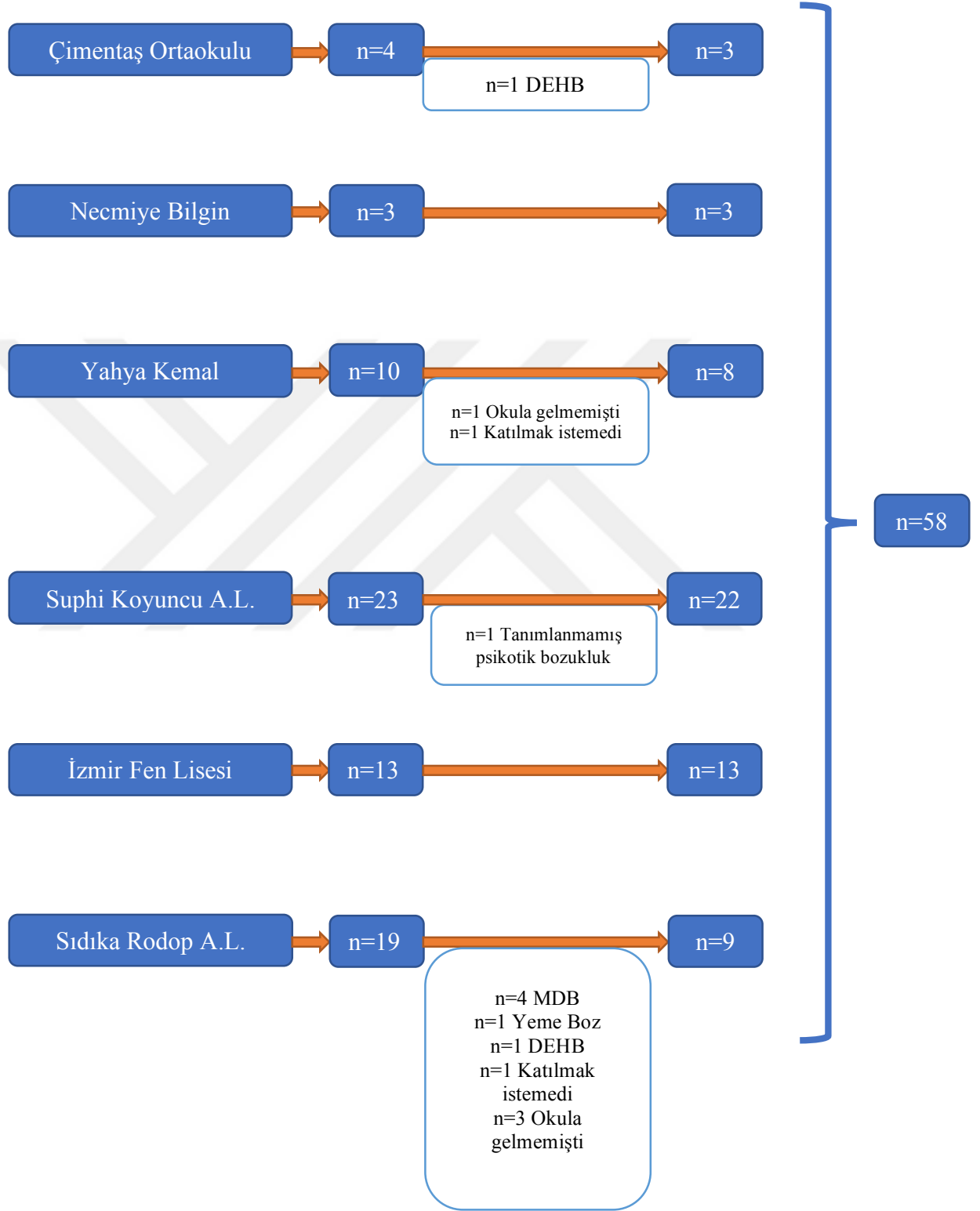
olan yaşam olaylarını, komorbid semptomları ve ilaç yan etkilerini detaylı olarak gösteren yaşam boyu çizelgesi oluşturuldu. Ayrıca her hastanın detaylı dosya özeti (hastalık öncesi belirtileri, hastalık ilk başlangıç tarihi, izlem tarihleri, izlemlerdeki belirtiler, ilaç tedavileri, ilaç yan etkileri, ilaç tedavisine yanıtlar) hazırlandı. Her hastanın ÇDŞG-ŞY sonuçları, PANSS, yaşam boyu çizelgesi, dosya özetleri juriye sunulmuş ve hastanın tanısı üç kişilik jürinin ortak karara varması durumunda kabul edilmiştir.



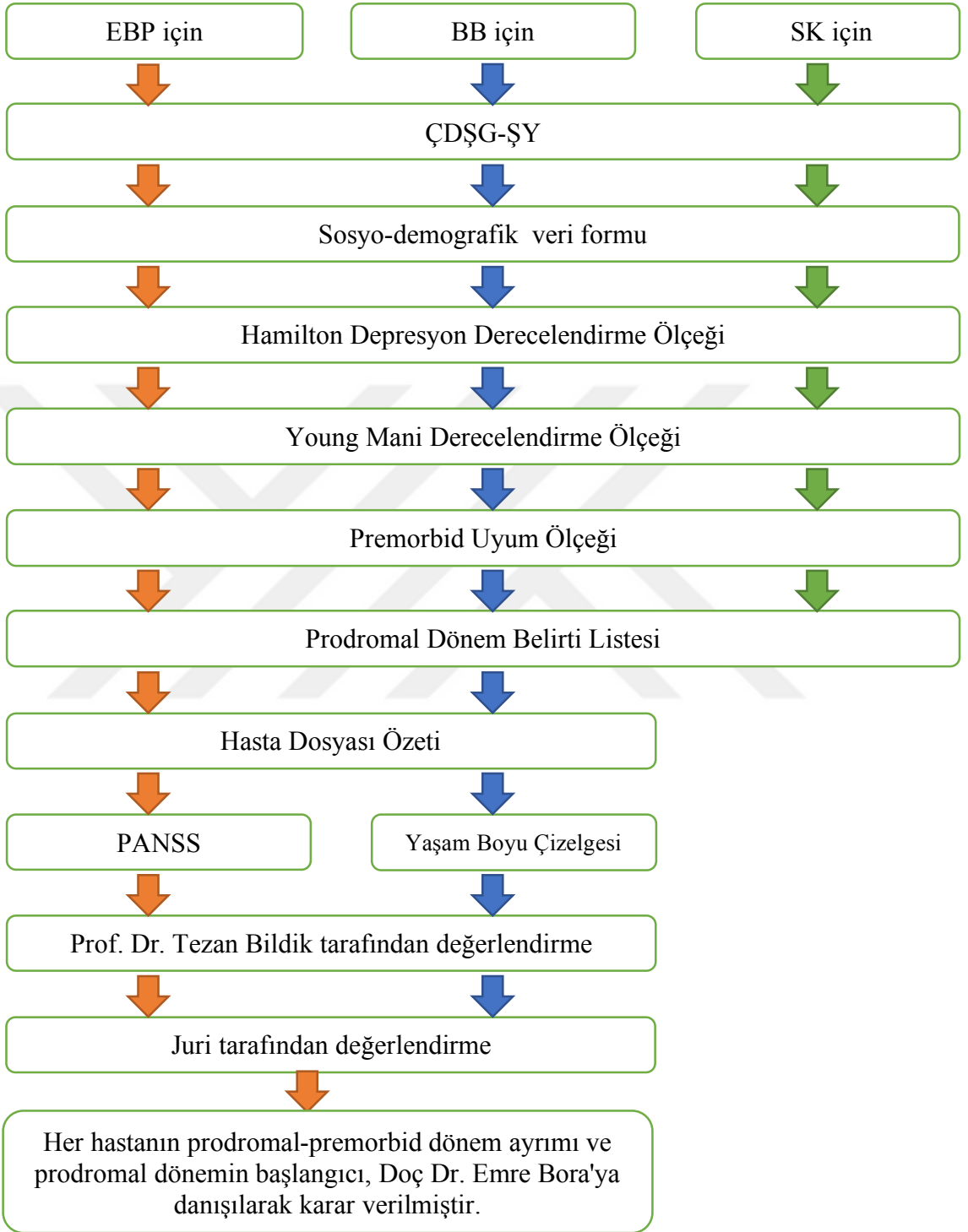
Akış 1. Çalışma Dizayını - Hasta Grupları Alımı



Akış 1. Çalışma Dizayını - Sağlıklı Kontrol Grubu Alımı



Akış 1. Çalışma Dizaynı-devam



5.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM SPSS Statistics for Mac, Version 21.0.) paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Nicel verilerin normallik varsayımı gruplarda ayrı ayrı olarak Shapiro-Wilk testi ile kontrol edildi. Normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız örneklem t-testi ve ANOVA (tek yönlü varyans analizi) kullanılırken varsayımı sağlamayan değişkenler için Mann-Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. EBP grubunda ilk psikotik atak sırasındaki ve son görüşmedeki PANSS pozitif, negatif ve genel belirtiler ölçeği toplam puanları arasında farklılık olup olmadığını değerlendirmek amacıyla, bağımlı örneklem t testi kullanıldı. Kruskal Wallis testi sonrası ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Dunn testi yardımıyla analiz edildi. Kategorik değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisini değerlendirmek için Ki-Kare testi ya da Fisher's Exact test analizi kullanıldı. Ayrıca hangi prodromal dönem semptom kümesi ve risk faktörünün BB ile SK ve BB ile EBP ayrımını yapmada öngördürücü olduğunu saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulandı.

5.8. Çalışmamızın Etik Kurul Onayı

Çalışmamız için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan 01.06.2017 tarihinde 16-11.1/12 karar numarası ile onay almıştır (EK 8).

6. BULGULAR

6.1. Örneklemin Değerlendirilmesi

6.1.1. Tanı Gruplarına İlişkin Dağılım

Çalışmaya katılan 121 olguda grupların dağılımı %23.1 (n=28) Şizofreni, %1.7 Şizoafektif Bozukluk (n=2) olmak üzere toplam %24,8 Erken Başlangıçlı Psikoz (n=30), %27,3 Bipolar Bozukluk tip 1 (n=33) ve %47.9 (n=58) SK oranlarında saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Tanı Gruplarına İlişkin Dağılım

Tanı Grupları	n	%
EBP	30	24,8
Şizofreni	28	23,1
Şizoafektif Bozukluk	2	1.7
BB 1	33	27,3
SK	58	47,9

6.1.2. Yaş

Çalışmamıza katılan ve toplamı 121 olan EBP, BB ve SK olguları 13-18 yaş aralığında olup, EBP grubu için yaş ortalaması 16,31 (SS=1,88, aralık=12,52-19,32), BB için 16,76 (SD=1,43, aralık=13-18,82), SK için 15,98 (SD=1,71, aralık=12,39-18,33) olarak bulunmuştur. Yaş değişkeni için üç grup karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($H(2)=4,415$, $p=0.110$) (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların Yaş Açısından Karşılaştırılması

	Median	Min	Max	H (df) p değeri
EBP	16,31	12,52	19,32	4,415 (2) 0,110
BB	16,76	13	18,82	
SK	15,98	12,39	18,33	

*Kruskal Wallis testi, *istatistiksel anlamlılık <0.05*

6.1.3. Cinsiyet

Çalışmaya katılan 121 olgu değerlendirildiğinde 30 EBP olgusunda kız cinsiyet %60 (n=18); 33 BB olgusunda kız cinsiyet %84,8 (n=28); 58 SK olgusunda kız cinsiyet %43,1 (n=25), erkek cinsiyet %56,9 (n=33) oranında saptanmıştır. EBP, BB ve SK grupları arasında cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($X^2(2)=15,12$, $p=0,001$) (Tablo 7). EBP ile BB ($X^2(1)=3,744$, $p=0,053$) ve EBP ile SK ($X^2(1)=1,634$, $p=0,201$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken BB ile SK ($X^2(1)=13,403$, $p<0,001$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 7. Grupların Cinsiyete Göre Karşılaştırması

	Kız		Erkek		EBP-BB-SK X^2 (df) p değeri
	n	%	n	%	
EBP	18	60	12	40	15,14 (2) 0,001*
BB	28	84,8	5	15,2	
SK	25	43,1	33	56,9	

*Ki kare, *istatistiksel anlamlılık <0,05*

6.1.4. Eğitim Durumu

121 olgunun eğitim durumları değerlendirildiğinde; 30 EBP olgusu için, okula devam etmeyenlerin oranı %26,7 (n=8), orta öğrenime devam edenlerin %13,3 (n=4), liseye devam edenlerin %60 (n=18); 33 BB olgusunda ise okula devam etmeyenlerin oranı %39,4 (n=13), orta öğrenime devam edenlerin oranı %9,1 (n=3), liseye devam edenlerin oranı %51,5 (n=17) olarak saptandı. SK grubunun ise %22,4 (n=13) oranında ortaokul, %77,6 (n=45) oranında liseye gittiği belirlendi. EBP, BB ve SK grupları eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p<0.001$) (Tablo 8). BB ile EBP grubu kıyaslandığında ise, eğitim durumları değişkeni açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($X^2=1,26, p=0.547$).

Tablo 8. Grupların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Okula gitmiyor		Ortaokul		Lise		EBP-BB-SK X ² (df) p değeri
		n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu	EBP	8	26,7	4	13,3	18	60	25,69 (2) <0.001*
	BB	13	39,4	3	9,1	17	51,5	
	SK	-	-	13	22,4	45	77,6	

*Ki kare, *istatistiksel anlamlılık <0,05*

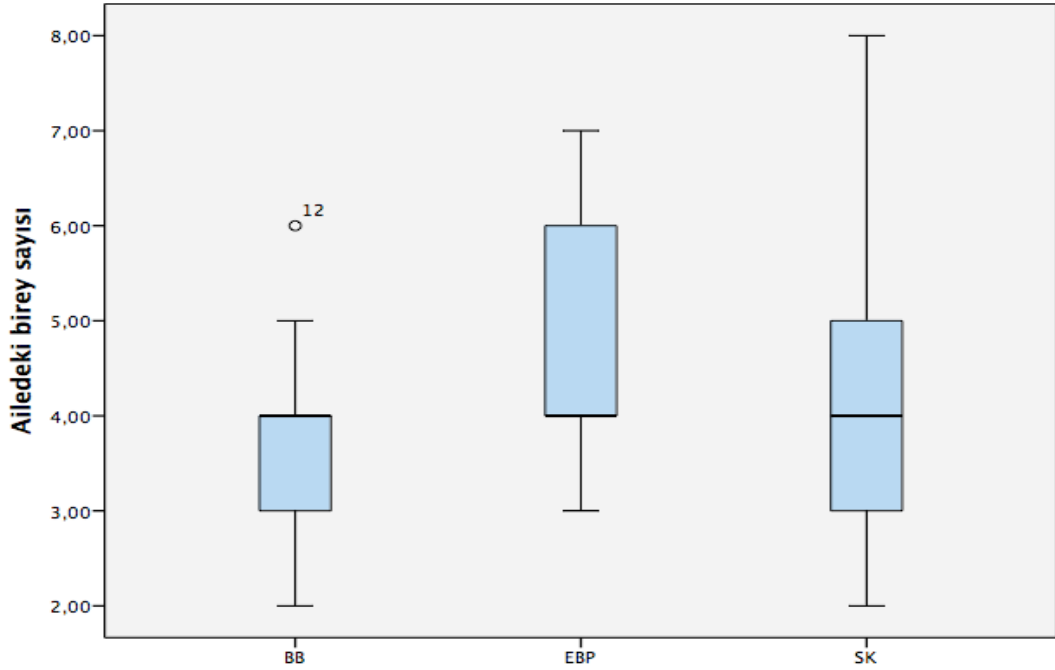
6.2. Ailenin Demografik Özellikleri

6.2.1. Ailedeki Birey Sayısı

121 olgu ailedeki birey sayısı açısından değerlendirildi. 30 EBP olgusu için ailedeki ortalama birey sayısı 4,56 (SS=1,27, aralık=3-7), 33 BB olgusu için 3,69

(SS=1,01, aralık=2-6), 58 SK olgusu için ise 4,15 (SS=1,16, aralık=2-8) olarak bulundu (Şekil 1). EBP, BB ve SK grupları ailedeki birey sayısı değişkeni açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($H(df)=6,52, p=0.038$). Gruplar arasındaki farklılığın nedeninin saptanması amacıyla Kruskal Wallis ikili karşılaştırma analizi uygulandı. Buna göre ailedeki birey sayısı açısından SK ile BB ($p=0,313$) ve SK ile EBP ($p=0,608$) grupları arasında anlamlı farklılık saptanmazken BB ile EBP olguları arasında anlamlı fark tespit edildi ($p=0,033$).

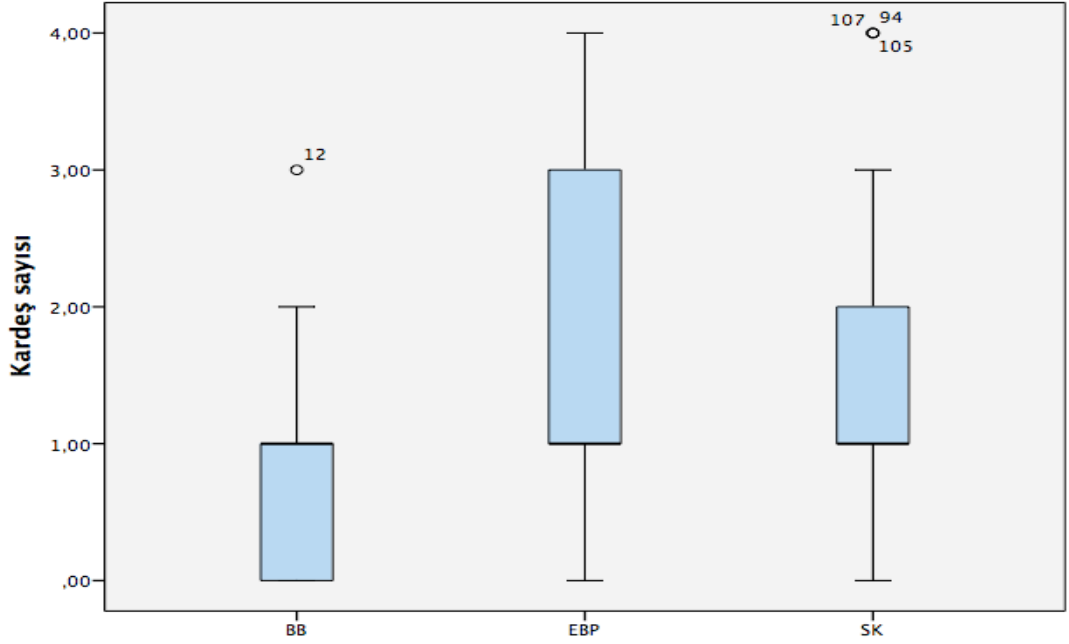
Şekil 1. Grupların Ailedeki Birey Sayısı Açısından Karşılaştırılması



6.2.2. Kardeş sayısı

121 olgu, kardeş sayısı açısından değerlendirildiğinde, 30 EBP olgusunun ortalama kardeş sayısı 1,53 (SS=1,13, aralık=0-4), 33 BB olgusunun 0,87 (SS=0,85, aralık=0-3) ve 58 SK olgusunun ise 1,20 (SS=0,96, aralık=0-4) olarak bulunmuştur (Şekil-2). EBP, BB ve SK grupları kardeş sayısı açısından karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($H(2)=5,69, p=0,058$).

Şekil 2. Grupların Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması



6.2.3. Anne Yaşı

121 olgu anne yaşı açısından değerlendirildiğinde; EBP grubundaki vefat eden anne (n=1) çıkarıldığında anneler için yaş ortalaması 42,83 (SS=6,01, aralık=32-56), BB grubundaki annelerin yaş ortalaması 45,03 (SS=4,60, aralık=37-56), SK grubundaki annelerin yaş ortalaması ise 41,26 (SS=5,49, aralık=32-57) bulunmuştur. Anova testine göre, anne yaşı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($F(2,117)=5,09$, $p=0,008$). Bonferroni post hoc testi ile gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, BB ile SK grupları arasında anne yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcutken ($p=0,006$) SK ile EBP ($p=0,601$) ve BB ile EBP ($p=0,329$) grupları arasında anne yaşı açısından fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Grupların Anne Yaşı Açısından Karşılaştırılması

		Mean	Min	Max	F(df) p değeri
Anne Yaşı	EBP	42,83	32	56	5,09 (2,117) 0,008*
	BB	45,03	37	56	
	SK	41,26	32	57	

Anova, *istatistiksel anlamlılık <0,05

6.2.4. Anne Eğitim Düzeyi

121 olgunun anne eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde; 30 EBP olgusunun annelerinin %13,3 (n=4)'ünün okuma yazmasının olmadığı ve eğitim almadığı, %50 (n=15)'sinin ilkokul mezunu olduğu, %33,3 (n=10)'ünün ortaokul veya lise mezunu olduğu, %3,3 (n=1)'inin ise lisans ve üstü seviyede eğitim aldığı bulunmuştur. 33 BB olgusunun annelerinin %3 (n=1) oranında okuma yazmasının olmadığı, %48,5 (n=16)'inin ilkokul mezunu olduğu, %27,3 (n=9)'ünün ortaokul ve lise mezunu olduğu, %21,2 (n=7)'sinin lisans ve üstü seviyesinde eğitim aldığı tespit edilmiştir. 58 SK olgusunun annelerinin ise %12,1 (n=7)'inin okuma yazma bilmediği, %22,4 (n=13)'ünün ilkokul mezunu olduğu, %39,6 (n=23)'sının ortaokul ve lise mezunu olduğu, %25,9 (n=15)'unun ise lisans ve üstü seviyesinde eğitim aldığı bulunmuştur. Anne eğitim seviyesi açısından gruplar kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($X^2(8)=15,44$, $p=0,051$) (Tablo 10).

Tablo 10. Grupların Anne Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

		Okuma yazma yok		İlkokul		Ortaokul ve Lise		Lisans ve Yüksek Lisans		EBP-BB-SK	X ² (df) p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Anne Eğitim	EBP	4	13,3	15	50	10	33,3	1	3	15,44 (8) 0,051	
	BB	1	3	16	48,5	9	27,3	7	21,2		
	SK	7	12,1	13	22,4	23	39,6	15	25,9		

Ki Kare

6.2.5. Anne İş Durumu

121 olgu anne iş durumu açısından değerlendirilmiştir. EBP grubundaki vefat eden anne (n=1) çıkarıldığında, 29 EBP olgusunun anne iş dağılımı: %62,1 (n=18) ev hanımı, %34,5 (n=10) işçi, %3,4 (n=1) esnaf iken memur ve serbest meslekte çalışan tespit edilememiştir. 33 BB olgusunun annelerinde meslek dağılımları %54,5 (n=18) ev hanımı, %21,2 (n=7) işçi, %12,1 (n=4) memur, %6,1 (n=2) esnaf, %6,1 (n=2) serbest meslek olarak belirlenmiştir. SK grubunda ise dağılım %53,4 (n=31) ev hanımı, %15,8 (n=9) işçi, %24,6 (n=14) memur, %7 (n=4) serbest meslek şeklinde iken esnaf olarak çalışan tespit edilememiştir. Üç grup anne iş durumu açısından kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (**p=0,012**) (Tablo 11). Anne iş durumu açısından gruplar aralarında kıyaslandığında, EBP ile BB (X²=6,046, p=0,146) ve BB ile SK (X²=4,975, p=0,272) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, EBP ve SK grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (**X²=15,284, p=0,001**).

Tablo 11. Grupların Anne İş Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Ev Hanımı		İşçi		Memur		Esnaf		Serbest Meslek		X ² (df)p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
EBP	18	62,1	10	34,5	-	-	1	3,4	0	0	- (-) 0,012*
BB	18	54,5	7	21,2	4	12,1	2	6,1	2	6,1	
SK	31	53,4	9	15,8	14	24,6	-	-	4	7	

*Ki kare testi, *istatistiksel anlamlılık <0,05*

6.2.6. Baba Yaşı

EBP grubundaki babalar için yaş ortalaması 47,53 (SS=7,05, aralık=35-59), BB grubundaki babalar için vefat eden baba (n=1) çıkarıldığında yaş ortalaması 50,38 (SS=6,96, aralık=39-70), SK grubundaki babalar için ise yaş ortalaması ise 44,85 (SS=8,41, aralık=35-65) bulunmuştur. Anova testine göre, baba yaşı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (**F (2,117)=5,73, p=0,004**). Bonferroni post hoc testi ile gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, BB ile SK grupları arasında baba yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcutken (**p=0,003**) SK ile EBP (p=0,543) ve BB ile EBP (p=0,259) grupları arasında baba yaşı açısından fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Grupların Baba Yaş Durumu Açısından Karşılaştırılması

		Mean	Min	Mak	F (df) p değeri
Baba Yaşı	EBP	47,53	35	59	5,73 (2,117) 0,004*
	BB	50,38	39	70	
	SK	44,85	35	65	

*Anova, * İstatistiksel anlamlılık <0,05*

6.2.7. Baba Eğitim Düzeyi

121 olgunun baba eğitim düzeyleri açısından değerlendirilmesi yapıldı. 30 EBP olgusunun babalarının %3,3 (n=1)'ünün hiç eğitim almadığı, %40 (n=12)'inin ilkokul mezunu olduğu, %43,4 (n=13)'ünün ortaokul ve lise mezunu olduğu, %13,4 (n=4)'ünün lisans ve lisans üstü eğitim aldığı bulundu. 33 BB olgusunun babalarının %3,3 (n=2)'ünün hiç eğitim almadığı, %39,4 (n=13)'ünün ilkokul mezunu olduğu, %39,4 (n=13)'ünün ortaokul ve lise, %15,1 (n=5)'inin lisans ve lisans üstü seviyesinde eğitim aldığı tespit edildi. 58 SK grubunun babalarının ise %8,6 (n=5)'sının hiç eğitim görmediği, %15,5 (n=9)'inin ilkokul mezunu olduğu, %36,7 (n=23)'sinin ortaokul ve lise mezunu olduğu, %36,4 (n=21)'ünün lisans ve lisans üstü seviyesinde eğitimlerini tamamladığı bulunmuştur. EBP, BB ve SK grupları baba eğitim düzeyi değişkeni açısından kıyaslandığında, gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($X^2=14,12$, $p=0,059$) (Tablo 13).

Tablo 13. Grupların Baba Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

	Okuma yazma yok		İlkokul		Ortaokul ve Lise		Lisans ve Yüksek Lisans		EBP-BB-SK
	n	%	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p
EBP	1	3,3	12	40	13	43,4	4	13,4	14,12 (-), 0,059
BB	2	3,3	13	39,4	13	39,4	5	15,1	
SK	5	8,6	9	15,5	23	36,7	21	36,4	

Ki Kare Testi,

6.2.8. Baba İş Durumu

121 olgunun babalarının iş durumlarına bakıldığında 30 EBP olgusunda iş dağılımı %6,7 (n=2) işsiz, %60 (n=18) işçi, %10 (n=3) çiftçi, %10 (n=3) memur, %13,3 (n=4) serbest meslek olarak bulunmuştur. 33 BB olgusunda vefat eden baba (n=1) dışlandığında iş dağılımı %6,3 (n=2) işsiz, %59,4 (n=19) işçi, %3,1 (n=1) çiftçi, %15,6 (n=5) memur, %6,3 (n=2) esnaf, %9,4 (n=3) serbest meslek olarak tespit edilmiştir. SK grubunun babalarının ise %1,7 (n=1)'sinin işsiz olduğu, %46,6 (n=27)'sinin işçi, %5,2 (n=3)'sinin çiftçi, %19 (n=11)'unun memur, %3,4 (n=2)'ünün esnaf, %24,1 (n=14)'inin serbest mesleğinin olduğu belirlenmiştir. EBP, BB ve SK grupları baba iş durumu değişkeni açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($X^2=9,49$, $p=0,450$) (Tablo 14).

Tablo 14. Grupların Baba İş Durumu Açısından Karşılaştırılması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK
	n	%	n	%	n	%	X ² p değeri
İşsiz	2	6,7	2	6,3	1	1,7	9,49 0,450
İşçi	18	60	19	59,4	27	46,6	
Çiftçi	3	10	1	3,1	3	5,2	
Memur	3	10	5	15,6	11	19	
Esnaf	-	-	2	6,3	2	3,4	
Serbest Meslek	4	13,3	3	9,4	14	24,1	

Ki Kare Testi

6.2.9. Ailenin Ortalama Aylık Geliri

121 olgu ailenin ortalama aylık geliri açısından değerlendirildi. 30 EBP olgusunun %36,8 (n=14)'ünün 2000 TL altında, %25 (n=7)'inin 2001-3000 TL arasında, %20 (n=6)'sinin 3001-5000 TL arasında, %16,7 (n=3)'sinin 5000 TL üzerinde ortalama aylık gelirinin olduğu tespit edildi. 33 BB olgusunun %34,2 (n=13)'sinin 2000 TL altında, %25 (n=7)'inin 2001-3000 TL arasında, %27,8 (n=10)'ünün 3001-5000 TL arasında, %16,7 (n=3)'sinin ise 5000 TL üzerinde aylık geliri olduğu bulunmuştur. 56 SK olgusunun ise %28,9 (n=11)'unun 2000 TL altında, %50 (n=14)'sinin 2001-3000 TL arasında, %55,6 (n=20)'sının 3001-5000 TL arasında, %66,7 (n=11)'sinin ise 5000 TL üzerinde aylık geliri olduğu bulunmuştur. 2 SK olgusunun aylık ortalama gelir bilgisi elde edilememiştir. EBP, BB ve SK grubu aylık ortalama gelir açısından kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (X² (6)=9,76, p=0,135) (Tablo 15).

Tablo 15. Grupların Ailenin Ortalama Aylık Geliri Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK
	n	%	n	%	n	%	X ² p değeri
2000 TL altı	14	36,8	13	34,2	11	28,9	9,76 (6) 0,135
2001-3000 TL	7	25	7	25	14	50	
3001-5000 TL	6	20	10	27,8	20	55,6	
5000 TL üzeri	3	16,7	3	16,7	11	66,7	

Ki Kare

6.2.10. Ailede Boşanma Öyküsü

121 olgu ailede boşanma öyküsü açısından değerlendirildi. 30 EBP olgusunun %10 (n=3)'ünde, 33 BB olgusunun %36,4 (n=12)'ünde ve 58 kontrol grubunun %8,6 (n=5)'sında ailede boşanma öyküsü mevcuttu. EBP, BB ve SK grupları ailede boşanma öyküsü açısından kıyaslandığında, gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($X^2(2)=12,96$, $p=0,002$) (Tablo 16). Ailede boşanma öyküsü değişkeni açısından gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, EBP ile SK grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=1,000$), BB ile EBP ($X^2(1)=4,655$, $p=0,031$) ve BB ile SK ($X^2(1)=8,908$, $p=0,003$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Ailede boşanma öyküsü ile ailedeki ortalama birey sayısı arasında ilişki olup olmadığının saptanması amacıyla Mann Whitney U testi uygulandı. Teste göre, ailede boşanma öyküsü bulunanlarda ailedeki ortalama birey sayısı (Mdn=3), bulunmayanlara göre (Mdn=4) daha düşüktü ($U=404,5$, $p<0,001$). Ayrıca, ailede boşanma öyküsü olanların %55 (n=11)'inde, ailede boşanma öyküsü olmayanların ise %18,8 (n=19)'inde, ebeveynlerden en az birinde psikiyatrik hastalık mevcuttu. Ailede boşanma öyküsü olması ile ebeveynlerden en az birinde psikiyatrik hastalık olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0,001$).

Tablo 16. Grupların Ailede Boşanma Öyküsü Açısından Kıyaslanması

Ailede Boşanma Öyküsü	EBP		BB		SK		X ² (df) p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Var	3	10	12	36,4	5	8,6	12,96 (2) 0,002*
Yok	27	90	21	63,6	53	91,4	

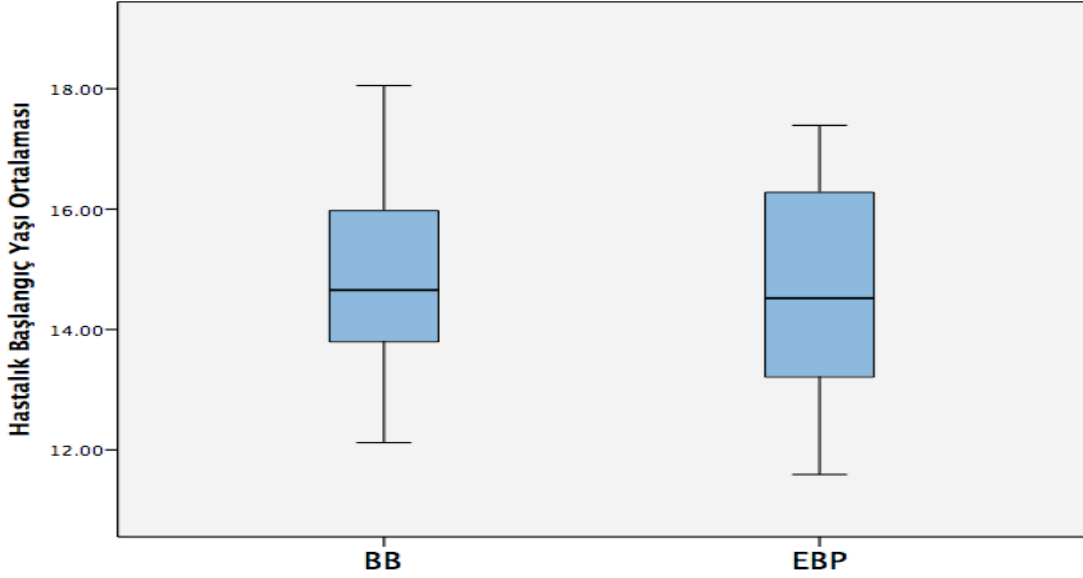
*Ki kare, *istatistiksel anlamlılık p<0,05*

6.3. Hasta (EBP ve BB) Gruplarının Psikiyatrik Hastalıklarının Özellikleri

6.3.1. İlk Psikotik, Hipo(manik) ve Depresif Atak Ortalama Yaşları ve Hastalık Süresi

EBP grubunda ilk psikotik atak yaşı ortalaması 14,83 (SS=1,82, aralık=11,75-17,58) olarak tespit edildi. BB grubunda ilk hipo(manik) atak yaşı ortalaması 15,06 (SS=1,57, aralık=12,29-18,31), ilk depresif atak yaşı ortalaması ise 14,45 (SS=1,97, aralık=11,25-18) olarak bulundu. BB hastalık başlangıç yaşı ortalaması 14,84 (SS=1,55, aralık=12,12-18,05) olarak tespit edildi. EBP ve BB grupları hastalık başlangıç yaşları açısından kıyaslandığında, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($t(61)=0,510$, $p=0,612$) (Şekil 3). EBP grubunda görüşme tarihi ile hastalık başlangıcı arasında geçen ortalama süre (hastalık süresi) 20,2 ay (SS=15,2, aralık=1-69), BB grubunda ise 23 ay (SS=18,2, aralık=0-73) olarak tespit edildi.

Şekil 3. Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıç Yaşı Açısından Kıyaslanması



6.3.2. Hasta Gruplarında İlk Psikiyatriye Başvuru Yaşı ve İlk Tanı Konulma Yaşı Ortalaması

30 EBP olgusunun ilk olarak psikiyatriye başvurma yaşı ortalaması 13,95 (SS=3,20, aralık=4,29-17,65) iken 33 BB olgusunda 12,88 (SS=4,44, aralık=3,63-17,36) olarak saptandı. EBP grubunda hastalığa ilk olarak tanı konulma yaşı ortalaması 15,04 (SS=1,70, aralık=11,91-17,52) iken, BB grubunda 15,35 (SS=1,60, aralık=12,29-18,05) olarak bulundu. Bağımsız örneklem t testine göre her iki grup arasında, ilk olarak psikiyatriye başvuru yaşı ($t(60)=-1,07$, $p=0,286$) ve ilk tanı yaşı ($t(60)=0,75$, $p=0,456$) açısından anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 17).

Tablo 17. Hasta Gruplarının İlk Psikiyatriye Başvuru Yaşı ve İlk Tanı Konulma Yaşı Ortalaması Açısından Kıyaslanması

	EBP	BB	EBP-BB
İlk Psikiyatri Başvuru Yaşı Ortalaması Yıl (Mean±SS)	13,95 ±3,20	12,88 ±4,44	t(60)=-1,07, p=0,286 ^a
İlk Tanı Yaşı Ortalaması Yıl (Mean±SS)	15,04 ±1,70	15,35 ±1,60	t(60)=0,75, p=0,456 ^a

Bağımsız Örneklem t testi

6.3.3. Hasta Gruplarında Prodromal ve Premorbid Dönem Ortalama Süresi

EBP grubunda, en az bir prodromal belirti olan olgulardaki ortalama prodromal dönem süresi 22,6 ay (SS=12,6, aralık=0-36) ay olarak saptanırken BB grubunda 26,3 ay (SS=10, aralık=0-36) olarak tespit edildi. EBP (Mdn=22,5) ve BB (Mdn=30) grupları arasında en az bir prodromal belirti olması durumunda ortalama prodromal dönem süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (U=421, p=0,304). EBP olgularının %1,7 (n=1)'sinde, BB olgularının ise %6 (n=2)'sında hastalık başlangıcı öncesinde hiçbir belirti yoktu. EBP grubunun %90 (n=27)'inde prodromal dönem süresi 3 aydan uzun, %73,4 (n=23)'ünde ise 12 aydan daha uzundu. BB grubunun ise %94 (n=31)'ünde prodromal dönem süresi 3 aydan uzun, %87,9 (n=29)'ünde ise 12 aydan uzundu. EBP grubunda prodromal dönem ortalama başlangıç yaşı 12,9 (SS=1,8, aralık=10-16), BB grubunda ise 13 (SS=1,9, aralık=9-16) olarak tespit edildi. Gruplar arasında prodromal dönem ortalama başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (t(58)=0,148, p=0,883).

Hasta grupları premorbid belirtiler (yaşam boyu olan ya da stabil seyreden belirtiler) açısından değerlendirildiğinde, 30 EBP olgusunun %16,6 (n=5)'sında, 33 BB olgusunun ise %12,1 (n=4)'inde premorbid belirti yoktu. 25 EBP olgusunda ortalama premorbid dönem 100 ay (SS=43, aralık=48-180), 29 BB olgusunda ise 115,4 ay (SS=35,5, aralık=43-180) olarak tespit edildi. EBP ve BB grupları arasında ortalama premorbid dönem süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (t(52)=1,440, p=0,56). EBP grubunda premorbid dönem ortalama başlangıç

yaşı 6,4 (SS=3,2, aralık=1-12), BB grubunda ise 5,31 (SS=3,1, aralık=1-12) olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında premorbid dönem ortalama başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($t(23)=-1,024$, $p=0,310$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hasta Gruplarının Prodromal ve Premorbid Dönem Ortalama Süresi ve Başlangıç Yaşı Açısından Kıyaslanması

	EBP	BB	EBP-BB Karşılaştırma
Prodromal Dönem Ortalama Süresi (Ay) (Mean±SS)	22,6±12,6	26,3±10	$U=421$, $p=0,304$ ^a
Prodromal Dönem Ortalama Başlangıç Yaşı (Yıl) (Mean±SS)	12,9±1,8	13±1,9	$t(58)=0,148$, $p=0,883$ ^b
Premorbid Dönem Ortalama Süresi (Ay) (Mean±SS)	100±43	115,4±35,5	$t(52)=1,440$, $p=0,56$ ^b
Premorbid Dönem Ortalama Başlangıç Yaşı (Yıl) (Mean±SS)	6,4±3,2	5,3±3,1	$t(23)=-1,024$, $p=0,310$ ^b

^a Mann Whitney U testi, ^b Bağımsız Örneklem t testi

6.3.4. Hasta Gruplarında Hastalık Başlangıcından Tanı Konulmasına Kadar Geçen Süre

EBP olgularında ilk psikotik atak ile hastaya tanı konulması arasında geçen süre ortalaması 4,21 ay (SS=10,70, aralık=0-57,9) iken BB olgularında 14,62 ay (SS=10,70, aralık=0-63,9) olarak saptanmıştır. Mann Whitney U analizine göre EBP (Median=1,01) ile BB (Median=11,99) grupları arasında, hastalık başlangıcından tanı konulmasına kadar geçen süre açısından anlamlı farklılık saptandı ($U=212$, $p<0,001$) (Tablo 19). BB'ta ilk duygudurum epizodu depresif epizot olduğunda hastalığa klinik olarak tanı konulması mümkün olmadığından, BB'ta ilk mani atağı hastalık başlangıcı kabul edilerek hastalık başlangıcı ile tanı konulması arası süre tekrar hesaplandı. Bu

durumda, BB grubunda hastalık başlangıcı ile tanı konulması arası geçen ortalama süre 6,14 ay (SS=9,06, aralık=0-31,9) olarak tespit edildi. Bu durumda EBP grubu ile BB grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (U=450,5, p=0,687).

Tablo 19. Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıcından Tanı Konulmasına Kadar Geçen Süre Açısından Kıyaslanması

	EBP	BB	EBP-BB Karşılaştırma
Hastalık Başlangıcından Tanı Konulmasına Kadar Geçen Süre (Ay)	4,21 ±10,70	14,62 ±10,70	U=212, p<0,001

Mann Whitney U testi

6.3.5 Hasta Gruplarında Hastalık Öncesi Başvuru Oranları

30 EBP olgusunun %26,7 (n=8)'sinin ilk psikotik atak, 33 BB olgusunun ise %36,4 (n=12)'ünün ilk duygudurum atağı öncesinde psikiyatri başvurusu bulunmaktaydı. EBP ve BB gruplarında hastalık başlangıcı öncesi psikiyatri başvuru oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (X²(1)=0,30, p=0,862). Hastalık başlangıcı öncesi psikiyatriye başvuranların %85,7 (n=18)'sinde psikiyatrik komorbidite bulunmaktaydı. Hastalık başlangıcı öncesinde psikiyatriye başvuranlarda en sık görülen komorbidite DEHB olarak saptandı (%66,7 (n=14)). Hastalık başlangıcı öncesinde başvuru nedenlerine bakıldığında, EBP grubunda hastalık başlangıcı öncesi başvuran 8 olgusunun 1'ine Major Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu, 1'ine Major Depresif Bozukluk, 4'üne DEHB, 1'ine Özgül Öğrenme Güçlüğü, 1'ine Konversiyon Bozukluğu, BB grubunda ise hastalık başlangıcı öncesi başvuran 12 olgudan 6'sına DEHB, 1'ine DEHB ve MDB, 1'ine DEHB ve KOKGB, 1'ine KOKGB, 1'ine MBD ve Anksiyete Bozukluğu, 1'ine Dışa Atım Bozukluğu, DEHB, KOKGB ve Davranım Bozukluğu, 1'ine ise DEHB, Anksiyete Bozukluğu, Dışa Atım Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu tanıları konulduğu saptandı. 9 EBP olgusu, hastalık başlangıcından önce psikiyatriye ortalama 47,98 ay (SS=49,9, aralık=3-157,9), 12 BB olgusu ise ortalama 64,7 ay (SS=41,14, aralık=2-120) önce başvurmuştu. Bağımsız

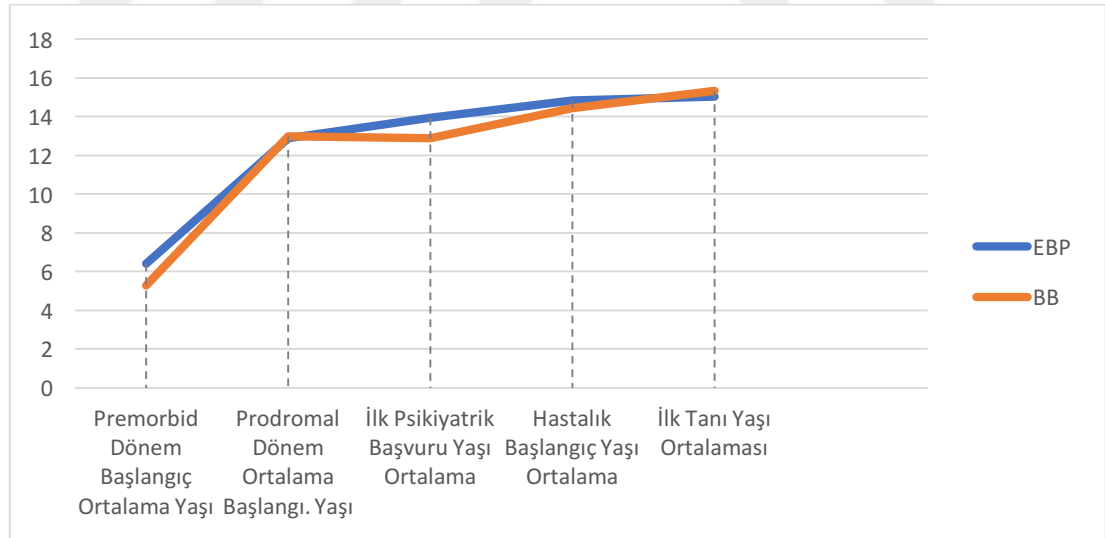
örneklem t testine göre, hastalık başlangıcı öncesinde psikiyatriye başvuru oranları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($t(19)=0,844$, $p=0,409$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıcı Öncesi Psikiyatriye Başvuru Süresi Açısından Karşılaştırılması

	EBP	BB	EBP-BB Karşılaştırma
Hastalık Başlangıcı Öncesi Psikiyatriye Başvuru Süresi Ortalaması (Ay)	47,98 ±49,9	64,7 ±41,14	$t(19)=0,844$, $p=0,409$

Bağımsız Örneklem t testi

Şekil 4. Grupların Hastalık Başlangıç Yaşı, İlk Psikiyatriye Başvuru Yaşı, İlk Tanı Konulma Yaşı Açısından Karşılaştırılması



6.3.6. Hasta Gruplarının Remisyon Durumları

30 EBP olgusunun %76,7 ($n=23$)'si kısmi, %23,3 ($n=7$)'ü tam remisyondaydı. 33 BB olgusunun %51,5 ($n=17$)'i tam remisyon, %21,2 ($n=7$)'si son atak depresif atak kısmi remisyon, %15,2 ($n=5$)'si son epizot mikst atak kısmi remisyon, %6,1 ($n=2$)'si

son atak hipomanik atak kısmi remisyon, %6,2 (n=2)'si son atak manik atak kısmi remisyondaydı. EBP ve BB grupları, remisyon durumları açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($X^2(1)=4,164$, $p=0,041$) (Tablo 21).

Tablo 21. Hasta Gruplarının Remisyon Durumları Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		X ² (df) p değeri
	n	%	n	%	
Tam Remisyon	7	23,3	17	51,5	4,164 (1) 0,041*
Kısmi Remisyon	23	76,7	16	48,5	

Ki kare, *istatistiksel anlamlılık <0,05

6.3.7. Hasta Gruplarının Atak Özellikleri

EBP grubunda ortalama psikotik atak sayısı 1,56 (SS= 1,97, aralık=1-4) iken BB grubunda ortalama duygudurum epizotu sayısı 3,33 (SS= 1,74, aralık= 1-7) idi. EBP grubundaki hastaların %6,7 (n=2)'sinin en az bir manik epizot, %10 (n=3)'ünün en az bir depresif epizot, %6,7 (n=2)'sinin en az bir hipomanik epizot, %6,7 (n=2)'sinin en az bir manik epizot karma belirtiler eşlik eden, %3,3 (n=1)'ünün depresif epizot karma belirtiler eşlik eden geçirdiği tespit edildi. BB grubunun ise %60,3 (n=20)'ünün en az bir manik atak, %78,8 (n=26)'inin en az bir depresif atak, %21,2 (n=7)'sinin en az bir hipomanik atak, %58,5 (n=16)'inin en az bir manik epizot karma belirtiler eşlik eden, %36,4 (n=12)'ünün en az bir depresif atak karma belirtiler eşlik eden, %30,3 (n=9)'ünün psikotik bulguların eşlik ettiği duygudurum atağı geçirdiği saptandı (Tablo 22).

33 BB olgusu ilk geçirdikleri atak açısından değerlendirildiğinde, %51,5 (n=17)'inin ilk epizotunun depresif atak, %21,2 (7)'sinin manik atak, %9,1 (n=3)'inin

manik atak karma belirtiler eşlik eden, %9,1 (n=3)'inin depresif atak karma belirtiler eşlik eden, %6,1 (n=2)'inin hipomanik atak, %3 (n=1)'ünün psikotik atak olduğu tespit edildi.

Tablo 22. Hasta Gruplarının Atak Özellikleri Açısından Kıyaslanması

	EBP	BB
Ortalama Psikotik Atak Sayısı	1,56 ±1,97	0,12 ±0,70
Ortalama Duygudurum Atağı Sayısı	3,33 ±1,74	0,36 ±0,74
≥1 Manik Atak Sıklığı (%)	6,7	60,3
≥1 Depresif Atak Sıklığı (%)	10	78,8
≥1 Hipomanik Atak Sıklığı (%)	6,7	21,2
≥1 Manik Atak Karma Belirtiler Eşlik Eden Sıklığı (%)	6,7	58,5
≥1 Depresif Atak Karma Belirtiler Eşlik Eden Sıklığı (%)	3,3	36,4
≥1 Karma Atak Sıklığı	10	63,6
≥1 Psikotik Bulguların Eşlik Ettiği Duygudurum Atağı (%)	10	30,3

6.3.8. Hasta Gruplarında Özkıyım Girişimi ve Hastane Yatış Oranları

30 EBP olgusunun %13,3 (n=4)'ünde, 33 BB olgusunun ise %48,5 (n=16)'inde özkıyım girişimi mevcuttu. EBP ve BB grupları, özkıyım girişimi değişkeni açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($X^2(1)=7,412$, $p=0,006$). EBP grubunda özkıyım girişiminde bulunan hastaların %75 (n=3)'ünün bir kez, %25 (n=1)'inin üç kez özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edildi. BB grubunda ise özkıyım girişiminde bulunan hastalarının %37,5 (n=6)'inin bir kez, %37,5 (n=6)'inin 2 kez, %25 (n=4)'ünün ise 3 kez özkıyım girişiminde bulunduğu saptandı.

30 EBP olgusunun %43,4 (n=13)'ünün, 30 BB olgusunun ise %54,5 (n=18)'inin en az bir kez hastanede yatış öyküsünün bulunduğu tespit edildi. EBP ve BB grupları, hastanede yatış öyküsü açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($X^2(1)=0,405$, $p=0,525$) (Tablo 23).

Tablo 23. Hasta Gruplarının Özkıym Girişimi ve Yatış Öyküsü Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		EBP-BB $X^2(df)$ p değeri
	n	%	n	%	
Özkıym Girişimi	4	13,3	16	48,5	7,412 (1) 0,006*
Yatış Öyküsü	13	43,4	18	54,5	0,045 (1) 0,525

*Ki kare, *İstatistiksel anlamlılık <0,05*

6.3.9. Hasta Gruplarında Psikiyatrik Eş Tanı

30 EBP olgusunun %56,7 (n=17)'sinde, 33 BB olgusunun %81,8 (n=27)'sinde en az bir psikiyatrik eş tanı saptandı. Psikiyatrik eş tanı sıklığı açısından her iki grup kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($X^2(1)=4,720$, $p=0,030$). EBP grubunda en sık rastlanan psikiyatrik eş tanı anksiyete bozukluğu (%40, n=12) iken ikinci en sık psikiyatrik eş tanı DEHB'di (%23,3, n=7). BB grubunda ise en sık rastlanan psikiyatrik eş tanı DEHB (%63,6 n=21) ve anksiyete bozukluğuydu (%63,6, n=21). Her iki grup arasında DEHB eş tanı sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($X^2(1)=8,770$, $p=0,003$) anksiyete bozukluğu eş tanısı sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($X^2(1)=2,636$, $p=0,104$) (Tablo 24).

Tablo 24. Hasta Gruplarının Psikiyatrik Eş Tanı Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		X ² (Df) p değeri
	n	%	n	%	
Psikiyatrik Eş Tanı					
Var	17	56,7	27	81,8	4,720 (1) 0,030*
Yok	13	43,3	6	18,2	
DEHB	7	23,3	21	63,6	8,770 (1) 0,003*
DEHB, Dikkat Eksikliği Baskın Alt Görünüm	1	3,3	10	30,3	6,170 (1) 0,013*
DEHB, Hiperaktivite Baskın Alt Görünüm	3	10	-	-	- (-) 0,102
DEHB, Birleşik Alt Görünüm	3	10,3	11	33,3	3,444 (1) 0,063
Anksiyete Bozukluğu	12	40	21	63,6	2,636 (1) 0,104
Panik Atak	-	-	3	9,1	- (-) 0,240
Seperasyon Anksiyetesi	2	6,7	5	15,2	- (-) 0,429
Sosyal Fobi	-	-	11	33,3	- (-) <0,001*
Özgül Fobi	7	23,3	10	30,3	0,114 (1) 0,75
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5	16,7	3	9,1	- (-) 0,462
Post Travmatik Stres Bozukluğu	-	-	4	12,1	- (-) 0,115
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	6,7	4	12,1	- (-) 0,674
Dışa Atım Bozukluğu	2	6,7	1	3,3	- (-) 1,000
Yeme Bozukluğu	2	6,7	-	-	- (-) 0,223
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	-	-	6	18,2	- (-) 0,025*
Davranım Bozukluğu	-	-	3	9,1	- (-) 0,240
Tik Bozukluğu	-	-	1	3,3	- (-) 1,000

Ki kare, * İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$

6.3.10. Hasta Gruplarında Sigara-Alkol-Madde Kullanımı

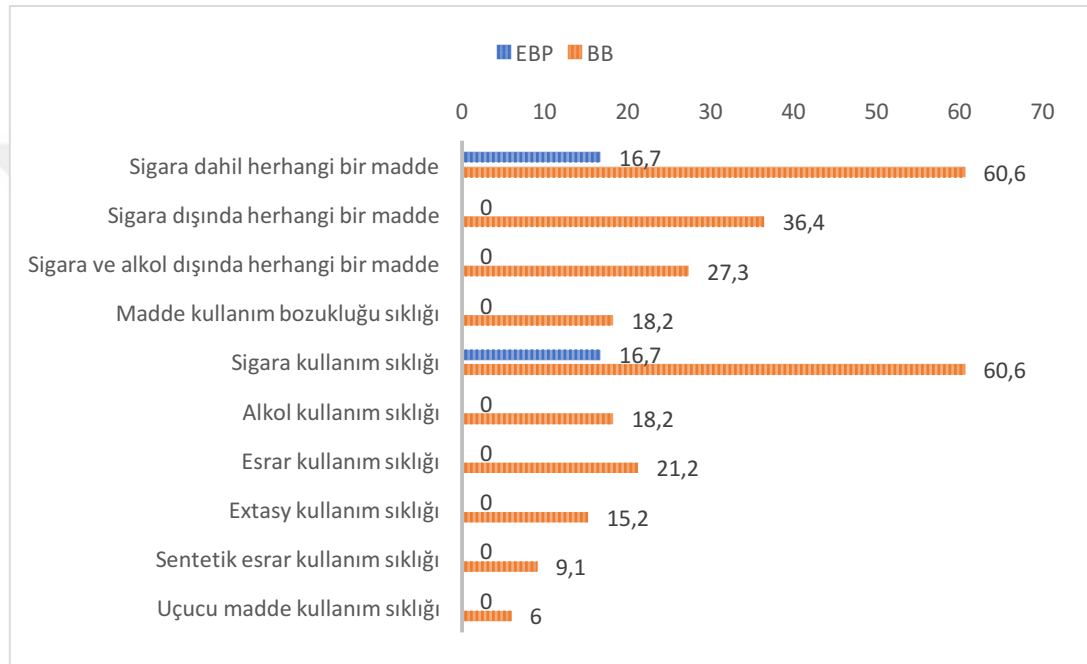
EBP grubunda sigara dahil herhangi bir madde kullanımı oranı %16,7 (n=5) iken BB grubunda %60,6 (n=20) idi ($X^2(1)=10,906$, $p=0,001$). EBP grubunda sigara dışında herhangi bir madde kullanımı saptanmazken BB grubunun %36,4 (n=12)'ü sigara dışında herhangi bir madde kullanmaktaydı ($p<0,001$). BB grubunda sigara ve alkol dışında herhangi bir madde kullanımı oranı %27,3 (n=9) idi ($p=0,002$). BB olgularının %18,2 (n=6)'si madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktaydı ($p=0,025$).

BB grubunda sigara dışı madde kullanımı olanların %100 (n=12)'ünde, olmayanların ise %71,4 (n=15)'ünde MKB dışında psikiyatrik eş tanı bulunmaktaydı ($p=0,065$). Sigara dışı madde kullananlarda DEHB sıklığı (%66,7 (n=8)), kullanmayanlar (%61,9 (n=13)) ile benzerdi ($p=1,000$). Sigara dışı madde kullananların %41,7 (n=5)'sinde orta düzeyde, %58,3 (n=7)'ünde ise ciddi düzeyde işlevsellik kaybı mevcuttu. İşlevsellik kaybı açısından sigara dışında madde kullananlar ile kullanmayanlar kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,008$). Sigara dışı madde kullanımı olanlarda hospitalizasyon öyküsü %100 (n=12) iken, olmayanlarda %81 (n=17) olarak saptandı ($p=0,271$). Sigara dışı madde kullanımı öyküsü olanlarda özkıyım girişimi öyküsü %75 (n=9) iken, olmayanlarda %33,3 (n=7) olarak tespit edildi. Özkıyım girişimi öyküsü açısından sigara dışı madde kullanımı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2(1)=5,308$, $p=0,021$).

EBP grubunda sigara kullanımı sıklığı %16,7 (n=5) iken BB grubunda %60,6 (n=20)'ydı ($X^2(1)=10,906$, $p=0,001$). EBP grubunda sigara kullananların %80 (n=4)'i psikotik ataktan önce, %20 (n=1)'si psikotik atak sırasında sigara kullanmaya başlamıştı. BB grubunun ise %55,6 (n=10)'sının atak sırasında, %33,3 (n=6)'ünün ataktan önce, %11,1 (n=2)'sinin ise ataktan sonra sigara kullanmaya başladığı tespit edildi. BB grubunda sigaraya atak sırasında başlayanların %50'si depresif, %40'ı manik, %10'u ise karma atak sırasında sigara kullanmaya başlamışlardı. EBP grubunun ortalama sigara kullanım süresi 28 ay (SS=14,53, aralık=12-48) iken BB grubunun ortalama sigara kullanım süresi 36,11 aydı (SS= 18,90, aralık 6-72) ($t(22)=0,965$, $p=350$).

EBP grubunda sigara dışında herhangi bir madde kullanımı saptanmadı. BB grubunun ise %21,2 (n=7)'sinde esrar (p=0,011), %18,2 (n=6)'inde alkol (p=0,025), %15,2 (n=5)'sinde extasy (p=0,054), %9,1 (n=3)'inde sentetik esrar (p=0,240), %6 (n=2)'sında uçucu madde (p=0,493) kullanımı bulunmaktaydı (Şekil 5).

Şekil 5. Hasta Gruplarının Sigara-Alkol-Madde Kullanımları Açısından Kıyaslanması



6.4. Grupların Çocuklar İçin Global Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) Skorları

30 EBP olgusunun ÇGDÖ skoru ortalaması 47 (SS=17,4, aralık=20-90), 33 BB olgusunun ÇGDÖ skoru ortalaması 58,3 (SS=17,3, aralık=20-95), 58 SK olgusunun ÇGDÖ skoru ortalaması 92,75 (SS=6,43, aralık=80-100) olarak bulunmuştur. Kruskal Wallis testine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($H(2)=87,049$, $p<0,001$). İkili karşılaştırma analizine göre, SK grubu ile BB ($p=0,001$), SK grubu ile EBP ($p<0,001$) ve BB ile EBP ($p=0,034$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 14). Fleischhaker ve ark.larının (169) yaptığı çalışma temel alınarak ÇGDÖ skoru, <40 kötü işlevsellik, 40-70 orta işlevsellik, >70 iyi işlevsellik olarak sınıflandığında, 30 EBP olgusunun %13,3 (n=4)'ü

iyi işlevsellik, %13,3 (n=4)'ü orta derecede işlevsellik, %73,3 (n=22)'si kötü işlevsellik göstermekteydi. 33 BB olgusunun ise %21,2 (n=7)'si iyi düzeyde işlevsellik, %54,5 (n=18)'i orta düzeyde işlevsellik, %24,2 (n=8)'si ise kötü düzeyde işlevsellik gösteriyordu. 58 SK olgusunun ise %100'ü iyi düzeyde işlevselliğe sahipti. EBP, BB ve SK grubu işlevsellik düzeyi açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2(2)=124,109$, $p<0,001$). EBP ve BB grupları aralarında kıyaslandığında ise, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2(1)=17,116$, $p<0,001$) (Tablo 25).

Tablo 25. Grupların ÇGDÖ Skorları Açısından Karşılaştırılması

	EBP	BB	SK	EBP-BB-SK	EBP-BB
ÇGDÖ Skoru	47 ±147,4	58,3±17, 3	92,75 ±6,43	87,049 (2) <0,001 ^{a*}	0,034 ^{a*}
ÇGDÖ<40 (%(n))	73,3 (22)	21,2(7)	-	124,109	17,116
ÇGDÖ=40-70	13,3(4)	54,5(18)	-	(2)	(1)
ÇGDÖ >70	13,3(4)	24,2(8)	100(58)	<0,001 ^{b*}	<0,001 ^b *

^aKruskal Wallis, ^bKi Kare *İstatistiksel anlamlılık <0,05

6.5. Ailede Psikiyatrik Hastalık

6.5.1. Gruplarda Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı

121 olgunun ailede psikiyatrik hastalığının varlığı değerlendirildi. 30 EBP olgusunun %73,2 (n=22)'sinin, 33 BB olgusunun %90,9 (n=30)'unun, 58 SK olgusunun %17,2 (n=10)'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Üç grup ailedeki psikiyatrik hastalık varlığı değişkeni açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcuttu ($X^2(2)=53,479$, $p<0,001$) (Tablo 26).

Tablo 26. Grupların Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı Açısından Karşılaştırılması

	EBP		BB		SK		X ² (df) p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü							53,479 (2)
Var	22	73,2	30	90,9	58	10	<0,001*

*Ki Kare Testi, *İstatistiksel anlamlılık p<0,05*

6.5.2. Gruplarda Ailede Psikiyatrik Hastalık Dağılımları

Olguların ailelerinde bulunan psikiyatrik hastalık sıklıklarına bakıldığında belirlenen tanı oranları EBP grubu için %40 (n=12) şizofreni spektrum bozuklukları, %30 (n=9) depresyon bozuklukları, %10 (n=3) obsesif kompulsif bozukluk, %6,7 (n=2) bipolar ve ilişkili bozukluklar, %6,7 (n=2) anksiyete bozuklukları, %6,7 (n=2) alkol-madde ile ilişkili bozukluklar, %3,3 (n=1) özkıyım girişim ile ölüm olarak bulundu. BB grubu için aile psikiyatrik hastalık sıklıkları ise, %42,2 (n=14) depresyon bozuklukları, %39,4 (n=13) bipolar ve ilişkili bozukluklar, %34,8 (n=8) DEHB, %24,2 (n=8) şizofreni spektrum bozuklukları, %15,2 (n=5) alkol-madde ile ilişkili bozukluklar, (n=1), %15,2 (n=5) özkıyım girişimi ile ölüm, %12,1 (n=4) anti-sosyal kişilik bozukluğu, %3 (n=1) anksiyete bozuklukları, %3 (n=1) obsesif kompulsif bozukluk saptandı. SK grubunda ise ailede psikiyatrik hastalık tanıları şu şekildeydi: %14,8 (n=4) depresyon bozuklukları, %3,4 (n=2) anksiyete bozuklukları, %1,7 (n=1)'inde şizofreni spektrum bozukluğu, %1,7 (n=1) bipolar ve ilişkili bozukluklar, %1,7 (n=1) DEHB, %1,7 (n=1) özkıyım girişimi ile ölüm tespit edildi (Tablo 27).

Tablo 27. Gruplarda Bulunan Ailede Psikiyatrik Dağılımları

Ailede Psikiyatrik Hastalık	EBP		BB		SK	
	n	%	n	%	n	%

Şizofreni Spektrum Bozuklukları	12	40,0	8	24,2	1	1,7
Bipolar Bozukluk	2	6,7	13	39,4	1	1,7
Depresyon Bozuklukları	9	30	14	42,2	4	14,8
Anksiyete Bozuklukları	2	6,7	21	3	2	3,4
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3	10	1	3	0	0
Alkol-Madde ile İ.B	2	6,7	5	15,2	0	0
Kişilik Bozuklukları	0	0	4	12,1	0	0
Suisidal Girişim ile Ölüm	1	3,3	5	15,2	1	1,7
DEHB	0	0	8	34,8	1	1,7

6.6. Hasta Gruplarının (EBP, BB) Aldığı Tedaviler

6.6.1. Hasta Gruplarında Antipsikotik (AP) Tedavi

Hasta Grupları aldıkları AP sayılarına göre değerlendirildiğinde EBP grubu için %66,7 (n=20)'sinin 1 AP, %30 (n=9)'unun 2 AP, %3,3 (n=1)'ünün 3 AP kullandığı tespit edildi. BB grubu için ise hiç AP tedavi almayanlar %12,1 (n=4), 1 AP alanlar %48,5 (n=16), 2 AP alanlar %33,3 (n=11), 3 AP alanlar %6,1 (n=2) olarak saptandı. Her iki grup kullanılan AP sayısı bakımından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmedi (p=0,118) (Tablo 28).

Tablo 28. Hasta Gruplarının Kullandığı AP Sayısına Göre Kıyaslanması

		EBŞ		BB		EBP-BB Karşılaştırması
		n	%	n	%	X (df) p değeri
AP Kullanımı	AP kullanmayan	-	-	4	12,1	- (-) 0,118
	1 AP	20	66,7	16	48,5	
	2 AP	9	30	11	33,3	
	3 AP	1	3,3	2	6,1	

6.6.2. Hasta Gruplarının Aldıkları AP Çeşitleri

Hasta Grupları aldıkları AP sıklıklarına göre değerlendirildiğinde, EBP grubu için oranlar %30 (n=9) Aripipirazol, %26,7 (n=8) Olanzapin, %56,7 (n=17) Risperidon, %16,7 (n=5) Klozapin, %3,3 (n=1) Ketiypin, %3,3 (n=1) Zuklopentuksol, %3,3 (n=1) Amisülprid, %3,3 (n=1) Paliperidon olarak saptandı. BB grubu için ise oranlar %48,5 (n=16) Aripipirazol, %45,5 (n=15) Risperidon, %21,2 (n=7) Olanzapin, %12,1 (n=4) Ketiypin, %12,1 (n=4) Klorpromazin, %6,1 (n=2) Klozapin olarak tespit edildi (Tablo 29).

Tablo 29. Hasta Gruplarının Aldıkları AP Çeşitleri

AP	EBP		BB	
	n	%	n	%
Risperidon	5	16,7	15	45,5
Aripipirazol	9	30	16	48,5
Olanzapin	8	26,7	7	21,2
Ketiypin	1	3,3	4	12,1
Klozapin	5	16,7	2	6,1
Klorpromazin	0	0	4	12,1
Zuklopentiksol	1	3,3	0	0
Paliperidon	1	3,3	0	0
Amisülpirid	1	3,3	0	0

6.6.3. BB Grubunda Duygudurum Düzenleyici Tedavi

BB grubu aldıkları duygudurum düzenleyicisi tedavisine göre değerlendirildiğinde olguların %15,2 (n=5)'sinin DDD almadığı, %69,7 (n=23)'sinin Valproik Asit, %15,2 (n=5)'sinin Lityum, %3 (n=1)'inin Lamotrijin kullandığı tespit edildi (Tablo 30).

Tablo 30. BB Grubunda Duygu Durum Düzenleyici Tedavi

Duygudurum Düzenleyici	n	%
Yok	5	15,2
Valproik Asit	23	69,7
Lityum	5	15,2
Lamotrijin	1	3

6.6.4. Hasta Gruplarında Antidepresan Tedavisi

Hasta Grupları aldıkları antidepresan tedaviye göre değerlendirildiklerinde, EBŞ grubu için antidepresan kullanmayanların oranı %66,7 (n=20), Fluoksetin kullananları oranı %3,3 (n=1), Sertralin kullananların oranı %10 (n=3), Sitalopram kullananların oranı %6,7 (n=2), Essitalopram kullananların oranı %13,3 (n=4) olarak bulunmuştur. BB grubu için antidepresan kullanmayanların oranı %63,6 (n=21), Fluoksetin kullananların oranı %3 (n=1), Sertralin kullananların oranı %21,2 (n=7), Essitalopram kullananların oranı %15,2 (n=5), Venlafaksin kullananların oranı %3 (n=1) olarak saptandı (Tablo 31).

Tablo 31. Hasta Gruplarının Aldıkları Antidepresan Tedavi Açısından Kıyaslanması

Antidepresan Tedavi		EBŞ	BB
Yok	n	20	21
	%	66,7	63,6
Fluoksetin	n	1	1
	%	3,3	3
Sertralin	n	3	10
	%	10	21,2
Essitalopram	n	4	5
	%	13,3	15,2
Sitalopram	n	2	0
	%	6,7	0
Venlafaksin	n	0	1
	%	0	3

6.6.5. Hasta Gruplarında Diğer Psikofarmakolojik Tedaviler

Hasta grupları aldıkları diğer psikofarmakolojik tedavilere göre değerlendirildiğinde EBP grubunun %30 (n=9)'unun Biperiden, %3,3 (n=1) 'inin Buspiron, %10 (n=3)'unun Benzodiazepin, %3,3 (n=1)'inin Propranolol kullandığı saptandı. BB grubu değerlendirildiğinde ise %15,2 (n=5)'sinin Biperiden, %3 (n=1)'ünün Buspiron, %9,1 (n=3)'inin Benzodiazepin, %12,1 (n=4)'inin Metilfenidat, %3 (n=1)'ünün Propranolol kullandığı tespit edildi (Tablo 32).



Tablo 32. Hasta Gruplarının Aldıkları Diğer Psikofarmakolojik Tedaviler

		EBŞ	BB
Benzodiazepin	n	3	3
	%	10	9,1
Buspiron	n	1	1
	%	3,3	3
Propranolol	n	1	1
	%	3,3	3
Metilfenidat	n	-	4
	%	-	12,1
Biperiden	n	9	5
	%	30	15,2

6.7. Gruplarda Obstetrik (Gebelik Dönemi ve Doğum) Komplikasyonlar

30 EBP olgusunun %23,3 (n=7)'ünde, 33 BB olgusunun %48,5 (n=16)'inde, 58 SK olgusunun ise %24,1 (n=11)'inde obstetrik komplikasyon mevcuttu. EBP, BB ve SK olguları obstetrik komplikasyon açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2(2)=6,573$, $p=0,038$). Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, EBP ile SK arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=1,000$), BB ile SK ($X^2(1)=5,642$, $p=0,018$) ve BB ile EBP ($X^2(2)=4,289$, $p=0,038$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi.

30 EBP olgusunun %16,7 (n=5)'sinde, 33 BB olgusunun %42,4 (n=14)'ünde, 58 SK olgusunun %19 (n=11)'unda gebelik döneminde komplikasyon mevcuttu. 3 grup gebelik döneminde komplikasyon değişkeni açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($X^2(2)=7,168$, $p=0,022$).

30 EBP olgusunun %13,3 (n=4)'ünde, 33 BB olgusunun %27,3 (n=9)'ünde, 58 SK olgusunun %10,3 (n=6)'ünde doğum komplikasyonu mevcuttu. EBP, BB ve SK grupları doğum komplikasyonu açısından kıyaslandığında, gruplar

arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmedi ($X^2=4,379$, $p=0,180$). Gebelik dönemi ve doğum komplikasyonlarının detayları ve gruplar arasında karşılaştırmalar Tablo 33'te verilmiştir.

Tablo 33. Grupların Gebelik Dönemi ve Doğum Komplikeasyonları Açısından Karşılaştırılması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK *
	n	%	n	%	n	%	X^2 (df) p değeri
Obstetrik Komplikeasyon	7	23,3	16	48,5	11	24,1	6,573 (2) 0,038*
Gebelik Dönemi Komplikeasyonu	5	16,7	14	42,4	11	19	7,168 (2) 0,022*
Doğum Komplikeasyonu	4	13,3	9	27,3	6	10,3	4,379 (-) 0,180

Ki kare, * İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$

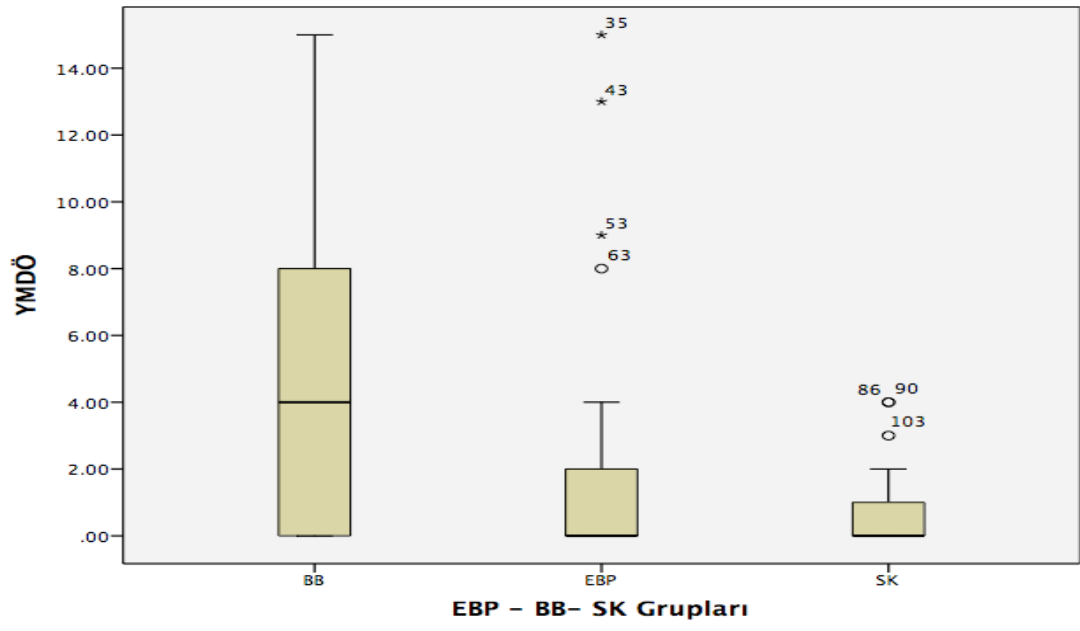
6.8. Grupların Young Mani Derecelendirme Ölçeğine (YMDÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğine (HDDÖ) Göre Değerlendirilmesi

30 EBP olgusunun ortalama YMDÖ puanı 2,20 (SS=3,92, aralık=0-15), 33 BB olgusunun ortalama YMDÖ puanı 4,96 (SS=5,07, aralık=0-15), 58 SK olgusunun YMDÖ puanı 0,53 (SS=1,02, aralık=0-4) olarak hesaplandı. YMDÖ toplam puanları açısından üç grup kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($H(2)=28,308$, $p<0,001$). Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, SK ile EBP grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,168$), SK ile BB ($p<0,001$) ve EBP ile BB grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($p=0,011$) (Şekil 6).

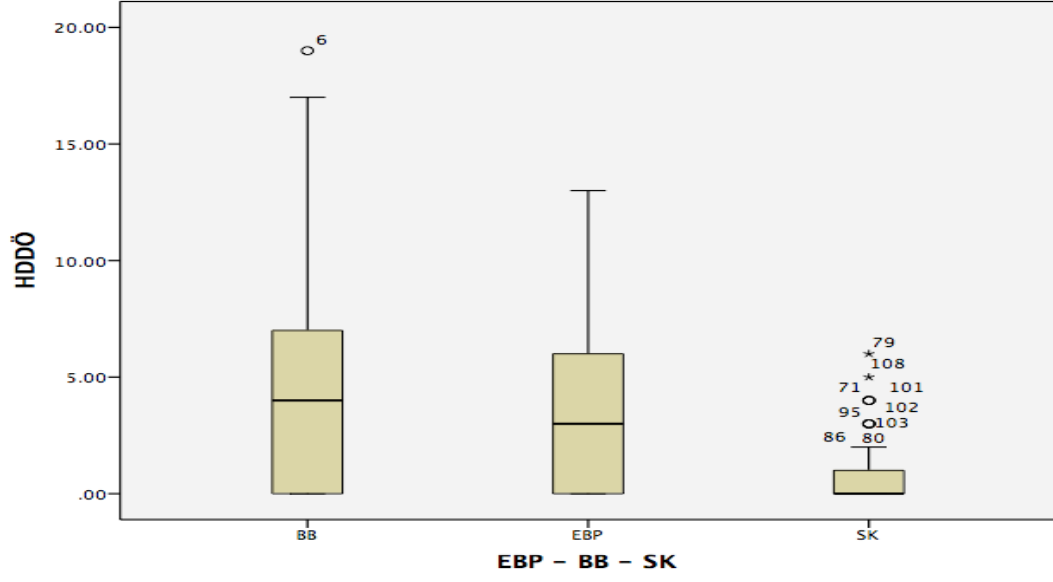
30 EBP olgusunun ortalama HDDÖ puanı 3,43 (SS=3,63, aralık=0-13), 33 BB olgusunun ortalama HDDÖ puanı 4,60 (SS=4,81, aralık=0-19), 58 SK olgusunun

ortalama HDDÖ puanı ise 0,86 (SS=1,48, aralık=0-6) olarak saptandı. EBP, BB ve SK grupları HDDÖ toplam puanı açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($H(2)=23,547$, $p<0,001$). İkili karşılaştırmalarda, EBP ve BB grupları arasında HDDÖ toplam puanı açısından farklılık saptanmazken ($p=1,000$), SK ile EBP ($p=0,002$) ve SK ile BB ($p<0,001$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi (Şekil 7).

Şekil 6. Grupların YMDÖ Açısından Karşılaştırılması



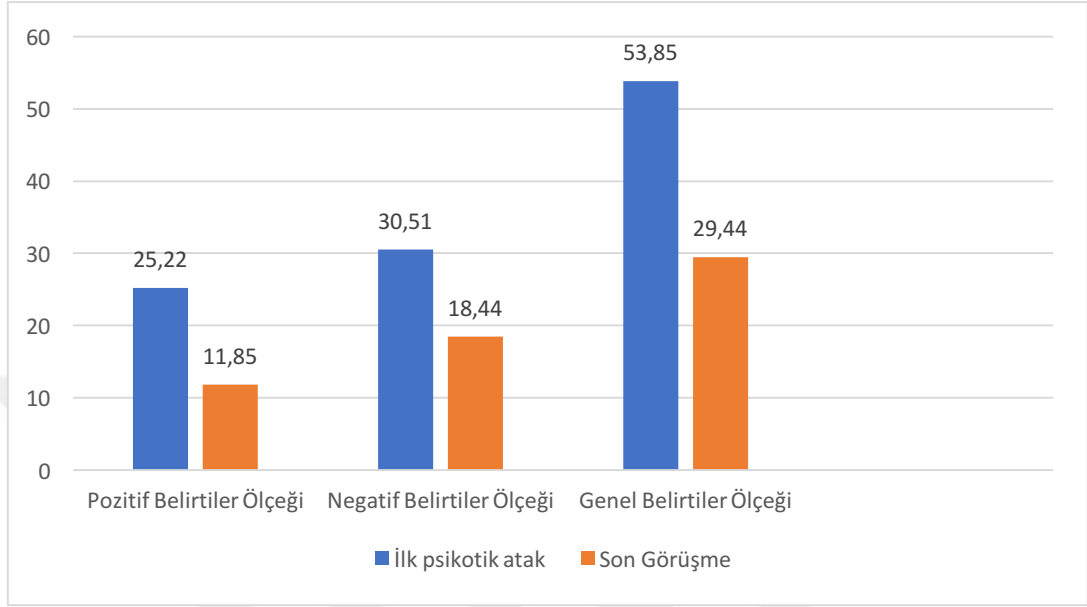
Şekil 7. Grupların HDDÖ Açısından Kıyaslanması



6.9. EBP Grubunun Akut Psikotik Atak Sırasındaki ve Tez Görüşmesindeki PANSS Skorları Açısından Değerlendirilmesi

30 EBP olgusunun ilk psikotik atak sırasındaki PANSS pozitif belirtiler ölçeği ortalaması 25,22 (SS=7,37, aralık=12,36), PANSS negatif belirtiler ölçeği ortalaması 30,51 (SS=9,78, aralık=14-49), PANSS genel belirtiler ölçeği ortalaması ise 53,85 (SS=15,82, aralık=29-92) olarak hesaplandı. 30 EBP olgusunun tez görüşmesi sırasındaki PANSS pozitif belirtiler ölçeği ortalaması 11,51 (SS=4,52, aralık=7-23), PANSS negatif belirtiler ölçeği ortalaması 18,44 (SS=6,96, aralık=7-41), PANSS genel belirtiler ölçeği ortalaması ise 29,44 (SS=8,41, aralık=16-49) olarak hesaplandı. Bağımlı örneklem t testine göre, olguların ilk psikotik atak sırasındaki ve son görüşmedeki PANSS pozitif belirtiler ölçeği ($t(26)=10,474$, $p<0,001$) (ES=11,01-16,39), PANSS negatif belirtiler ölçeği ($t(26)=5,970$, $p<0,001$) (ES=7,91-16,23) ve PANSS genel belirtiler ölçeği ($t(26)=8,280$, $p<0,001$) (ES=18,34-30,46) toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı (Şekil 8).

Şekil 8. EBP Grubunun Akut Psikotik Atak Sırasındaki ve Tez Görüşmesindeki PANSS Skorları Açısından Değerlendirilmesi



6.10. Grupların Premorbid Uyum Ölçüğü (PUÖ) Ortalama Skorları

30 EBP olgusunun çocukluk çağı PUÖ toplam puanı 4,34 (SS=2,78, aralık=0-10), 33 BB olgusunun çocukluk çağı PUÖ toplam puanı 5,12 (SS=3,68, aralık=0-13), 58 SK olgusunun çocukluk çağı PUÖ toplam puanı ise 1,91 (SS=1,94, aralık=0-12) olarak hesaplandı. 24 EBP olgusunun erken ergenlik dönemi PUÖ toplam puanı 7,97 (SS=3,82, aralık=0-15), 27 BB olgusunun erken ergenlik dönemi PUÖ toplam puanı 6,88 (SS=4,53, aralık=0-16), 58 SK olgusunun erken ergenlik dönemi PUÖ toplam puanı 2 (SS=2,16, aralık=0-11) olarak saptandı. 4 EBP olgusunun geç ergenlik dönemi PUÖ toplam skoru 8,25 (SS=5,18, aralık=5-16), 10 BB olgusunun geç ergenlik dönemi PUÖ toplam skoru 9,10 (SS=5,06, aralık=0-20), 45 SK olgusunun geç ergenlik dönemi PUÖ toplam skoru 2,8 (SS=1,89, aralık=0-7) olarak tespit edildi. Çocukluk çağı PUÖ toplam skoru ($F(2)=17,032$, $p<0,001$), erken ergenlik dönemi PUÖ toplam skoru ($F(2)=36,212$, $p<0,001$), geç ergenlik dönemi PUÖ toplam skoru ($F(2)=23,520$, $p<0,001$) değişkenleri açısından SK, BB ve EBP grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bonferonni post-hoc analizine

göre, çocukluk çağı PUÖ toplam skoru değişkeni açısından BB ile EBP grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,792$, $CI=-0,90-2,45$) SK ile BB ($p<0,001$, $CI=1,76, 4,64$) ve SK ile EBP ($p<0,001$, $CI=0,92-3,93$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Erken ergenlik dönemi PUÖ toplam skoru açısından ise EBP ile BB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p=0,984$, $CI=-3,13-1,33$), SK ile BB ($p<0,001$, $CI=3,03-6,74$) ve SK ile EBP ($p<0,001$, $CI=3,85-7,72$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Geç ergenlik dönemi PUÖ toplam skoru değişkeni açısından EBP ile BB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=1,000$, $CI=-5,07-3,37$), SK ile BB ($p<0,001$, $CI=3,80-0,79$) ve SK ile EBP ($p=0,002$, $CI=1,72-9,17$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Tablo 34). BB grubundaki yüksek DEHB (%66,3) komorbiditesi nedeniyle, BB grubunda DEHB olan ve olmayanlar arasında premorbid işlevsellik açısından farklılık olup olmadığı araştırıldı. Mann Whitney U testine göre, çocukluk çağı okul başarısı açısından, DEHB olanların ($Mdn=2$) okul başarısı ile olmayanlara ($Mdn=0$) göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşüktü ($U=310,500$, $p=0,017$). Ergenlik dönemi okul başarısı açısından ise DEHB olanların okul başarısı ($Mdn=2$) olmayanlara ($Mdn=0$) göre, göreceli olarak daha düşüktü ($U=222,500$, $p=0,083$).

Tablo 34. Grupların Premorbid Uyum Ölçeği (PUÖ) Açısından Kıyaslanması

	EBP	BB	SK	EBP-BB-SK
	Mean SD	Mean SD	Mean SD	F(df)p değeri
Çocukluk Çağı PUÖ	4,34 ± 2,78	5,12 ± 3,68	1,12 ± 1,94	17,032 (2) <0,001*
Erken Ergenlik Çağı PUÖ	7,37 ± 3,82	6,88 ± 4,53	2 ± 2,16	36,212 (2) <0,001*
Geç Ergenlik Çağı PUÖ	8,25 ± 5,18	9,10 ± 5,06	2,8 ± 1,89	23,520 (2) <0,001*

*Tek Yönlü Anova, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$*

6.11. Hasta Gruplarında Hastalık Başlangıç Örüntüsü

Hasta gruplarının hastalık başlangıç örüntüleri incelendiğinde, 30 EBP olgusunun %40 (n=12)'inin hastalığının kademeli başlayıp yavaş kötüleştiği, %36,7 (n=11)'sinin hastalığının kademeli başlayıp hızlı kötüleştiği, %23,3 (n=7)'sinin hastalığının ise hızlı başladığı saptanmıştır. 33 BB olgusunun ise %63,6 (n=21)'sının hastalığının kademeli başlayıp yavaş kötüleştiği, %21,2 (n=7)'sinin hastalığının kademeli başlayıp hızlı kötüleştiği, %15,2 (n=5)'sinin ise hastalığının hızla başladığı saptanmıştır. Hasta grupları hastalık başlangıç örüntüsü açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($X^2 (2)=3,574$, $p=0,192$) (Tablo 35).

Tablo 35. Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıç Örüntüsü Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		EBP-BB
	n	%	n	%	X ² (df) p değeri
Kademeli Başlayıp Yavaş Kötüleşme	12	40	21	63,6	3,574 (2) 0,192
Kademeli Başlayıp Hızlı Kötüleşme	11	36,7	7	21,2	
Hızlı Başlama	7	23,3	5	15,2	

Ki kare

6.12. Hasta Grubunda Ortaya Çıkan Öncül Belirtilerin İlk Olarak Kimin Tarafından Fark Edildiği

30 EBP olgusunun öncül hastalık belirtilerini ilk olarak %63,3 (n=19) oranında aile, %20 (n=6) oranında okul, %16,7 (n=5) oranında ise kendisi fark etmişti. 33 BB olgusunun ise öncül hastalık belirtilerini ilk olarak %72,7 (n=24) oranında aile, %12,1 (n=4) oranında okul, %9,1 (n=3) oranında kendisi fark, %6,2 (n=2) oranında ise sağlık çalışanı fark etmişti (Tablo 36).

Tablo 36. Hasta Grubunda Ortaya Çıkan Öncül Belirtilerin İlk Olarak Kimin Tarafından Fark Edildiği

	EBP		BB	
	n	%	n	%
Aile	19	63,3	24	72,7
Okul	6	20	4	12,1
Hastanın Kendisi	5	16,7	3	9,1
Sağlık Çalışanı	0	0	2	6,2

6.13. Hasta Grubunda Hastalık Başlangıcı Öncesinde Psikotrop İlaç Kullanımı

30 EBP olgusunun %3,3 (n=1)'ünde, 33 BB olgusunun ise %33,3 (n=11)'ünde hastalık başlangıcı öncesinde psikotrop ilaç kullanımı mevcuttu. Hastalık başlangıcı öncesi ilaç kullanımı açısından hasta grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($X^2(1)=7,330$, $p=0,007$) (Tablo 37). EBP grubundaki hastalık başlangıcı öncesinde kullanılan psikotrop ilaç anti-depresan grubundandı. BB grubunda ise, hastalık başlangıcı öncesinde ilaç kullanan hastaların %90,9 (n=10)'u anti-depresan, %27,2 (n=3)'ü psikostimülan, %72,7 (n=8)'i anti-psikotik tedavi kullanmaktaydı. BB grubunda Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü ile tetiklenen manik atak oranı %27,3 (n=9) olarak saptandı.

Tablo 37. Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıcı Öncesinde Psikotrop İlaç Kullanımı Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		EBP-BB
	n	%	n	%	X ² (df)p değeri
Psikotrop İlaç Kullanımı Var	1	3,3	11	33,3	7,330 (1) 0,007*

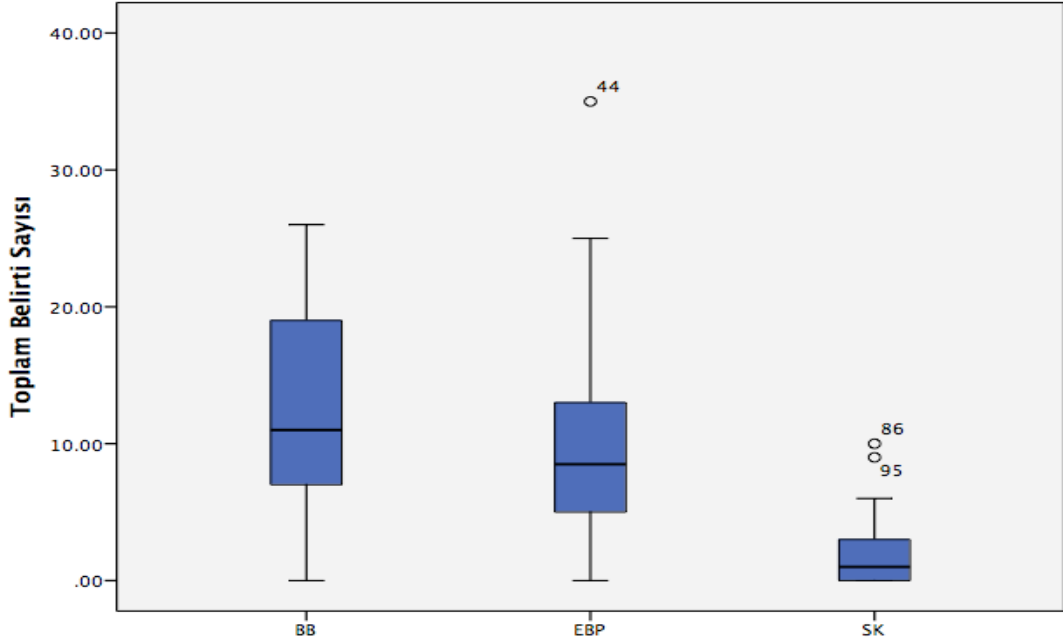
Ki kare, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$

6.14. Prodromal Dönem Belirtilerinin İncelenmesi

6.14.1. Toplam Belirti Sayısı

EBP, BB ve SK grupları toplam belirti sayısı açısından kıyaslandı. EBP grubundaki toplam belirti sayısı 10 (SS=7,49, aralık=0-35), BB grubundaki toplam belirti sayısı 12,75 (SS=7,22, aralık=0-26), SK grubundaki toplam belirti sayısı ise 2 (SS=2,13, aralık=0-10) olarak tespit edildi (Şekil 9). EBP, BB ve SK grupları toplam belirti sayısı açısından kıyaslandı. Buna göre gruplar arasında toplam belirti sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F(2,118)=46,561, p < 0,001$). Post hoc analizine göre, EBP ile BB grupları arasında toplam belirti sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,155$), EBP ile SK ($p < 0,001$) ve BB ile SK ($p < 0,001$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. EBP grubunun %80 (n=24)'inde, BB grubunun %87,9 (n=29)'unda, SK grubunun ise %10,3 (n=6)'ünde en az 5 toplam belirti mevcuttu. ≥ 5 toplam belirti görülen EBP ve BB olgularının tamamında prodromal dönem süresi 12 aydan uzundu.

Şekil 9. Grupların Toplam Belirti Sayısı Açısından Kıyaslanması



6.14.2. Genel Semptomlar

30 EBP olgusunun %90 (n=27)'inde, 33 BB olgusunun %97 (n=32)'sinde prodromal dönemde ve 58 SK olgusunun ise %58,6 (n=34)'sında en az bir genel belirti mevcuttu. Üç grup genel belirti görülme sıklığı açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($X^2(2)=23,775$, $p<0,001$). İki ya da daha fazla sayıda genel belirti görüleme oranları ise EBP grubu için %80 (n=24), B için 84,8 (n=28) ve SK için %29,3 (n=17) olarak hesaplanmıştır ($X^2(2)=37,080$, $p<0,001$). En az beş genel belirti görülme sıklığı açısından ise EBP, BB ve SK gruplarında oranlar sırasıyla %50 (n=15), %51,5 (n=17) ve %1,7 (n=1) olarak tespit edilmiştir ($X^2(2)=44,391$, $p<0,001$). EBP grubunda en sık görülen ilk dört genel semptom belirtisi: %50 (n=15) okula gitmek istememe, %46,7 (n=14) okul işlevselliğinde azalma, %40 (n=12) akran ilişkilerinde bozulma, %30 (n=9) duygudurum değişkenliği olarak saptandı. BB grubunda en sık görülen ilk dört genel semptom belirtisi ise: %51,5 (n=17) okul işlevselliğinde azalma, %51,5 (n=17) karşıt olma davranışları, %45,5 (n=15) okula gitmek istememe, %45,5 (n=15) öfke patlamaları olarak tespit edildi. SK grubunda ise en sık görülen ilk dört genel semptom

belirtisi: %20, (n=12) karar vermede güçlük çekme, %15,5 (n=9) kaygı ve gerginlik, %15,5 (n=9) ruminasyonlar, %13,4 (n=8) okul başarısında düşmeydi. Üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren belirtiler şu şekildeydi: ruhsal hastalığın olduğunda dair endişeler, okula gitmek istememe, akran ilişkilerinde bozulma, initial insomnia, uygunsuz afekt, garip davranışlar, okulda işlevsellik azalması, uykusuzluk, öfke patlamaları, duygudurum değişkenliği, karşıt olma davranışları (ruhsal hastalığın olduğuna dair endişe, initial insomnia , uygunsuz afekt ve garip davranışlar için $p<0,05$, diğer değişkenler için $p<0,001$) (Tablo 38). Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanan belirtiler için EBP ile BB grupları kıyaslandı. Buna göre uykusuzluk ($X^2(1)=4,950, p=0,026$), öfke patlamaları ($X^2(1)=4,582, p=0,032$) ve karşıt olma davranışları ($X^2(1)=6,773, p=0,009$) değişkenlerinin prodromal dönemde görülme sıklıkları açısından EBP ve BB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken diğer belirtilerin görülme sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). EBP grubundaki ortalama genel belirti sayısı 4,5 (SS=3,51, aralık=0-15), BB grubunda ortalama genel belirti sayısı 4,90 (SS=2,63, aralık=0-19), SK grubunda ortalama genel belirti sayısı 1,13 (SS=1,31, aralık=0-5) olarak hesaplandı. EBP, BB ve SK grupları, ortalama genel belirti sayısı bakımından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($H(2)=48,819, p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmada, EBP ve BB grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken ($p=1,000$) SK ile BB ($p<0,001$) ve SK ile EBP ($p<0,001$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi.

Tablo 38. Grupların Prodromal Dönem Genel Belirtilerinin Sıklığı Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK	EBP-BB
	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
Genel Belirtiler Görülme Sıklığı	27	90	32	97	34	58,6	23,775 (2) <0,001*	0,340
≥2 Genel Belirti Görülme Sıklığı	24	80	28	84,8	17	29,3	37,080 (2) p<0,001*	0,030 (1) 0,862
≥5 Genel Belirti Görülme Sıklığı	15	50	17	51,5	1	1,7	44,391 (2) p<0,001*	1,000
Ruhsal Hastalığın Olduğuna Dair Endişeler	7	23,3	6	18,2	1	1,7	12,049 (-) 0,002*	0,037 (1) 0,847
Okula Gitmek İstememe	15	50	15	45,5	0	0	44,855 (-) <0,001*	0,012 (1) 0,914
Akran İlişkilerinde Bozulma	12	40	7	21,2	1	1,7	22,752 (-) <0,001*	1,817 (1) 0,178
İnitial İnsomnia	8	26,7	11	33,3	4	6,9	11,779 (2) 0,003*	0,091 (1) 0,763
Sürdürüm İnsomniası	1	3,3	3	9,1	1	1,7	2,702 (-) 0,244	-
Cinsel İlgide Azalma	1	3,1	2	6,1	0	0	3,407 (-) 0,138	-

Uygunsuz Afekt	8	26,7	7	21,2	2	3,4	11,558 (-) 0,003*	0,045 (1) 0,832
Garip Davranışlar	4	13,3	2	6,1	-	-	7,436 (-) 0,013*	0,412
Sosyal Fobi	4	13,3	5	15,2	4	6,9	1,993 (-) 0,408	-
Ruminasyonlar	8	26,7	8	24,2	9	15,5	1,870 (2) 0,393	-
Okulda İşlevsellik Azalması	14	46,7	17	51,5	8	13,4	18,411 (2) <0,001*	0,017 (1) 0,895
Kaygı ve Gerginlik	8	26,7	6	18,2	9	15,5	1,544 (2) 0,462	-
Obsesyon ve Kompulsyonlar	4	13,3	3	9,1	5	8,6	0,669 (-) 0,736	-
İştah ve Kilo Artışı	2	6,7	1	3	1	1,7	1,693 (-) 0,368	-
İştah ve Kilo Azalması	4	13,3	3	9,1	0	0	8,072 (-) 0,007	-
Uykusuzluk	3	10	11	33,3	1	1,7	17,967 (-) <0,001*	4,950 (1) 0,026*
Aşırı Uyuma	1	3,3	1	3	1	1,7	0,831 (-) 1,000	-
Uyku Düzeninin Tersine Dönmesi	3	10	4	12,1	1	1,7	4,805 (-) 0,077	-
Öfke Patlamaları	6	20	15	45,5	0	0	32,915 (-) <0,001*	4,582 (1) 0,032*

Duygudurum Değişkenliği	9	30	14	42,4	3	5,2	20,672 (-)	0,579 (1)
							<0,001*	0,447
Karşıt Olma Davranışları	6	20	17	51,5	2	3,4	30,142 (-)	5,442 (1)
							<0,001*	0,020*
Karar Vermede Güçlük Çekme	4	13,3	4	12,1	12	20,7	1,251 (-)	-
							0,566	
Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce	3	10	0	0	1	1,7	4,219 (-)	-
							0,098	

*Ki kare, * İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$*

6.14.3. Negatif Semptomlar

30 EBP olgusunun %53,3 (n=16)'ünde, 33 BB olgusunun %45,5 (n=15)'inde prodromal dönemde ve 58 SK olgusunun ise %6,9 (n=4)'unda negatif semptomlar mevcuttu. Üç grup negatif belirtinin var olup olmaması açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2(2)=29,518$, $p < 0,001$). Negatif belirtilerin tamamı, görülme sıklığı açısından üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteriyordu (künt afekt için $p < 0,05$, diğer değişkenler için $p < 0,001$) (Tablo 39). EBP ve BB grupları kendi aralarında prodromal dönemde negatif belirtilerin görülme sıklığı açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p < 0,05$). EBP grubunda prodromal dönemde görülen ortalama negatif belirti sayısı 0,90 (SS=0,91, aralık=0-3), BB grubunda 0,60 (SS=0,74, aralık=0-2), SK grubunda 0,06 (SS=0,25, aralık=0-1) olarak saptandı. Üç grup ortalama negatif belirti sayısı açısından kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($H(2)=28,474$, $p < 0,001$). İkili karşılaştırmada BB ile EBP grupları arasında prodromal dönemde görülen ortalama negatif belirti sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=1,000$), SK ile BB ve SK ile EBP grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$).

Tablo 39. Grupların Prodromal Dönem Negatif Belirtileri Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK	EBP-BB
	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
En az 1 Negatif Belirti	16	53,5	15	45,5	6,9	4	29,518, (2) p<0,001*	0,139 (1) 0,710
>1 Negatif Belirti	10	33,3	5	15,2	-	-	21,677 (-) <0,001*	1,949 (1) 0,163
Künt Afekt	6	20	3	9,1	2	3,4	6,096 (-) 0,035*	0,289
Sosyal İletişimi Başlatma Güçlük Çekme	10	33,3	5	15,2	1	1,7	17,228 (-) <0,001*	1,949 (1) 0,163
Sosyal İzolasyon	11	36,7	12	36,4	1	1,7	27,746 (2) <0,001*	1,000

Ki kare, *İstatistiksel anlamlılık p<0,05

6.14.4. Temel Belirtiler

33 EBP olgusunun %43,3 (n=13)'ünde, 33 BB olgusunun %30,3 (n=10)'ünde prodromal dönemde ve 58 SK olgusunun ise %6,9 (n=4)'unda en az bir temel belirti mevcuttu. EBP grubunda en sık görülen iki temel belirti: düşünce bölünmesi %20 (n=6) ve fikirler ile algılar ve fantezi ile gerçek anılar arasındaki farkı ayırt edememe %20 (n=6) olarak saptandı. BB grubunda en sık görülen iki temel belirti: düşünce bölünmesi ve baskıcı düşünceler %21,2 (n=7) olarak tespit edildi. SK grubunda ise en sık üç temel belirti: baskıcı düşünce %5,3 (n=3) ve düşünce bölünmesi %3,4 (n=2) olarak tespit edildi. Üç grup temel belirti görülme sıklığı açısından kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($X^2(2)=17,817$ p=0,001). Üç grup

arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren belirtiler şu şekildeydi: baskıcı düşünceler, fikirler ile algılar ve fantezi ile gerçek anılar arasındaki farkı ayırt edememe ve düşünce bölünmesi ($p<0,05$) (Tablo 40). Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanan belirtiler için EBP ile BB grupları kıyaslandı. Buna göre EBP ve BB grupları arasında temel belirti semptomları görülme sıklığı açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). EBP grubundaki ortalama temel belirti sayısı 0,93 (SS=1,61, aralık=0-7), BB grubunda ortalama temel belirti sayısı 0,45 (SS=0,79, aralık=0-3), SK grubunda ortalama temel belirti sayısı 0,12 (SS=0,56, aralık=0-4) olarak hesaplandı. EBP, BB ve SK grupları, ortalama temel belirti sayısı bakımından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($H(2)=16,955, p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmada, EBP ve BB grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,850$) SK ile BB ($p=0,009$) ve SK ile EBP ($p<0,001$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi.

Tablo 40. Grupların Prodromal Dönem Temel Belirtiler Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK	EBP-BB
	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
Temel Belirti Var	13	43,3	10	30,3	4	6,9	17,817 (2) <0,001*	0,658 (2) 0,417
Perseverasyonlar	3	10	1	3	1	1,7	3,103 (-) 0,151	-
Alicı Konuşma Bozukluğu	2	6,7	2	6,1	-	-	4,269 (-) 0,070	-
Düşünce Bloğu	2	6,7	2	6,1	-	-	4,269 (-) 0,070	-

Fikirler ile algılar arasındaki farkı ayırt edememe	6	20	2	6,1	1	1,7	8,377 (-) 0,007*	0,498
Depersonalizasyon-Derealizasyon	1	3,3	1	3	1	1,7	0,831 (-) 1,000	-
Referans Fikirleri	3	10	1	3	1	1,7	3,101 (-) 0,151	-
İşitsel Algılama Bozuklukları	1	3,3	-	-	-	-	2,559 (-) 0,248	-
Görsel Algılama Bozuklukları	2	6,7	-	-	-	-	4,030 (-) 0,06	-
Koku-Tat-Taktil Algılama Bozuklukları	-	-	-	-	-	-	-	-
Düşünce Bölünmesi	6	20	7	21,2	2	3,4	8,923 (-) 0,010*	0,010 (1) 0,919

Ki kare, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$

6.14.5. Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomlar

30 EBP olgusunun %23,3 (n=7)'ünde, 33 BB olgusunun %6,1 (n=2)'inde prodromal dönemde ve 58 SK olgusunun %0'ında en az bir Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom belirtisi mevcuttu. EBP grubunda en sık görülen Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomu düşünce okunması %16,7 (n=5) olarak saptandı. EBP, BB ve SK grupları Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom görülme sıklığı açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcuttu ($X^2(2)=14,034$, $p < 0,001$). Üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı

farklılık gösteren belirti düşünce okunmasıydı ($p<0,05$) (Tablo 41). EBP ve BB grupları arasında düşünce okunması sanrısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). EBP grubundaki ortalama Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom belirti sayısı 0,46 (SS=0,93, aralık=0-3), BB grubunda ortalama Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom belirti sayısı 0,12 (SS=0,54, aralık=0-3) olarak hesaplandı. EBP, BB ve SK grupları, ortalama Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom belirti sayısı bakımından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($H(2)=15,603$, $p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmada, SK ile BB ($p=0,174$) ve BB ile EBP ($p=0,151$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken SK ile EBP ($p<0,001$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi.

Tablo 40. Grupların Prodromal Dönem Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomları Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK	EBP-BB
	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom Belirtisi Var	7	23,3	2	6,1	-	-	14,034 (2) <0,001*	0,022*
Düşünce Yayılması	2	6,7	-	-	-	-	4,030 (-) 0,06	-
Düşünce Okunması	5	16,7	-	-	-	-	11,100 (-) 0,001*	0,022*
Sanrısız Yanlış Yorumlamalar	2	6,7	-	-	-	-	4,030 (-) 0,06	-

Kontrol Sanrısı	1	3,3	-	-	-	-	2,559 (-) 0,248	-
Perseküsyon Sanrısı	2	6,7	1	3	-	-	2,385 (-) 0,269	-
Kıskançlık Sanrısı	1	3,3	-	-	-	-	2,559 (-) 0,248	-
Görsel Varsanı	1	3,3	1	3	-	-	2,385 (-) 0,269	-
İşitsel Varsanı	2	6,7	1	3	-	-	3,604 (-) 0,083	-
Grandiyözite Sanrısı	-	-	1	3	-	-	-	-
Sesli Düşünme	-	-	-	-	-	-	-	-
Koku-Tat-Taktil Varsanılar	-	-	-	-	-	-	-	-
Referans Sanrısı	-	-	-	-	-	-	-	-
Dini Sanrı	-	-	-	-	-	-	-	-
Hipokondriak Sanrı	-	-	-	-	-	-	-	-
Nihilistik Sanrı	-	-	-	-	-	-	-	-
Hipo/Hiperkinetik Katatonik Semptomlar	-	-	-	-	-	-	-	-

*Ki kare, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$*

6.14.6. APS Semptomları

30 EBP olgusunun %40 (n=12)'inde, 33 BB olgusunun %21,2 (n=7)'sinde prodromal dönemde ve 58 SK olgusunun %5,2 (n=3)'sinde en az bir APS belirtisi mevcuttu. EBP, BB ve SK grupları APS görülme sıklığı açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcuttu ($X^2(2)=16,642$, $p<0,001$). EBP grubunda en sık görülen APS semptomu şüphencilik %26,7 (n=8), BB grubunda gizemli ve anormal düşünceler ile ilgili zihinsel meşguliyet %15,2 (n=5), SK grubunda ise gizemli ve anormal düşünceler ile ilgili zihinsel meşguliyet ve şüphencilikti %3,4 (n=2). Üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren belirtiler şu şekildeydi: şüphencilik ve kişi merkezli olmayan referans fikirleri ($p<0,05$) (Tablo 42). Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanan belirtiler için EBP ile BB grupları kıyaslandı. Buna göre EBP ve BB grupları arasında şüphencilik belirtisi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). EBP grubundaki ortalama APS belirti sayısı 0,53 (SS=0,73, aralık=0-2), BB grubunda ortalama APS belirti sayısı 0,27 (SS=0,62, aralık=0-3), SK grubunda ortalama APS belirti sayısı 0,05 (SS=0,22, aralık=0-1) olarak hesaplandı. EBP, BB ve SK grupları, ortalama APS belirti sayısı bakımından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($H(2)=15,603$, $p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmada, SK ile BB grupları ($p=0,056$) ve BB ile EBP ($p=0,314$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken EBP ile SK ($p<0,001$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi.

Tablo 42. Grupların Prodromal Dönem APS Semptomları Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK	EBP-BB
	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
APS Belirtisi Var	12	40	7	21,2	3	5,2	16,642 (2) <0,001*	1,817 (1) 0,178

Gizemli ve Anormal Düşünceler ile Zihinsel Meşguliyet	3	10	5	15,2	2	3,4	4,071 (-) 0,120	-
Şüphecilik	8	26,7	1	3	2	3,4	11,736 (-) 0,001*	0,005*
Kişi Merkezli Olmayan Referans Fikirleri	5	16,7	2	6,1	-	-	9,446 (-) 0,004*	0,462
Anormal Algılar	-	-	-	-	-	-	-	-
Bedensel İlüzyonlar	-	-	1	3	-	-	2,369 (-) 0,521	-

Ki kare, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$

6.14.7. Eşik Altı Manik Belirtiler

30 EBP olgusunun %56,7 (n=17)'sinde, 33 BB olgusunun %84,8 (n=28)'inde prodromal dönemde ve 58 SK olgusunun %34,5 (n=20)'inde en az bir eşik altı manik belirti bulunmaktaydı. EBP, BB ve SK grupları eşik altı manik belirti görülme sıklığı açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcuttu ($X^2(2)=23,220$, $p < 0,001$). En az iki eşik altı manik belirti görülme oranları ise, EBP, BB ve SK grupları için sırasıyla %33 (n=19), %60,6 (n=20), %3,4 (n=2) olarak saptandı ($X^2(2)=49,755$, $p < 0,001$). 3 ya da daha fazla eşik altı manik belirti görülme sıklıkları ise EBP için %10 (n=3), BB için %45,5 (n=15) ve SK için %1,7 (n=1) olarak bulundu ($X^2(2)=50,091$, $p < 0,001$). EBP grubunda en sık görülen ilk iki eşik altı manik belirti sinirlilik %40 (n=12), aşırı konuşma-baskıcı düşünceler %13,3 (n=4), BB grubunda sinirlilik %63,6 (n=11), dürtüsel davranış %33,3 (n=10), SK grubunda ise sinirlilik %10,3 (n=6) ve yaratıcılık artışı %6,9 (n=4) olarak tespit edildi. Üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren belirtiler şu şekildeydi: sinirlilik-öfke, enerji artışı, riskli cinsel davranış, azalan uyku ihtiyacı, özgüven artışı, dürtüsel davranış, baskıcı düşünceler (azalan uyku ihtiyacı, özgüven artışı ve baskıcı

düşünceler için $p<0,05$, diğer değişkenler için $p<0,01$) (Tablo 43). Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanan belirtiler için EBP ile BB grupları kıyaslandı. Buna göre EBP ve BB grupları arasında enerji artışı, riskli cinsel davranış, dürtüsel davranışlar, özgüven artışı belirtileri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). EBP grubundaki ortalama eşik altı manik belirti sayısı 1 (SS=1, aralık=0-3), BB grubunda ortalama genel belirti sayısı 3,15 (SS=2,98, aralık=0-11), SK grubunda ortalama genel belirti sayısı 0,4 (SS=0,7, aralık=0-4) olarak hesaplandı. EBP, BB ve SK grupları, ortalama eşik altı manik belirti sayısı bakımından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($H(2)=36,319, p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmada, EBP ile SK grupları ($p=0,137$) ve BB ile EBP ($p=0,091$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken BB ile SK ($p<0,001$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi.

Tablo 43. Grupların Prodromal Dönem Eşik Altı Manik Semptomları Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK	EBP-BB
	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
≥1 Eşik Altı Manik Belirti	17	56,7	28	84,8	20	34,5	23,220 (2) <0,001*	4,813 (1) 0,028*
≥2 Eşik Altı Manik Belirti	10	33,3	20	60,6	2	3,4	49,755 (2) <0,001*	4,686 (1) 0,030*
≥3 Eşik Altı Manik Belirti	3	10	15	45,5	1	1,7	50,091 (-) <0,001*	8,020 (1) 0,005*
Sinirlilik-İrritabilite	12	40	21	63,6	6	10,3	29,898 (2) <0,001*	3,520 (1) 0,061

Aşırı Mutluluk-Neşe	-	-	4	12,1	2	3,4	4,351 (-) 0,077	-
Aşırı Konuşma	4	13,3	6	18,2	3	5,2	4,155 (-) 0,124	-
Enerji Artışı	1	3,3	10	30,3	-	-	15,221 (-) <0,001*	6,170 (1) 0,013*
Cinsel İlgi Artışı	2	6,7	8	24,2	-	-	2,559 (-) 0,248	0,085
Riskli Cinsel Davranış	-	-	6	18,2	-	-	12,576 (-) <0,001*	0,025*
Azalan Uyku İhtiyacı	2	6,7	5	15,2	1	1,7	5,756 (-) 0,03*	0,429
Dürtüsel Davranış	2	6,7	11	33,3	-	-	22,788 (-) <0,001*	5,292 (1) 0,021*
Özgüven Artışı	1	3,3	10	30,3	3	5,2	11,356 (-) 0,002*	4,264 (1) 0,039*
Yaratıcılık Artışı	-	-	5	15,2	4	6,9	4,954 (-) 0,06	0,054
Maskaralık Yapma	1	3,3	3	9,1	2	3,4	1,579 (-) 0,550	-
Baskıcı Düşünceler	4	13,3	7	21,2	3	5,2	8,013 (-) 0,044*	1,621 (1) 0,518

*Ki Kare, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$*

6.14.8. Eşik Altı Depresif Belirtiler

30 EBP olgusunun %76,7 (n=23)'sinde, 33 BB olgusunun %87,9 (n=29)'unda prodromal dönemde ve 58 SK olgusunun %22,4 (n=13)'ünde en az bir eşik altı depresif belirti bulunmaktaydı. EBP, BB ve SK grupları eşik altı depresif belirti görülme sıklığı açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcuttu ($X^2(2)=48,376$, $p<0,001$). En az iki eşik altı depresif belirti görülme oranları ise, EBP, BB ve SK grupları için sırasıyla %46,7 (n=14), %72,7 (n=24), %5,2 (n=3) olarak saptandı ($X^2(1)=49,755$, $p<0,001$). 3 ya da daha fazla eşik altı depresif belirti görülme sıklıkları ise EBP için %33,3 (n=10), BB için %57,6 (n=19) ve SK için %0 olarak bulundu ($X^2(1)=50,091$, $p<0,001$). EBP grubunda en sık görülen ilk iki eşik altı depresif belirti depresif duygudurum %53,3 (n=16), yorgunluk enerjisizlik-değersizlik düşünceleri %33,3 (n=10), BB grubunda depresif duygudurum %66,7 (n=22), özkıyım düşünceleri %42,4 (n=14), SK grubunda ise distraktibilite %19 (n=11) ve değersizlik düşünceleri %3,4 (n=2) olarak tespit edildi. Üç grup arasında dikkat azalması dışında tüm eşik altı depresif belirtiler istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteriyordu (depresif duygudurum, anhedoni, özkıyım düşünceleri ve kendine zarar verici davranışlar için $p<0,001$, diğer değişkenler için $p<0,05$) (Tablo 44). Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanan belirtiler için EBP ile BB grupları kıyaslandı. Buna göre EBP ve BB grupları arasında özkıyım düşünceleri ve kendine zarar verici davranış belirtilerinin görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermekteydi ($p<0,05$). EBP grubundaki ortalama eşik altı depresif belirti sayısı 1,46 (SS=1,35, aralık=0-5), BB grubunda ortalama genel belirti sayısı 2,60 (SS=1,86, aralık=0-7), SK grubunda ortalama genel belirti sayısı 0,08 (SS=0,28, aralık=0-1) olarak hesaplandı. EBP, BB ve SK grupları, ortalama eşik altı depresif belirti sayısı bakımından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($H(2)=65,061$, $p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmada, tüm gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi (EBP ile SK için $p<0,001$, EBP ile BB için $p=0,028$, BB ile SK için $p<0,001$).

Tablo 44. Grupların Prodromal Dönem Eşik Altı Depresif Semptomlar Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK	EBP-BB
	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
≥1 Eşik Altı Depresif Belirti	23	76,7	29	87,9	13	22,4	48,376 (2) <0,001*	0,703 (1) 0,402
≥2 Eşik Altı Depresif Belirti	14	46,7	24	72,7	3	5,2	49,755 (2) <0,001*	3,489 (1) 0,062
≥3 Eşik Altı Depresif Belirti	10	33,3	19	57,6	-	-	50,091 (-) <0,001*	5,442 (1) 0,020*
Depresif Duygudurum	16	53,3	22	66,7	1	1,7	58,553 (2) <0,001*	0,677 (1) 0,411
Anhedoni	5	16,7	13	39,4	-	-	27,424 (-) <0,001*	2,942 (1) 0,086
Sabahları Erken Uyanma	1	3,3	4	12,1	-	-	6,793 (-) 0,013*	0,357
Hareketlerde Yavaşlama	4	13,3	4	12,1	-	-	9,106 (-) 0,006*	1,000
Yorgunluk, Enerjisizlik	7	23,3	7	21,2	1	1,7	13,159 (-) 0,001*	1,000
Değersizlik Düşünceleri	7	23,3	9	27,3	2	3,4	12,683 (-) 0,001*	0,005 (1) 0,945
İntihar Düşünceleri	3	10	14	42,4	1	1,7	25,706 (-) <0,001*	6,820 (1) 0,009

İntihar Girişimi	1	3,3	4	12,1	-	-	6,793 (-) 0,013*	0,357
Dikkat Azalması	10	33,3	13	39,4	11	19	4,935 (2) 0,085	-
Psikomotor Ajitasyon	2	6,7	5	15,2	-	-	8,813 (-) 0,005*	0,429
Kendine Zarar Verme Davranışı	0	0	9	27,3	-	-	20,689 (-) <0,001*	0,002

6.14.9. Hasta Gruplarının Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması

EBP ve BB grupları, genel belirtiler, negatif belirtiler, temel semptomlar, Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomlar, APS semptomları, eşik altı manik belirtiler ve eşik altı depresif belirtiler açısından kıyaslandı. EBP ve BB grupları arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan prodromal belirti kümeleri: Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomları ($p=0,038$), AMSS ($X^2(1)= 9,080$, $p=0,030$) eşik altı manik belirtiler ($X^2(1)= 4,813$, $0,028$) olarak tespit edildi (Tablo 45).

Tablo 45. Hasta Gruplarının Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması

	EBP		BB		EBP-BB
	n	%	n	%	X ² (df) p değeri
≥1 Genel Semptom	27	90	32	97	0,340
≥2 Genel Semptom	24	80	28	84,8	0,030 (1) 0,862
≥5 Genel Semptom	15	50	17	51,5	1,000
En az 1 Negatif Belirti	16	53,3	15	45,5	0,139 (1) 0,710
>1 Negatif Belirti	10	33,3	5	15,2	1,949 (1) 0,163
Temel Belirtiler	13	43,3	10	30,3	0,658 (2) 0,417
Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomlar	7	23,3	2	6,1	0,038*
APS semptomları	12	40	7	21,1	1,817 (1) 0,178
≥1 Eşik Altı Manik Belirtiler	17	56,7	28	84,8	4,813 (1) 0,028*
AMSS	8	26,7	22	66,7	8,540 (1) 0,030*
≥1 Eşik Altı Depresif Belirtiler	23	76,7	29	87,9	0,703 (1) 0,402
≥2 Eşik Altı Depresif Belirtiler	14	46,7	24	72,7	3,437 (1) 0,064
≥3 Eşik Altı Depresif Belirtiler	10	33,3	19	57,6	2,806 (1) 0,094

Ki Kare, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$

6.14.10. Grupların Eriraos'a Göre Psikoz İçin Çok Yüksek Risk Kriterleri ve Atenüe Manik Semptom Sendromu (AMSS) Açısından Değerlendirilmesi^a

EBP, BB ve SK grupları Eriraos'a göre erken prodrom riskini taşıma değişkeni açısından değerlendirildi. Buna göre 30 EBP olgusunun %46,7 (n=14)'si, 33 BB olgusunun %42,4 (n=14)'ü, 58 SK olgusunun %3,4 (n=2)'ü Eriraos' göre erken prodrom kriterini karşılamaktaydı ($X^2(2)=31,691$, $p<0,001$). Erken prodromu kriterlerini karşılama nedenler incelendiğinde; 30 EBP olgusunun %46,7 (n=14)'si, 33 BB olgusunun %39,4 (n=13)'ü, 58 SK olgusunun %0'ı Eriraos semptom çizelgesinden 30 üstü puan almıştı ($X^2=42,760$, $p<0,001$). 2 temel belirti kriterini ise 30 EBP olgusunun %20 (n=6)'si, 33 BB olgusunun %15,2 (n=5)'si, 58 SK olgusunun ise %1,7 (n=1)'si karşılamaktaydı ($X^2=9,526$, $p= 0,006$).

EBP, BB ve SK grupları Eriraos'a göre geç prodrom riskini taşıma değişkeni açısından değerlendirildi. Buna göre 30 EBP olgusunun %50 (n=15)'si, 33 BB olgusunun %21,2 (n=7)'si, 58 SK olgusunun ise %5,2 (n=3)'si geç prodromal dönem tanı kriterlerini karşılamaktaydı ($X^2(2)=23,975$, $p<0,001$). Geç Prodrom kriterini karşılama nedeni incelendiğinde 30 EBP olgusunun %40 (n=12)'inde, 33 BB olgusunun %21,2 (n=7)'sinde ve 58 SK olgusunun %5,2 (n=3)'sinde APS belirleri mevcuttu ($X^2(2)=16,642$, $p<0,001$). 30 EBP olgusunun %23,3 (n=7)'ünde, 33 BB olgusunun %6,1 (n=2)'inde, 58 SK olgusunun ise %0'ında Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom belirtileri mevcuttu ($X^2(2)=16,561$, $p<0,001$) (Tablo 46). Psikoz için geç prodrom tanı kriterini karşılayan BB hastaların çocukluk çağı premorbid işlevsellikleri değerlendirildi. Buna göre geç prodrom tanı kriteri karşılayanların çocukluk çağı PUÖ ortalaması 5,42 (SS=4,07, aralık=1-13) iken karşılamayanlarda 5,03 (SS=3,6, aralık=0-13) olarak hesaplandı ($t(31)=-0,245$, $p=0,808$). BB grubunda Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom tanı kriterini karşılayan yalnızca iki hasta olsa da, bu hastaların çocukluk çağı PUÖ ortalaması 9 (SS=5,65, aralık=9-32), Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom olmayanlara göre 4,87 (SS=3,5, aralık=0-13) çok daha yüksekti. Ayrıca geç prodrom tanı kriterini karşılayan BB ile karşılamayanlar, psikotik bulgulu duygudurum epizodu geçirme açısından karşılaştırıldı. Geç prodrom tanı kriteri karşılan grupta psikotik bulgulu duygudurum

epizotu geçirme sıklığı %87,5 (n=6), geç prodrom tanı kriterini karşılamayanlara göre %19,2 (n=5), istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteriyordu ($p=0,002$).

AMSS açısından üç grup kıyaslandığında, EBP olgularının %26,7 (n=8)'si, BB olgularının %66,7 (n=22)'si ve SK olgularının %3,4 (n=2)'ü AMSS kriterini karşılamaktaydı. EBP, BB ve SK grupları AMSS kriterini karşılayıp karşılamaması açısından değerlendirildiğinde, üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($X^2(2)= 41,283, p<0,001$).

Tablo 46. Grupların Eriraos'a Göre Psikoz İçin Çok Yüksek Risk Kriterleri ve Atenüe Manik Semptom Sendromu Karşılayıp Karşılamadıkları Açısından Kıyaslanması^a

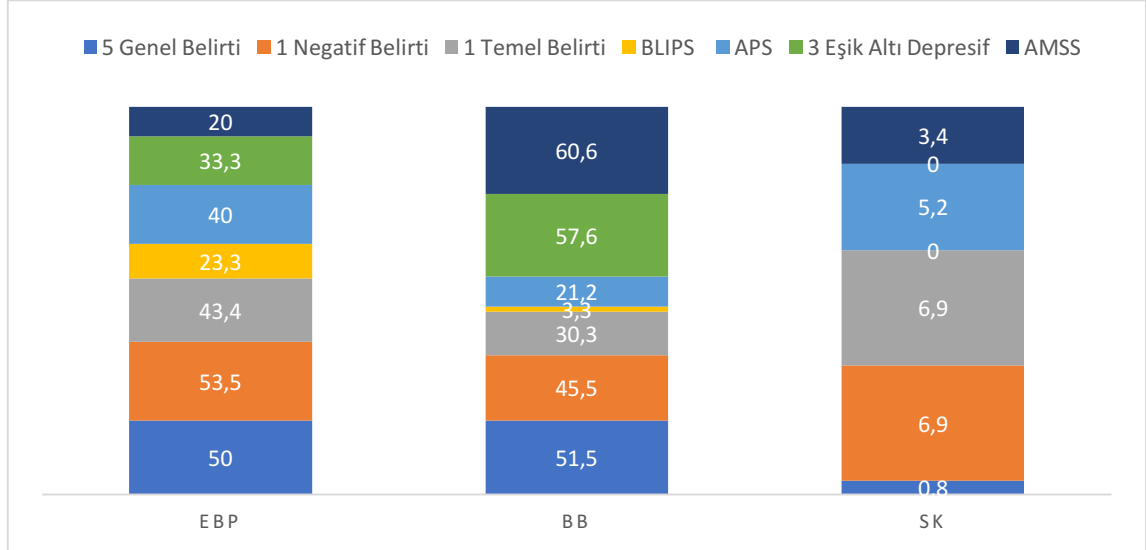
	EBP		BB		SK		EBP-BB-SK	EBP-BB
	n	%	n	%	n	%	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
Erken Prodrom Kriteri	14	46,7	14	42,4	2	3,4	31,691 (2) <0,001*	0,007 (1) 0,933
>30 puan	14	46,7	13	39,4	-	-	42,760 (-) <0,001*	0,107 (1) 0,743
2 Temel Belirti	6	20	5	15,2	1	1,7	9,526 (-) 0,006*	0,744
Geç Prodrom Kriteri	15	50	7	21,2	3	5,2	23,975 (2) <0,001*	4,534 (1) 0,033*
APS Belirtisi	12	40	7	21,2	3	5,2	16,642 (2) <0,001*	1,187 (1) 0,178
Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom	8	26,7	2	6,1	-	-	16,561 (2) 0,001*	0,022*

Atenüe Manik Semptom Sendromu	8	26,7	22	66,7	3	5,2	45,593 (2)	8,540 (1)
							<0,001*	0,003*

^a Erken prodrom ve geç prodrom dönemin tanımlanması, ERİraos temel alınarak yapılmıştır. Buna göre, her bir semptomun tanı almadan önceki dönemde var olup olmadığı, varsa son 12 aydır var olup olmadığı, son 12 ay içinde kötüleşip kötüleşmediği, bu semptomların stres yaratıp yaratmadığı sorgulanmış ve her bir kritere "1" puan verilmiştir. ERİraos'a göre bir hastanın alabileceği maksimum puan 200 iken, kesim puanı 30 olarak belirlenmiştir. ERİraos'a göre erken prodromal dönem kriterlerinin karşılanması için, ERİraos Skorlama Çizelgesinden ≥ 30 puana erişilmiş olunması ya da iki temel belirtinin bulunması gerekmektedir. Geç prodromal dönem kriterleri için ise, toplam skordan bağımsız olarak en az 1 Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom ya da en az 1 APS semptomunun bulunması gerekir

Ki Kare, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$

Şekil 10. Grupların Eriraos'a Göre Psikoz İçin Çok Yüksek Risk Kriterleri ve Atenüe Manik Semptom Sendromu Karşılıyıp Karşılımadıkları Açısından Kıyaslanması



6.14.11. EBP ve BB'de Gruplara Özgü Semptomların ve Semptom Kümelerinin Tahmini Rölatif Riskleri

Hasta grupları (EBP, BB) arasında prodromal dönemde görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan belirtilerin tahmini rölatif

riskleri (OR) hesaplandı. Buna göre prodromal dönemde enerji artışı 12,6 kat (CI=1,5-105,8), özgüven artışı 12,6 kat (CI=1,5-105,8), dürtüsellik 7 kat (CI=1,4-34,9) özkıyım düşünceleri 6,6 (1,6-26,3), uykusuzluk 4,5 kat (CI=1,1-18,1), karşıt olma davranışları 4,2 kat (CI=1,3-13), öfke patlamaları 3,3 kat (CI=1-10,2), premorbid dönemde kaygı olması 5,2 kat (CI=1-26,6) BB riskini arttırmaktaydı. Prodromal dönemde şüphencilik olması ise 11,96 kat (CI=1,3-99,7), premorbid dönemde sosyal izolasyon olması 3,4 kat (CI=1-10,7) EBP riskini arttırmaktaydı (Tablo 47).

Hasta gruplarında (EBP, BB) gruplara özgü prodromal dönem belirti kümelerinin tahmini rölatif riskleri saptandı. Buna göre EBP ve BB ayırımında, prodromal dönemde AMSS'nin bulunması 5,61, ≥ 3 depresif belirtinin bulunması 2,71 kat BB riskini attırmaktaydı. ≥ 2 negatif belirtinin varlığı 2,75 kat, temel belirtinin varlığı 1,76 kat, APS'nin bulunması 2,47 kat, Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomun bulunması ise 4,69 kat EBP riskini arttırmaktaydı.

Tablo 47. EBP ve BB'de Gruplara Özgü Semptomların Tahmini Rölatif Riskleri

Bipolar Bozukluk	p değeri	OR	Erken Başlangıçlı Psikoz	p değeri	OR
Öz Kıyım Düşünceleri	0,009	6,6	Şüphencilik	0,005	11,96
Enerji Artışı	0,013	12,6	Düşünce Okunması	0,022	-
Karşıt Olma Davranışları	0,02	4,2	Premorbid Dönemde Sosyal İzolasyon	0,03	3,4
Dürtüsellik	0,021	7			
Riskli Cinsel Davranış	0,025	-			

Uykusuzluk	0,026	4,5			
Premorbid Dönemde Kaygı	0,031	5,2			
Öfke Patlaması	0,032	3,3			
Özgüven artışı	0,039	12,6			

Tablo 48. EBP ve BB'de Gruplara Özgü Semptom Kümelerinin Tahmini Rölatif Riskleri

Bipolar Bozukluk	p değeri	OR	Erken Başlangıçlı Psikoz	p değeri	OR
≥5 Genel Semptom	1,00	1,06	≥2 Negatif Belirti	0,163	2,75
AMSS	0,030	5,61	Temel Belirti	0,417	1,76
≥3 Depresif Belirti	0,094	2,71	Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom	0,038	4,69
			APS	0,178	2,47

6.14.12. EBP, BB ve SK Gruplarında Prodromal Belirtilerin Görülme Sıklıklarına Göre Sıralanması

EBP ve BB gruplarında %25 ve üzerinde sıklıkta görülen belirtilerin görülme sıklığına göre sıralanışı, hastalık başlangıcı öncesinde belirtilerin ortalama ortaya çıkış

süreleri ve ortalama başlangıç yaşları, sırasıyla Tablo 49 ve Tablo 50'de belirtildi. SK grubu için de Tablo 51'de, %10 ve üzerinde sıklıkta görülen belirtiler ve bu belirtilerin görüşme tarihinden kaç ay önce ve ortalama kaç yaşında ortaya çıktıkları gösterildi. Aynı sıklıkta görülen belirtiden daha önceki yaşta başlamış olan sıralamada daha üstte yer aldı. Buna göre EBP grubunda en sık görülen ilk üç belirti: depresif duygudurum %55,3 (n=16), okula gitmek istememe %50 (n=15) ve okul işlevselliğinde bozulma %46,7 (n=14); BB grubunda en sık görülen ilk üç belirti: Depresif duygudurum %66,7 (n=22), sinirlilik %63,6 (n=21) ve karşıt olma davranışı %51,1 (n=17); SK grubunda ise: kararsızlık %20,7 (n=12), distraktibilite ve dikkati sürdürmede güçlük %19 (n=11) ve ruminasyonlar %15,5 (n=9) olarak saptandı.

Tablo 49. EBP Grubunda Prodromal Belirtilerin Görülme Sıklıklarına Göre Sıralanması ve Hastalık Öncesi Ortaya Belirtilerin Ortaya Çıkış Süreleri

EBP Grubu	Prodromal Belirtinin				
	Sıralama	n	%	Atak Öncesi Ortalama Süre (Ay)	Belirti Başlangıç Yaşı (Yıl)
Depresif Duygudurum	1	16	55,3	18,88±11,8	13,64±1,69
Okula Gitmek İstememe	2	15	50	13,4±10,2	13,4±1,5
Okul İşlevselliğinde Bozulma	3	14	46,7	12,21±13,1	13,8±1,8
Akran İlişkilerinde Bozulma	4	12	40	21,08±13,5	12,75±1,9
Sinirlilik Öfke	5	12	40	14,83±11,8	13,16±1,8
Sosyal İzolasyon	6	11	36,7	15,81±1,8	13,45±1,9
Sosyal İletişimi Başlatma ve Sürdürme Yeteneğinde Azalma	7	10	33,3	14,9±7,8	13,7±2,35

Distraktibilite ve Dikkati Sürdürmede Güçlük	8	10	33,3	10,09±5,7	13,63±1,8
Duygudurum Değişkenliği	9	9	30	15,11±1,4	12,55±1,7
İnitial İnsomnia	10	8	26,7	18,8±12,4	12,7±1,4
Ruminasyonlar	11	8	26,7	18,2±10,9	13±2
Kaygı ve Gerginlik	12	8	26,7	17±14,4	14±1,8
Şüphencilik	13	8	26,7	15,5±14,3	13±1,41
Uyumsuz Afekt	14	8	26,7	14,12±12,4	14,3±2,2
Hareketlerde Yavaşlama	29	4	13,3	11,33±5	14±1

Tablo 50. BB Grubunda Prodromal Belirtilerin Görülme Sıklıklarına Göre Sıralanması ve Hastalık Öncesi Ortaya Belirtilerin Ortaya Çıkış Süreleri

BB Grubu	Prodromal Belirtinin				
	Sıra	n	%	Atak Öncesi Ortalama Süre (Ay)	Belirti Başlangıç Yaşı (Yıl)
Depresif Duygudurum	1	22	66,7	17,7±8,4	13,7±2
Sinirlilik	2	21	63,6	17,6±7,2	13,5±1,9
Karşıt Olma Davranışı	3	17	51,5	18,5±6,5	13,1±1,8
Okul İşlevselliğinde Bozulma	4	17	51,5	17,9±9,3	14,05±1,7
Okula Gitmek İstememe	5	15	45,5	15,66±9,8	13,4±1,5

Öfke Patlaması	6	15	45,5	15,3±8,5	14,1±1,6
Duygudurum Değişkenliği	7	14	42,4	18,5±10	14,1±1,6
İntihar Düşünceleri	8	14	42,4	15,2±4,6	13,7±2
Distraktibilite ve Dikkati Sürdürmede Güçlük	9	13	39,4	19,3±9,4	13,6±2,2
Anhedoni	10	13	39,4	18,6±10,4	13,4±2,1
Sosyal İzolasyon	11	12	36,4	18,8±11,5	14,2±2,5
İnitial İnsomnia	12	11	33,3	17±9,5	14,1±1,4
Uykusuzluk	13	11	33,3	15,1±9	14,3±1,2
Dürtüsel davranış	14	11	33,3	14±7,2	13,8±2,3
Enerji artışı	15	10	30	17,1±9	13,8±2,2
Özgüven Artışı	16	10	30	17±10,7	13,7±2,1
Değersizlik Düşünceleri	17	9	27,3	18,2±10,2	14±2,1
Kendine Zarar Verici Davranış (özkıyım amaçlı olmayan)	18	9	27,3	15,2±8,5	13,7±1,7

Tablo 51. SK Grubunda Prodromal Belirtilerin Görülme Sıklıklarına Göre Sıralanması ve Görüşme Tarihinden Önce Ortaya Çıkış Süreleri

SK Grubu	Prodromal Belirtinin				
	n	%	Atak Öncesi Ortalama Süre (Ay)	Belirti Başlangıç Yaşı (Yıl)	Sıralama

Kararsızlık	12	20,7	24,5±9	13,2±2	1
Distraktibilite ve Dikkati Sürdürmekte Güçlük Çekme	11	19	10,8±9,1	15,3±1,2	2
Ruminasyonlar	9	15,5	23±13,9	13,8±1,8	3
Kaygı ve Gerginlik	9	15,5	20,4±13,9	14,5±1,8	4
Okula İşlevselliğinde Azalma	8	13,4	10,8±9,1	15,7±0,8	5
Sinirlilik	6	103	20,3±11,7	12±0,8	6
Obsesyon ve Kompulsüyonlar	5	8,6	16,8±6,5	12±0,7	7

6.15. Premorbid Belirtiler

EBP, BB ve SK gruplarında görülen premorbid belirtiler, premorbid belirtilerin ataktan ortalama kaç ay önce başladığı ve ortalama başlangıç yaşı Tablo 52'de gösterilmiştir. Buna göre EBP grubunda en sık görülen üç premorbid belirti: sosyal içe çekilme %43,3 (n=13), sosyal iletişimi başlatmakta güçlük çekme %33,3 (n=10) ve akran ilişkilerinde bozulma %26,7 (n=8) iken, BB grubunda en sık görülen üç premorbid belirti ise: distraktibilite veya dikkati sürdürmede güçlük %39,4 (n=13), hiperaktivite %27,3 (n=9), kaygı ve endişelerdi %27,9 (n=9). Premorbid belirtilerin görülme sıklıkları EBP, BB ve SK grupları arasında kıyaslandığında, kararsızlık, karşıt olma davranışları, dürtüsellik ve aşırı konuşma dışındaki belirtiler üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi (sosyal iletişimi başlatmakta güçlük, sosyal içe çekilme, distraktibilite ve dikkati sürdürmede güçlük çekme, depresif duygudurum için $p<0,001$, diğer belirtiler için $p<0,05$). Premorbid belirtilerin görülme sıklıkları açısından EBP ve BB grupları kıyaslandığında ise, kaygı-endişelerin bulunması 5,2 kat (CI=1-36,6) BB riskini, sosyal izolasyonun bulunması ise 3,4 kat (CI=1-10,7) EBP riskini arttırmaktaydı.

Tablo 52. Grupların Premorbid Belirtiler, Premorbid Belirtilerin Atak Öncesi Başlangıç Süresi ve Başlangıç Yaşı Açısından Kıyaslanması

Premorbid Belirti	EBP			BB			SK	EBP-BB-SK	EBP-BB
	% (n)	Atak Öncesi Süre (Ay)	Başlangıç yaşı (Yıl)	% (n)	Atak Öncesi Süre (Ay)	Başlangıç Yaşı (Yıl)	% (n)	X ² (df) p değeri	X ² (df) p değeri
Distraktibilite ve Dikkati Sürdürmede Güçlük	26,7 (8)	74,7 ±20,7	8,3±1,9	39,4 (13)	90,9 ±20,8	7,2±2,2	5,2 (3)	17,881(2) <0,001*	0,644 (1) 0,422
Kaygı-Gerginlik	6,7 (2)	44 ±5,6	13±2,8	27,3 (9)	70,1 ±27,6	8,3±2,5	3,4 (2)	11,194 0,002*	4,630 (1) 0,031*
Hiperaktivite	10 (3)	164 ±6,9	2,3±0,5	27,3(9)	127,5 ±21,5	3,5±2,1	5,2(3)	8,640 0,011*	2,023 (1) 0,155
Sosyal İletişimi Başlatmak ve Sürdürmekte Güçlük Çekme	33,3 (10)	87,4 ±44,1	7,7±2,7	21,2 (7)	102±44,7	7±3,2	1,7(1)	18,399 <0,001*	0,637 (1) 0,425
Değersizlik Düşünceleri	6,7(2)	82,5±2,1	8±1,4	21,2(7)	72±27,7	8,7±2,6	3,4(2)	7,208 0,020*	0,152
Sosyal İzolasyon	43,3 (13)	92,8±59	7,5±3,9	18,2(6)	102±44,7	7±3,2	-	29,747 <0,001*	4,720 (1) 0,030*
Depresif Duygudurum	6,7(2)	66±25,4	8,5±2,12	21,2(7)	87,4±33	7,2±2,8	-	12,939 <0,001*	0,152
Yaratıcılık Artışı	3,3(1)	-	-	21,2(7)	93,7 ±55,3	7,5±4,4	3,4(2)	8,105 0,009*	0,056

Sinirlilik	6,7(2)	90±59,3	7±4,2	18,2(6)	83,1 ±39,6	7,3±3, 9	1,7(1)	7,518 0,011*	0,152
Kararsızlık	10(3)	65,6 ±36,8	9,6±2,5	18,2(6)	77,2±36	7,7±3	10,3(6)	1,382 0,521	0,479
Dürtüsellik	3,3(1)	-	-	18,2(6)	100±39, 9	6,8±2, 9	5,2(3)	4,952 0,071	0,107
Anerji	-	-	-	15,2(5)	66±13,4	8,6±2, 8	1,7(1)	7,536 0,020*	0,152
Sosyal Fobi	23,3(7)	67,8 ±15,8	8,7±2,6	15,2(5)	87,2±29	7,8±1, 7	1,7(1)	11,173 0,002*	0,255 (1) 0,614
Okula Gitmek İstememe	10 (3)	68±36,4	10,6±4, 4	12,1(4)	72, ±32,4	8,5±1, 7	-	7,861 0,010*	1,000
Akran İlişkilerinde Bozulma	26,7 (8)	82,8 ±35,4	7,5±3,4	12,1(4)	107,2 ±30,2	5,7±1, 7	-	16,586 <0,001*	0,251
Okul Başarısında Düşme	20 (6)	62±19,2	10,8±2, 6	12,1(4)	66±28,5	9±1,8	1,7(1)	8,766 0,006*	0,498*
Anhedoni	-	-	-	12,1(4)	75±18	7,2±3, 3	1,7(1)	0,008*	0,115
Duygudurum Değişkenliği	3,3(1)	-	-	12,1(5)	69±28,3	9,2±4, 4	-	8,854 0,004*	0,199
Karşıt Olma Davranışları	6,7(2)	66±25,4	8,5±2,1	12,1(4)	84±41,5	6,8±3, 9	3,4(2)	2,572 0,315	0,674
Aşırı Konuşma	6,7(2)	132±33	4±1,4	12,1(4)	126±15, 4	3,5±2, 8	8,6(5)	0,650 0,777	0,674

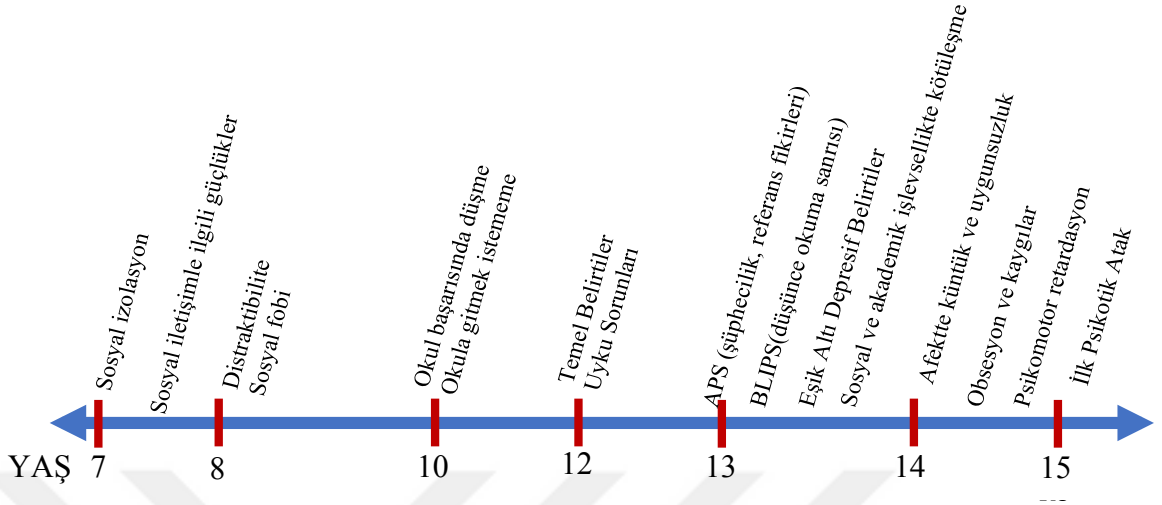
*Ki kare, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$*

6.16. EBP ve BB Gruplarında Premorbid ve Prodromal Belirtilerin Ortalama Ortaya Çıkma Yaşına Göre Değerlendirilmesi

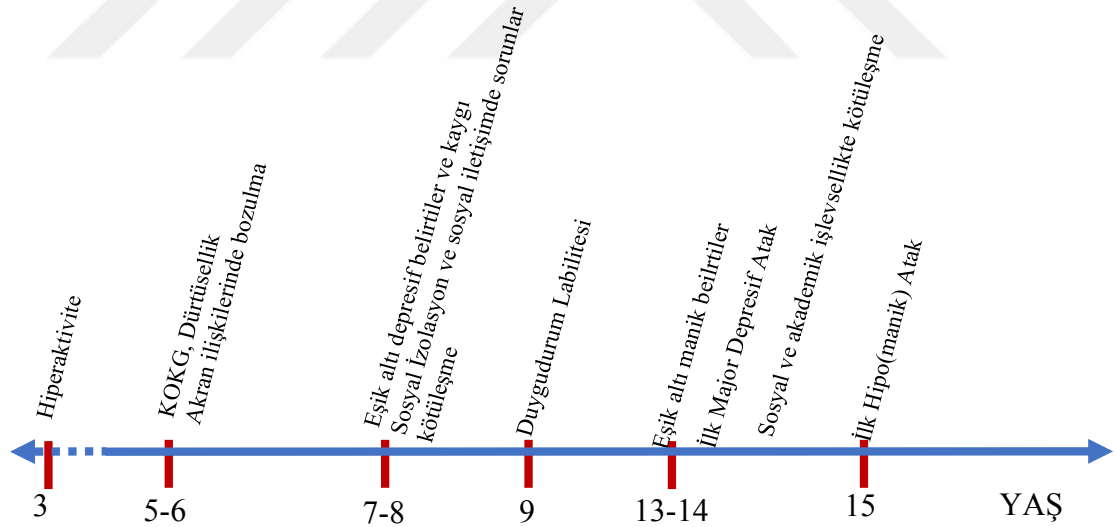
EBP ve BB grupları premorbid ve prodromal belirtilerin ortalama ortaya çıkma yaşına göre değerlendirildi. Buna göre EBP grubunda ilk ortaya çıkan belirtiler 7 yaş civarında gözlemlenen sosyal izolasyon, sosyal iletişimi sürdürmekte güçlük çekme ve akran ilişkilerinde bozulmaydı. 8 yaşında dikkatle ilgili sorunlar ve sosyal fobinin, 10 yaşından itibaren akademik işlevsellikle ilgili sorunların, 12 yaşından itibaren gerçekle rüyaları veya fikirler ile algılar ve fantezi ile gerçek anılar arasındaki farkı ayırt edememe, baskıcı düşünceler ve düşünce bölünmesinden oluşan temel belirtilerin ve initial insomnia, uyku düzeninin tersine dönmesi ve uykusuzluktan oluşan uyku sorunlarının, 13 yaşından itibaren şüphecilik ve referans fikirlerinden oluşan APS semptomları ve düşünce okunmasını içeren Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomu ile birlikte eşik altı depresif belirtilerin, 14 yaşından itibaren ise uygunsuz ve künt afekt, obsesyon ve kaygılar ve psikomotor retardasyonun, 14 yaşın sonuna doğru da ilk psikotik atağın ortaya çıktığı saptandı (Şekil 11).

BB grubunda ise ilk olarak ortaya çıkan belirti 3 yaş civarında ortaya çıkan hiperaktiviteydi. 5-6 yaş civarında karşıt olma karşıt gelme belirtileri, dürtüsellik ve akran ilişkilerinde bozulmanın, 7-8 yaş civarında eşik altı depresif belirtiler, sosyal izolasyon ve sosyal iletişimle ilgili sorunların, 9 yaş civarında duygudurum labilitésinin, 13-14 yaş civarında eşik altı manik belirtiler ve sosyal-akademik işlevsellikte kötüleşme ile birlikte ilk depresif atağın, 15 yaşında ise uyku ihtiyacında azalma ve eleve duygudurum belirtileri ile birlikte ilk manik atağın başladığı saptandı (Şekil 12).

Şekil 11. EBP Grubunda Premorbid ve Prodromal Belirtilerin Ortalama Ortaya Çıkma Yaşına Göre Değerlendirilmesi



Şekil 12. BB Grubunda Premorbid ve Prodromal Belirtilerin Ortalama Ortaya Çıkma Yaşına Göre Değerlendirilmesi



6.17. BB ile SK Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması

Hangi prodromal dönem semptom kümesinin BB ile SK ayrımını yapmada öngördürücü olduğunu saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulandı. Değişkenler, ≥ 5 genel semptom (var/yok), en az 1 negatif belirti (var/yok), en az 1

temel belirti (var/yok), APS belirtisi (var/yok), ≥ 2 depresif belirti (var/yok), AMSS (var/yok) olarak belirlendi. Bu değişkenler BB ve SK grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi. Lojistik modeldeki altı bağımsız değişken, BB tanı varyansın %70,4'ünü açıklamaktaydı. Lojistik modeldeki altı değişkenin BB için sensitivitesi %92,8, spesivitesi ise %88,8 olarak hesaplandı. AMSS (Wald=4,504, $p=0,034$) ve ≥ 2 depresif belirtinin (Wald=7,303, $p=0,007$) var olması, BB ile SK ayırımında, BB için istatistiksel olarak anlamlı öngördürücü değişkenlerdi (Tablo 53).

Tablo 53 . BB ile SK Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması

	Wald	df	p değeri
≥ 5 Genel Belirti	1,330	1	0,248
≥ 1 Negatif Belirti	3,148	1	0,076
≥ 1 Temel Belirti	0,786	1	0,375
≥ 1 APS Belirtisi	0,540	1	0,462
≥ 2 Depresif Belirti	7,303	1	0,007*
AMSS	4,504	1	0,034*

*Binary Lojistik Regresyon Analizi, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$*

6.18. EBP ile BB Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması

Hangi prodromal dönem semptom kümesinin EBP ile BB ayırımını yapmada öngördürücü olduğunu saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulandı. Değişkenler, en az 2 negatif belirti (var/yok), en az 1 temel belirti (var/yok), APS belirtisi (var/yok), ≥ 3 depresif belirti (var/yok), Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik

Semptom (var/yok), AMSS (var/yok) olarak belirlendi. Bu değişkenlerden Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom ve AMSS olması EBP ve BB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi. EBP ve BB grupları arasında Lojistik modeldeki altı bağımsız değişken, EBP ve BB ayrımının varyansın %41'ini açıklamaktaydı. Lojistik modeldeki altı değişkenin BB-EBP ayrımı için sensitivitesi %86,9, spesivitesi ise %67,5 olarak hesaplandı. Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom (Wald=4,723, p=0,030) ve AMSS (Wald=8,387, p=0,007) mevcut oluşu, EBP ile BB ayrımında istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenlerdi (Tablo 54). EBP ile BB grubu arasında farklılık olan cinsiyet ve DEHB sıklığı değişkenleri de modele katıldığında, modelin varyansın %54'ünü açıklayabildiği, sensitivitesinin %76,4, spesivitesinin %75,8 olduğu, istatistiksel anlamlılığı devam eden iki değişkenin Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom (Wald=5,824, p=0,016) ve AMSS (Wald=8,696, p=0,003) olduğu ve DEHB sıklığının da gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği (Wald=6,326, p=0,012) tespit edildi (Tablo 55)

Tablo 54. EBP ile BB Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması-1

	Wald	df	p değeri
Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom	5,043	1	0,025*
≥2 Negatif Belirti	1,617	1	0,203
≥1 Temel Belirti	0,125	1	0,723
≥1 APS Belirtisi	0,006	1	0,941
≥3 Depresif Belirti	0,175	1	0,676
AMSS	8,989	1	0,003*

*Binary Lojistik Regresyon Analizi, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$*

Tablo 55. EBP ile BB Gruplarının Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla Prodromal Dönem Belirtileri Açısından Kıyaslanması-2

	Wald	df	p değeri
Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom	5,824	1	0,016*
≥2 Negatif Belirti	0,808	1	0,369
≥1 Temel Belirti	0,151	1	0,698
≥1 APS Belirtisi	0,256	1	0,613
≥3 Depresif Belirti	0,804	1	0,370
AMSS	8,696	1	0,003*
DEHB	6,326	1	0,012*
Cinsiyet	2,501	1	0,114

*Binary Lojistik Regresyon Analizi, *İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$*

7. TARTIŞMA

Bipolar bozukluk, bozulmuş aile ve arkadaşlık ilişkileri, kötü akademik performans, daha yüksek oranda kronik duygudurum semptomları, psikiyatrik ve tıbbi eş tanılar (obezite, tiroid problemleri, diabetes mellitus), hospitalizasyon, intihar girişimleri gibi belirgin problemlere yol açan halk sağlığı sorunudur (113). Yüksek morbidite, mortalite ve kronik seyir göz önüne alındığında, bipolar bozuklukta erken tanı ve tedavinin kritik olduğu görülmektedir.

Yaptığımız çalışmada bipolar bozukluğu olan ergenlerin hastalık tanısı almadan önce öncül belirtiler yaşayıp yaşamadıklarını, öncül belirtiler yaşıyorlarsa bu belirtilerin bipolar bozukluğa özgü olup olmadığını saptamaya çalıştık.

7.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

7.1.1. Yaş Özellikleri

Çalışmaya katılan ve toplamı 121 olan EBP, BB ve SK olguları 13-19 yaş aralığında olup, EBP grubu için yaş ortalaması $16,31 \pm 1,88$, BB için $16,76 \pm 1,43$, SK için $15,98 \pm 1,71$ olarak tespit edilmiştir. Hasta grupları ile SK grubu arasında yaş değişkeni açısından eşleşme yapılmış ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

7.1.2. Cinsiyet Özellikleri

Çalışmaya katılan olgular cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; kadın/erkek oranı EBP, BB ve SK için sırasıyla 1,5, 5,6 ve 0,7 olarak saptanmıştır. SK ile BB grupları arasında cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Şizofrenide erkek/kadın cinsiyet oranı 1,4 ile 1 arasında değişmektedir. EBP ise erkek cinsiyette daha sık olarak görülmektedir ve yaş arttıkça kadın/erkek cinsiyet oranı bire yaklaşmaktadır (9). Klinik popülasyonda yapılan çalışmalarda gençlerde bipolar spektrum bozukluğunun kadın ve erkek cinsiyette benzer oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (170). Bununla birlikte, BB tip-2 ve ergenlik döneminde başlangıç

gösteren BB'nin kadın cinsiyette daha sık olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (171). Merikangas ve ark.ları tarafından 2010 yılında yapılan metaanalizde, BB tip 1 ve tip 2'nin kız ergenlerde görülme oranı %3,3 iken erkek ergenlerde %2,6 olarak saptanmıştır (172).

Çalışmamızda her iki hasta grubunda da literatüre göre daha yüksek oranda kadın cinsiyet baskınlığı saptanmıştır. Çalışmamızın tek bir merkezle sınırlı olması bu duruma sebep olmuş olabilir. Bununla birlikte kültürel etkenler de, özellikle bipolar bozuklukta kadın cinsiyet oranını daha sık olarak bulmamızda etkili olmuş olabilir. Türk toplumunda erkek çocuklarının davranım sorunlarına daha fazla tolerans sağlanması nedeniyle erkek çocuklarının kliniğe başvuru oranları daha düşük olabilir. Bununla uyumlu olarak Görker ve ark.larının 2004 yılında bir yıl içinde psikiyatri kliniğine başvuran 1079 ergeni inceledikleri çalışmada, BB tanısı alan 9 ergenin 8'inin kız olduğunu bildirmişlerdir (173).

7.1.3. Örgün Eğitime Devam Durumları

EBP grubunun %26,7'sinin, BB grubunun ise %39,4'ünün örgün eğitime devam edemedikleri bulundu. BB ve EBP grupları arasında örgün eğitime devam edememe açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. EBP ve BB gruplarının örgün eğitime devam edememe oranları alanyazın ile uyumlu bulundu. Quackenbush ve ark.ları, 1996 yılında 44 BB olan ergenin premorbid ve postmorbid akademik işlevselliklerini inceledikleri çalışmada, olguların %34'ünün örgün veya mesleki eğitime devam etmediklerini saptamışlardır (174). Fleischhaker ve ark.ları 2005 yılında yaptıkları çalışmada, EBP olan olguların %29,5'inin okuldan mezun olmadığını bildirmişlerdir (169).

7.1.4. Aile Yapısı

EBP grubunda ailedeki ortalama birey sayısı $4,56 \pm 1,27$, BB grubunda $3,69 \pm 1,01$ ve SK grubunda ise $4,15 \pm 1,16$ olarak tespit edildi. Gruplar arasında ailedeki ortalama birey sayısı değişkeni açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı. İkili karşılaştırmada yalnızca EBP ve BB grupları arasında ailede ortalama birey sayısı

açısından istatistiksel olarak farklılık mevcuttu. Ayrıca bu durumla bağlantılı olarak, BB grubunda ailede boşanma öyküsü, SK ve EBP gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti. Ayrıca ailede boşanma öyküsü bulunanlarda ailedeki ortalama birey sayısı, bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşüktü. Bu durumda, çalışmamızda BB olan olguların ailede boşanma öyküsünün daha yüksek olması sebebiyle daha az sayıda bireyden oluşan aileye sahip oldukları sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamızla uyumlu olarak Lewinsohn ve ark.larının 2000 yılında yaptıkları çalışmada, BB grubunun temel olarak daha yüksek oranda ailede boşanma öyküsü bulunması sebebiyle, subsendromal bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve normal kontrol gruplarına göre, her iki biyolojik ebeveyn ile birlikte yaşama oranlarının daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (175). Ayrıca bu durumun farklı açıklamalarının olabileceğini belirtmişlerdir. İlk olasılık ebeveynlerin boşanmasının stresli bir yaşam olayı olarak çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluğun ortaya çıkmasını tetiklemiş veya bipolar bozukluğun ortaya çıkma yaşını daha erkene çekmiş olabileceğidir. İkinci olasılık ise ebeveynlerde psikopatoloji (özellikle BB) bulunmasının hem artmış boşanma hem de çocuklarda artmış BB riski ile ilişkili olabileceğidir. Akrabalarda psikopatoloji bulunma olasılığını kontrol ettiklerinde, BB ve sağlıklı kontrol arasındaki farkın anlamlı olmadığını tespit etmişlerdir (175). Çalışmamızda da bulguyla uyumlu olarak, ailesinde boşanma öyküsü olanların ebeveynlerinde istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha sık psikiyatrik hastalık bulunmaktaydı.

7.1.5. Anne ve Baba Yaşı

Çalışmamızda BB grubundaki olgularının anne ve baba yaşı ortalaması, SK grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha büyük olarak bulunmuştur. EBP grubunda da anne ve baba yaşı ortalaması, SK grubundan daha büyük olsa da, istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Literatürde ise, ileri baba yaşı ile şizofreni riski arasında tutarlı bir ilişki olduğu, anne yaşı ile şizofreni riski arasında herhangi bir bağlantı olmadığı bildirilmektedir (176,177). Bipolar bozukluk için ise, BB ile anne ve baba yaşı ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı

sonuçlar bildirilmekle birlikte (178), Menesez ve ark.ları 2010 yılında çalışmada anne ve baba yaşındaki her 10 yıllık artışın yaklaşık 1.30 oranında BB riskini arttırdığını tespit etmişlerdir (179).

7.1.6. Sosyo-ekonomik Seviye ve Ebeveynlerin Eğitim Seviyesi

Çalışmamızda, EBP, BB ve SK grupları arasında anne ve baba eğitim seviyesi, baba iş durumu ve ailenin ortalama aylık geliri açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Yalnızca SK ile EBP grupları arasında anne iş durumu açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu farklılığın sebebi, SK grubundaki annelerin %24'ü memur olarak çalışırken EBP grubundaki hiçbir annenin memur olarak alışmamasıydı. Sağlıklı kontrol grubunu sosyo-kültürel seviyeye göre tabakalayararak gruplar sosyo-ekonomik ve kültürel olarak eşleştirilmeye çalışılmıştır.

7.2. Prodromal Dönem Süresi

BB grubunda prodromal dönem ortalama süresi $26,3 \pm 10$ ay, EBP grubunda ise $23,3 \pm 12,1$ ay olarak saptandı. Gruplar arasında ortalama prodromal dönem süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Bipolar bozuklukta prodromal dönem süresinin 1.8 ile 7.3 yıl arasında değiştiği bildirilmektedir (117). Prodromal dönem süresinin çalışmalar arasında bu kadar farklı olmasının sebepleri söyle sıralanabilir: 1. Prodromun başlangıç tarihinin çalışmalar arasında farklı belirlenmiş olması (rn; ilk ortaya çıkan afektif semptomlar ya da anormal davranışlar), 2. Hastalık başlangıç tarihinin çalışmalar arasında değişkenlik göstermesi (rn; ilk hastane başvurusu, ilk hastaneye yatış tarihi ya da ilk manik epizot başlangıcı), 3. Çalışmalarda farklı örneklem gruplarının kullanılması (117). Çalışmamızda Correll ve ark.ları tarafından belirtilen prodromal dönem tanımı temel alınmıştır (180). Buna göre prodromal dönemin başlangıcı ilk olarak ortaya ıkmiş olan en az orta şiddetteki bir prodromal belirti ya da daha önceden stabil seyreden/yaşam boyu var olan bir belirtide kötüleşmenin başlangıcı olarak tanımlanmıştır. Buna göre alışmamızda BB grubundaki prodromal dönem süresi, Correll ve ark.larının 2007 ve 2014 yıllarında 52 BB tip-1 olan adolesanlarla yaptıkları

çalışmalarda bulduğu, sırasıyla 21,6 ay ve 18.8 olan prodromal dönem süreleri ile benzer bulunmuştur (168,180).

Literatürde her 4 şizofreni hastasından 3'ünün, tanı almadan önce en az bir yıl prodromal dönem yaşadığı bildirilmektedir (11,12). Çalışmamızda da bu bulguyla uyumlu olarak EBP grubunun %90 (n=27)'inde prodromal dönem süresi 3 aydan uzun, %73,4 (n=23)'ünde ise 12 aydan daha uzun olarak saptandı. Iida ve ark.larının 1995 yılında 41 EBP ile yaptıkları çalışmada, olguların %41'inin prodromal dönem süresini 1 yıldan fazla bulmuşlardır (181). McClellan ve ark.larının 2003 yılında yaptıkları çalışmada ise, 27 EBP olgusunun %77,8'inde prodromal dönemin 3 aydan daha uzun olduğunu bildirmişlerdir (182). Haffner ve ark.ları 1995 yılında 12-29 yaş arasındaki 232 ilk psikotik atak geçiren hasta le yaptığı çalışmada, ortalama prodrom dönem süresini 5 yıl olarak tespit etmiştir (183). Çalışmamızda EBP grubunda saptanan prodromal dönem süresi Iida ve ark. ile McClellan ve ark.larının bildirdiği prodromal dönem süresinden daha uzun, Haffner ve ark.larının bildirdiğinden ise daha kısa olarak tespit edilmiştir. Bu durumun sebebi çalışmalar arasında kullanılan metodolojinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

7.3. Hasta Gruplarında Premorbid Dönemde Psikiyatrik Tanılar

EBP grubunda ilk psikotik atak öncesi psikiyatri kliniğine başvuran hastaların %50'sine DEHB, %25'ine MDB, %12,5'ine ise öğrenme bozukluğu tanısı konulmuştu. Schaffer ve ark.larının 2002 yılında ilk psikotik atak öncesinde psikiyatri kliniğine başvuran 17 EBP olgusunu incelediği çalışmada, olguların %47'sine DEHB, %23'üne MDB, %47'sine ise genel gelişim gecikmesi ve öğrenme bozukluğu tanıları konulduğunu saptanmışlardır (184). Çalışmamızda DEHB ve MDB oranları benzer olsa da, öğrenme güçlüğü oranı daha düşük saptanmıştır. Bu durumun sebebi, çalışmamıza zeka geriliği tanısı olan, klinik olarak zeka geriliği izlenimi veren ve premorbidinde gelişimsel geriliği olan çocukları dahil etmememiz ile ilişkili olabilir.

BB grubunda ise ilk manik atak öncesinde, 33 olgunun %30'una DEHB, %15'ine KOKGB/DB, %6'sına MDB tanısı konulmuştu. Faedda ve ark.larının 82 BB tip-1, BB tip-2 ve Sikotimi tanısı olan ergenle 2004 yılında yaptıkları çalışmada, ilk manik atak öncesinde olguların %60'ının DEHB, %39'unun anksiyete, %37'sinin

MDB ve %21'inin KOKGB/DB tanılarını aldığını saptamışlardır (111). Çalışmamızdaki premorbid tanı sıklıklarının farklı olmasının sebebi, çalışmamıza yalnızca BB tip-1 hastaları dahil etmemizden kaynaklanıyor olabilir.

7.4. Hasta Gruplarında Remisyon Durumları

Çalışmamızda EBP grubunun %23,3'ü tam remisyonunda, 76,7'si ise kısmi remisyondaydı. Ayrıca EBP grubunda %13,3'ü iyi düzeyde, %13,3'ü orta düzeyde, %73,3'ü ise kötü düzeyde işlevsellik saptandı. EBP grubu için bulduğumuz remisyon ve işlevsellik bozulma oranları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

EBP grubunda yapılan izlem çalışmalarında, Remschmidt ve ark.ları %25 tam remisyon, Asarnow ve ark.ları %33 tam remisyon %67 kronik şizofreni, Krausz ve Thomsen %21 tam remisyon, %10 kısmi remisyon, %16 epizodik, %43 kronik şizofreni, Werry ve ark.ları ise %23 tam remisyon %13 subkronik, %64 kronik şizofreni saptamışlardır (88,185–187). Remschmidt ayrıca EBP grubunun %16'sının iyi düzeyde, %24'ünün orta düzeyde, %60'ının ise kötü düzeyde işlevselliğinin olduğunu, Lay ve ark.ları ise EBP grubunun %20'sinin işlevsellik kaybını olmadığını ya da minimal olduğunu, %14'ünde belirgin olduğunu, %66'sında ise şiddetli, çok şiddetli ve maksimum işlevsellik kaybı şeklinde olduğunu bildirmiştir (185,188).

BB grubunda ise %51,5 oranında tam remisyon, %48,5 oranında kısmi remisyon saptandı.. BB grubu için de remisyon ve işlevsellik sonucu oranları literatürle uyumlu olarak saptanmıştır. Bipolar Bozuklukta yapılan naturalistik izlem çalışmalarında, hastalık başlangıcı sonrası 1-2 yıl içerisindeki iyileşme oranlarının %40 ile 100 arasında değiştiği bildirilmiştir (155).

EBP grubunda ortalama ÇGDÖ skoru $47 \pm 17,4$ iken BB grubunda $58,3 \pm 17,3$ olarak tespit edildi. Werry ve ark.ları 1991 yılında yaptıkları çalışmada, EBP grubunda ortalama GAF skorunu 40, BB grubunda ise 61,1 olarak tespit etmişlerdir (88).

7.5. Bipolar Bozuklukta İndex Atak Cinsi

Alanyazında Bipolar Bozuklukta hastalık başlangıcındaki duygudurum atağının cinsinin (MDB, (hipo)manik, mikst) oranları değişmekle birlikte

(88,111,174), indeks atak çoğunlukla depresif epizot olmaktadır (189). Çalışmamızda da bu bilgiyle uyumlu şekilde BB grubunda ilk atak sıklıkları: %51,5 MDB, %27,2 (hipo)manik atak, %18,2 karma atak, %3 psikotik atak olarak bulunmuştur.

7.6. Hasta Gruplarında Özkıyım Girişimi ve Hastane Yatış Oranları

Çalışmamızda EBP olgularının %13,3'ünde, BB olgularının ise %48,5'inde özkıyım girişi mevcuttu. Suisid girişimi sıklığı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi.

BB'ta yapılan izlem çalışmaları, BB grubunda BTA tanıları dışlandığında, olguların %44'ünün, MDB'de olguların %22'sinin, BB-BTA'da %18'inin suisid girişiminde bulunduğunu bildirmektedir (190).

Reichert ve ark.larının 2008 yılında yaptıkları çalışmada, 27 EBP olgusunun %37'sinin, Asarnow ve ark.ları ise 1994 yılında yaptıkları çalışmada 21 EBP olgusunun %38'inin suisid girişiminde bulunduğunu saptamışlardır (191,192) Bu iki çalışmada da bildirilen özkıyım girişimi oranları, bizim araştırmamızda bulduğumuz suisid girişimi oranlarından yüksektir. Bu durumun olası sebebi, bu iki çalışmaya hasta gruplarının yataklı servis biriminden alınmış olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

7.7. Hasta Gruplarında Psikiyatrik Eş Tanı Oranları

EBP grubunun %56,7'sinde, BB grubunun ise %81,8'inde en az bir psikiyatrik eş tanı saptandı. Psikiyatrik eş tanı sıklığı açısından her iki grup kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. EBP grubunda en sık rastlanan psikiyatrik eş tanı Anksiyete Bozukluğu (%40) iken ikinci en sık psikiyatrik eş tanı DEHB'di (%23,3). BB grubunda ise en sık rastlanan psikiyatrik eş tanı DEHB (%63,6) ve Anksiyete Bozukluğuydu (%63,6).

Alanyazında ergenlerde Bipolar Bozuklukta komorbidite oranlarına bakıldığında, Yıkıcı Davranış Bozukluklarının %30-70, DEHB'nin %50-80 ve Anksiyete Bozukluklarının %30-70 oranında değiştiği bildirilmektedir (189). Literatürde EBP'de görülen eş tanı oranları değişmekle birlikte (193,194), psikotik

bozukluğu olan ergenlerle yapılan bir araştırmada her olgu için ortalama 5 tanı belirlenirken psikotik olmayan grupta binişik tanı 2.9 olarak belirtilmektedir (195).

7.8. Hasta Gruplarında Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı

Çalışmamızda sigara dahil herhangi bir madde kullanımı oranı EBP grubunda %16,7, BB grubunda %60,6; sigara dışında herhangi bir madde kullanımı EBP grubunda %0, BB grubunda %36,4, sigara ve alkol dışında herhangi bir madde kullanımı oranı BB grubunda %27,3 olarak tespit edildi. BB olgularının %18,2'si madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktaydı. BB grubunda en sık sigara %60,6, 2. sıklıkta ise esrar %21,2 kullanımı mevcuttu.

Sigara dışında madde kullanımı olan BB olgularında, madde kullanmayan BB'lara göre madde kullanım bozukluğu dışı daha yüksek psikiyatrik komorbidite, yatış ve özkıyım girişimi öyküsü ve daha ciddi işlevsellik kaybı saptandı. Her ne kadar sigara dışı madde kullanımı olan BB grubunda madde kullanımı dışı psikiyatrik komorbidite ve yatış öyküsü %100 olsa da, sigara dışı madde kullanımı olmayan BB olgularında da psikiyatrik eş tanı ve yatış öyküsünün yüksek oranlarda görülmesi sebebiyle istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi. Fakat sigara dışı madde kullanımı olan BB olgularında işlevsellik kaybı ve özkıyım girişimi öyküsü, sigara dışı madde kullanımı olmayan BB'lere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteriyordu.

Alanyazında da çalışmamızdaki verilerle uyumlu olarak BB bozukluğu olan ergenler arasında madde kullanım oranlarının %16 ile %32 arasında değiştiği ve BB'nin MKB için öncül ve MKB ile ilintili olduğu bildirilmiştir (196–199). Türkiye'de gençler arasında madde kullanımı sıklığı ile ilgili yapılan epidemiyoloji çalışmalarında, genellikle Avrupa ülkelerine kıyasla daha düşük oranda madde kullanım oranları bildirilmiştir (200). Bununla birlikte son yıllarda Türkiye'deki ergenler arasında, özellikle kannabis dışındaki yasa dışı madde kullanımında belirgin bir artış görölmektedir (200). Çalışmamızda BB olan ergenler arasındaki madde kullanım oranları da Avrupa literatürü ile uyumlu bulunmuştur. Bu bulgunun Türkiye'de ergenler arasında madde kullanımındaki artıştan mı yoksa çalışmamıza

aldığımız hasta grubunun özelliklerinden mi kaynaklandığını anlayabilmek için, BB olan olgular arasında madde kullanım sıklığını araştıran çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Biederman ve ark.ları 1997 yılında yaptıkları çalışmada, erken başlangıçlı BB'nin, DEHB'den bağımsız olarak madde kullanım bozukluğu (MKB) ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (201). Wilens ve ark. ise ergenlik dönemi başlangıçlı BB'nin, çocukluk çağı başlangıçlı BB'ye göre MKB açısından çok daha yüksek risk altında olduğunu, bu durumun davranım bozukluğu ya da diğer psikiyatrik eş tanılardan bağımsız olduğunu, ergenlik dönemi başlangıçlı bipolar bozukluğu olan gençlerin madde kullanımı açısından izlenmesi ve eğitilmesi gerektiğini, manik semptomatolojinin tanınmasının ve tedavisinin madde kullanımı riskini azaltmak için terapötik bir fırsat olabileceğini bildirmişlerdir (199). Ayrıca Wilens ve ark.ları 1997 yılında psikiyatri polikliniğine yönlendirilen hastalardan 38 MKB olan ile, 321 MKB olmayan hastayı karşılaştırmış ve MKB olan grubun tüm alanlardaki işlevselliğinin MKB olmayanlara göre düşük olduğunu bulmuştur (202). Literatürde bulgularımızla uyumlu olacak şekilde BB'ye madde kullanımının eşlik etmesi durumunda, iyileşmenin geciktiği, relaps oranı, epizotlar arası semptom sürekliliği, mortalitenin arttığı bildirilmiştir (203). MKB olan BB hastaları olmayanlarla kıyaslandığında, artmış dürtüsellik, suisidalite, maniye polarite geçişinde, adli sorunlar ile birlikte ilaç kompliyansında, yaşam kalitesinde ve akademik başarıda düşme tespit edilmiştir (203).

Çalışmamızda psikotik bozukluk tanılı ergenlerin hiçbirinde madde kullanım öyküsü yoktu. Bu durumun en önemli sebebi, çalışmamızda EBP ve BB'nin prodromal dönemlerinin araştırılması sebebiyle, karıştırıcı bir faktör olabileceği düşünüldüğünden madde ile tetiklenen psikoz ve bipolar bozukluk olgularının çalışma dışında bırakılması olabilir. Literatürde ise Olesen ve arkadaşları (2016) psikoz spektrum bozukluklarında madde kullanım oranlarının %16 ile %43 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (194). İkinci olasılık ise, psikotik bozukluklu olguları hastalığın erken döneminde saptayarak çalışmaya almamız olabilir. Psikotik bozuklukta madde kullanımını açıklayan teorilerden birisi de psikotik bozukluk tanılı hastaların negatif bulguları, anti-psikotiklerin ekstrapiramidal bulgularını ya da pozitif bulgulardan kaynaklanan disforiyi azaltmak amacıyla maddeye başladıklarıdır (204).

Bu değerlendirmenin sonucunda psikotik bozuklukla geçen yaşam süresi artıkça, BP ve psikotik bozukluğu olan ergenler arasında madde kullanımı çalışmamızda saptanandan daha yüksek oranlarda olabilir. Ayrıca kültürel faktörler de bu duruma sebep olmuş olabilir. Belli ve ark.ları tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada 463 şizofreni hastasında %4,8 oranında alkol ve sk, %1,1 oranında da esrar kullanımı tespit etmişlerdir (205). Bu oranlar alanyazında bildirilen şizofreni hastalarındaki madde kullanımı ve bağımlılığı oranlarından çok daha düşüktür (206). Bununla birlikte psikotik bozukluğu olan hastaların %91.3' her iki ebeveyni ile yaşamaktayken bu oran bipolar bozukluğu olan ergenler için %67.7'di. Yani EBP grubunda aile denetimini sağlayabilecek ebeveyn sayısının daha fazla oluşu, EBP grubunun BB grubuna göre maddeye ulaşımını engelleyici bir faktör olabilir. Sonuç olarak çalışmamızın metadolojisi, self medikasyon için kısa hastalık süresi, her iki ebeveyn ile birlikte yaşama oranının daha yüksek oluşu ve kültürel özellikler psikotik bozuklukta madde kullanımının olmayışını açıklayabilir.

7.9. Ailede Psikiyatrik Hastalık yks

EBP grubu için ailede en az bir yede psikiyatrik hastalığı olanlar %73,2, BB grubunda ise %90,9 bulunmuştur. EBP grubu için en fazla bulunan ailede psikiyatrik hastalık %40 ile şizofreni Spektrum Bozuklukları tanı kategorisi iken, BB grubunda ise en fazla bulunan tanı %42,2 ile Major Depresif Bozukluk iken ikinci en sık tanı %39,4 ile BB olarak tespit edilmiştir. Faedda ve ark.ları 2004 yılında yaptıkları çalışmada, BB grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsünü %90 olarak tespit etmişlerdir (111). Ergenlerde BB'de, ailede BB öyküsünün bulunma oranları çalışmalarda %13,5 ile %56 arasında değişmektedir (122,207).

7.10. Obstetrik Komplikasyon yks

EBP grubunun %23,3'ünde, BB grubunun %48,5'inde, SK grubunun ise %24,1'inde obstetrik komplikasyon mevcuttu. Obstetrik komplikasyon sıklığı BB grubunda, EBP ve SK gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi. Literatürde her ne kadar erişkin başlangıçlı şizofrenide yüksek obstetrik komplikasyon oranları bildirilse de, çocukluk ağı şizofrenisinde obstetrik komplikasyon oranı tutarlı olarak sağlıklı kontrollere benzer olarak bulunmuştur. 34

EBP olgusu ve bu olguların 30 kardeşinin, kör olarak doğum kayıtlarının skorlanmasında gruplar arasında farklılık saptanmamıştır (208). Buka skalası aracılığıyla yapılan çalışmalarda, Erişkin Başlangıçlı Şizofrenide obstetrik komplikasyon oranı %50-67 oranlarında değişmekteyken, EBP'de %24 civarında bulunmuştur (209–212). Mejias ve ark.ları 2015 yılında yaptıkları çalışmada EBP grubunda obstetrik komplikasyon oranını %21, Afektif psikoz grubunda ise %50 olarak bildirmiştir (211). EBP grubunda obstetrik komplikasyonların, beklenenin aksine düşük olmasının sebebi, hastalığın ortaya çıkmasında çevresel faktörlerden çok genetik faktörlerin baskın rol oynamasından kaynaklanıyor olabilir.

7.11. Hasta Gruplarının Premorbid Dönem İşlevsellik Düzeyleri

Çalışmamızın hipotezlerinden birisi BB olan ergenlerin hastalık öncesi işlevselliklerinin, EBP olan hastalardan daha iyi düzeyde olduğuydu. Çalışmamızda ise EBP ve BB gruplarının premorbid işlevselliklerinin sağlıklı kontrollere göre belirgin derecede kötü olduğunu fakat EBP ile BB grupları arasında premorbid dönem işlevsellik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını tespit ettik.

McClellan ve ark.ları 2003 yılında 27 EBP, 22 BB ve 20 psikoz, BTA olgusunu premorbid işlevsellik açısından değerlendirmişlerdir (182). Buna göre EBP grubunda premorbid sosyal içe çekilmenin ve total işlevsellik kaybının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda BB ile EBP grupları arasında premorbid dönemde işlevsellik açısından farklılık bulunmamasının sebepleri: 1. BB grubunda DEHB komorbiditesinin yüksek olması sebebiyle premorbid işlevselliğin olumsuz olarak etkilenmiş olması, 2. EBP grubunda zihinsel geriliği veya gelişimsel sorunları olan gönüllüleri çalışma dışı bırakmamız sebebiyle göreceli olarak daha iyi premorbid işlevselliği olan hastaları çalışmaya almamız olabilir. Ayrıca EBP grubunda kadın cinsiyet baskınlığı da premorbid belirtiler açısından BB ile EBP grupları arasında farklılık saptamayışımızı açıklayabilir. Literatürde erkek EBP olgularının, kadın EBP olgularına göre daha kötü premorbid işlevselliğinin olduğuna dair yayınlar mevcuttur. Nicolson ve ark.larının 2000 yılında yaptıkları çalışmada, erkek EBP olgularının %71,4'ünde, kadın EBP olgularının ise %31,5'inde, premorbid dönemde motor gelişim geriliği ve motor koordinasyon bozukluğu saptamışlardır (213). Röpkce

ve ark.ları ise 2005 yılında yaptıkları çalışmada, erkek EBP olgularının %45'inde kadın EBP olgularının ise %16'sında kötü premorbid sosyal uyum işlevselliği saptamışlardır (214).

7.12. Hasta Gruplarının Hastalık Başlangıç Örüntüleri

Hasta gruplarının hastalık başlangıç örüntüleri incelendiğinde, EBP grubunun %40'ında hastalığının kademeli başlayıp yavaş kötüleştiği, %36,7'sinde hastalığının kademeli başlayıp hızlı kötüleştiği, %23,3'ünde ise hastalığının hızlı başladığı saptanmıştır. BB grubunda ise %63,6'sının hastalığının kademeli başlayıp yavaş kötüleştiği, %21,2'sinde hastalığının kademeli başlayıp hızlı kötüleştiği, %15,2'sinde ise hızla başladığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda hastalığın başlangıç örüntüsü ile ilgili bulduğumuz veriler literatür ile uyumlu olarak saptanmıştır (117,122,214).

7.13. En Sık Görülen Prodromal Belirtiler

Çalışmamızda EBP grubundaki hastaların \geq %25'inden fazlasında görülen prodromal belirtiler şu şekildeydi: 8 genel belirti (okula gitmek istememe %50, okul işlevselliğinde bozulma %46,7, akran ilişkilerinde bozulma %40, duygudurum değişkenliği %30, initial insomnia %26,7, ruminasyonlar %26,7, kaygı ve gerginlik %26,7, uygunsuz afekt %26,7), 2 eşik altı depresif belirti (depresif duygudurum %55,3, distraktibilite veya dikkati sürdürmede güçlük %33,3), 2 negatif (sosyal izolasyon %36,7, sosyal iletişimi başlatmak ve sürdürmekte güçlük çekme %33,3), 1 APS (şüphecilik %26,7) ve 1 eşik altı manik belirti (sinirlilik-irritabilite %40).

Hafner (1995), McGorry (1995) ve Goursiz (2002) tarafından ergen, genç-orta yaş erişkin SCH hastalarında bildirilmiş prodromal dönem belirtilerin görülme sıklıklarının ortalaması şöyledir: %55,7 sosyal izolasyon, %53,3 anormal-garip düşünceler, %44,2 okul başarısında düşme, %39 irritabilite, %35,6 uygunsuz veya künt afekt, %33,3 anhedoni, %29,3 halisünasyon, %25,4 dikkat dağınıklığı, %25 kaygı ve gerginlik, %21,9 şüphecilik, %21 uyku sorunları (12,180,183,215). İida ve ark.ları da 1995 yılında yaptıkları çalışmada, EBP grubunun prodromal dönemde

%59'unun okula devamlı, %56,4'ünün ise akademik başarı ile ilgili sorunlarının olduğunu, %25,6'sında ise uygunsuz afekt olduğunu bildirmişlerdir (216). Bulguların birçoğu benzerlik göstermekle birlikte, çalışmamızda EBP grubunda depresif duygudurum ve duygudurum labilitesi çok daha sık olarak saptanırken, halüsinasyonlar çok daha nadir saptanmıştır. Belirtilen ilk üç çalışmadaki hasta gruplarının çoğunluğu erken-orta yaş erişkinden oluşmaktadır. Bu nedenle, çalışmamızda EBP grubunda sık olarak saptanan afektif belirtiler ve daha nadir olan halüsinasyonlar, çocukluk çağı şizofrenisine özgü prodromal bulgular olabilir.

Çalışmamızdaki hipotezlerimizden birisi BB prodromal dönem belirtilerinin sıklıkla irritabilite, uyku sorunları, anksiyete, ders başarısında düşüklük, eşik altı (hipo)manik belirtiler ve eşik altı depresif belirtilerden oluşmakta olduğuydu. Çalışmamızda da hipotezimizle uyumlu şekilde BB grubundaki hastaların \geq %25'inden fazlasında görülen prodromal belirtiler şu şekildeydi: 7 genel belirti (karşıt olma davranışları %51,5, okul işlevselliğinde bozulma %51,5, okula gitmek istememe %45,5, öfke patlamaları %45,5, duygudurum değişkenliği %42,4, initial insomnia %33,3, uykusuzluk %33,3), 6 eşik altı depresif belirti (depresif duygudurum %66,7, intihar düşünceleri %42,4, distraktibilite ve dikkati sürdürmekte güçlük çekme %39,4, anhedoni %39,4, değersizlik düşünceleri %27,3, kendine zarar verici davranışlar %27,3), 4 eşik altı manik belirti (sinirlilik %63,6, dürtüsel davranış %33,3, enerji artışı %30, özgüven artışı %30), 1 negatif belirti (sosyal izolasyon %36,4). Çalışmamızda BB prodromal dönemi için belirtilen semptom sıklığı literatür ile uyumlu saptanmıştır (168,180).

7.14. EBP ve BB Grupları Arasında Prodromal Dönemde Farklılık Görülen Belirtiler

EBP ve BB grupları arasında, prodromal dönemde görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren belirtilerden; enerji artışı 12,6 kat, özgüven artışı 12,6 kat, dürtüsellik 7 kat, özkıyım düşünceleri 6,6 kat, uykusuzluk 4,5 kat, karşıt olma davranışları 4,2 kat, öfke patlamaları 3,3 kat BB riskini arttırmakta iken şüphecilik olması 11,96 kat EBP riskini arttırmaktaydı. Correll ve ark.ları 2007 yılında yaptıkları çalışmada, SCH'da literatürde bildirilen prodromal belirtiler ile

çalışmalarına aldıkları 52 BB olan ergende görülen prodromal belirti sıklıklarını kıyaslamışlardır. Buna göre BB ile SCH grupları prodromal belirtileri arasında BB lehine distraktibilite dikkatte azalma, depresif duygudurum, suicidal düşünce, anergi, düşünme ve iletişimde güçlük, duygudurum labilitesi, obsesyon ve kompülsiyonlar, SCH lehine ise anormal düşünce içeriği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda Correll ve ark.larının bulguları ile örtüşen tek belirti özkıyım riskidir ve Correll ve ark.ları da prodromal dönemde görülen özkıyım düşüncelerinin BB riskini 6,3 kat arttırdığını saptamışlardır. Çalışmamızda literatürle farklı sonuçlar bulmamızın sebebi, Correll'in çalışmasında BB kıyaslamak için kullandığı SCH grubunun daha çok genç yetişkinden oluşuyor olması veya örneklem sayımızın kısıtlı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

7.15. En Sık Görülen Premorbid Belirtiler

Premorbid dönemde EBP grubunda en sık görülen üç belirti: sosyal içe çekilme %43,3, sosyal iletişimi başlatmakta güçlük çekme %33,3 ve akran ilişkilerinde bozulmaydı %26,7. Ayrıca premorbid dönemde sosyal izolasyon bulunması EBP riskini 3,4 kat arttırmaktaydı. EBP grubunda 7 yaş civarında sosyal izolasyon, sosyal iletişimi sürdürmekte güçlük çekme ve akran ilişkilerinde bozulmanın, 8 yaşında dikkatle ilgili sorunlar ve sosyal fobinin, 10 yaşından itibaren akademik işlevsellikle ilgili sorunların, 12 yaşından itibaren gerçekle rüyaları veya fikirler ile algılar ve fantezi ile gerçek anılar arasındaki farkı ayırt edememe, baskıcı düşünceler ve düşünce bölünmesinden oluşan temel belirtilerin ve initial insomnia, uyku düzeninin tersine dönmesi ve uykusuzluktan oluşan uyku sorunlarının, 13 yaşından itibaren şüphecilik ve referans fikirlerinden oluşan APS semptomları ve düşünce okunmasını içeren Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomu ile birlikte eşik altı depresif belirtilerin, 14 yaşından itibaren ise uygunsuz ve künt afekt, obsesyon ve kaygılar ve psikomotor retardasyonun görülmeye başladığı saptandı.

Alanyazında ise, Alaghband-rad ve ark.larının 1995 yılında 47 çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni hastasının prepsikotik gelişimini değerlendirdiği çalışmada, olguların %48'inde dil gelişimi, %48'inde motor gelişim sorunlarının, %54'ünde ise sosyal anormalliklerinin olduğunu bildirmişlerdir (216). Şizofreni olan ebeveynlerin

çocuklarıyla yapılan prospektif izlem çalışmalarında, izlemde sonuç olarak şizofreni ortaya çıkanlarda daha yüksek oranlarda koordinasyon, hiperaktivite, akademik performansta düşüklük, emosyonel-davranışsal sorunlar ve sosyal izolasyon gibi problemler yaşadığını bildirmişlerdir (217–219). McClellan ve ark.larının 2003 yılında yaptıkları çalışmada, şizofrenisi olan gençlerde, BB ve Psikotik Bozukluk, BTA gruplarına göre daha yüksek oranda promorbid sosyal içe kapanma ve global işlevsellik kaybı olduğunu bulmuşlardır (182). Ayrıca akademik ve davranışsal problemlerin, BB ile Çocukluk Başlangıçlı Şizofreniyi ayırt etmede faydalı olmadığını, sosyal izolasyonun hastalığın erken başlangıç belirtisi olabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda zeka geriliği, gelişim geriliği ve otizm spektrum bozukluğu bir dışlama kriteri olarak belirlendiğinden, literatürden farklı olarak EBP grubunda premorbid dönemde dil-motor gelişimi ile ilgili sorunlar mevcut değildi. Buna rağmen, çalışmamızda EBP grubunda premorbid dönemde sosyal izolasyonun daha sık oluşu, gelişim öyküsünden bağımsız olarak sosyal içe kapanmanın EBP'yi öngörmede bir risk faktörü olabileceğini desteklemektedir.

BB olan ebeveynlerin çocuklarıyla yapılan prospektif izlem çalışmaları, bu risk altındaki çocuklarda yaşam boyu geniş bir spektrumda psikiyatrik semptomların görüldüğünü ve major duygudurumu ataklarının tipik olarak ergenlik döneminden önce başlamadığını ve genellikle ilk atağın MDB olduğunu göstermektedir (124,220,221). Duff ve ark.larının BB olan ebeveynlerin çocuklarıyla yaptıkları prospektif izlem çalışmasında, lityuma yanıtız olan ebeveynlerin çocuklarının çocukluk çağında DEHB, öğrenme güçlüğü gibi nörogelişimsel sorunlar ile birlikte kaygı-endişe ve uyku sorunlarının, lityuma iyi yanıt veren ebeveynlerin çocuklarında ise çocukluk çağında nörogelişimsel sorunların görülmeyip yalnızca uyku sorunları ve endişenin başlangıç gösterdiğini; erken ergenlik döneminde her iki grupta da strese duyarlılık ve minor duygudurum sorunlarının; orta-geç ergenlikte ise yine her iki grupta da ilk depresif epizotun ortaya çıktığını bildirmişlerdir (222). Ayrıca yüksek risk grubundaki olgularda çocukluk çağında anksiyete bulunmasının, major duygudurum bozukluğu görülme riskini 2,5 kat arttırdığını belirtmişlerdir (222).

Çalışmamızda premorbid dönemde BB grubunda en sık saptanan üç belirti: distraktibilite veya dikkati sürdürmede güçlük %39,4, hiperaktivite %27,3, kaygı ve endişelerdi %27,9. Ayrıca premorbid dönemde kaygı-endişelerin bulunması 5,2 kat

BB riskini arttırmaktaydı. BB grubunda 3 yaş civarında hiperaktivitenin, 5-6 yaş civarında karşıt olma karşıt gelme belirtileri, dürtüsellik ve akran ilişkilerinde bozulmanın, 7-8 yaş civarında eşik altı depresif belirtiler, sosyal izolasyon ve sosyal iletişimle ilgili sorunların, 9 yaş civarında duygudurum labilitesinin, 13-14 yaş civarında eşik altı manik belirtiler ve sosyal-akademik işlevsellikte kötüleşme ile birlikte ilk depresif atağın, 15 yaşında ise uyku ihtiyacında azalma ve eleve duygudurum belirtileri ile birlikte ilk hipo(manik) atağın başladığı saptandı. Sonuç olarak çalışmamızda BB premorbid ve prodromal dönemdeki belirtilerin ortaya çıkma yaşları literatür ile uyumluydu.

7.16. Bipolar Bozuklukta Prodromal Dönemin Varlığına İlişkin Bulgular

Çalışmamızın ilk hipotezi BB'nin full epizotu öncesinde prodromal bir dönemin var olduğuydu. Çalışmamıza aldığımız 33 BB olgusunun %94'ünde en az bir, %87,9'unda ise en az beş prodromal dönem belirtisi mevcuttu. Ayrıca BB grubunun %94'ünde prodromal dönem süresi 3 aydan daha uzun, %73,4'ünde ise 12 aydan uzundu. Bu veriler ışığında BB olgularının çok büyük bir kısmında, 12 aydan daha uzun süreyle prodromal dönem belirtilerinin görüldüğü söylenebilir. Literatürde de çalışmamızda uyumlu şekilde bipolar bozuklukta prodromal dönemin olduğuna dair birçok yayın bulunmaktadır (111,117,127,180,207,223,224).

7.17. Bipolar Bozukluğu Sağlıklı Kontrollerden Ayırt Etmekte Öngördürücü Olan Semptom Kümeleri

BB prodromal döneminde Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom dışındaki tüm belirti kümeleri, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde sağlıklı ergenlere göre çok daha sık oranda görülmekteydi. Hangi prodromal dönem semptom kümesinin BB ile SK ayırımını yapmada öngördürücü olduğunu saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulandı. Lojistik regresyon analizinde uyguladığımız model, BB'ü sağlıklı ergen grubundan ayırt etmekte hem oldukça sensitif (%92,8) hem de spesifikti (%88,8). Analize göre AMSS'nin ve ≥ 2 depresif belirtinin varlığı BB riskini arttırmaktaydı. Sonuç olarak, BB'nin prodromal dönemi ile sağlıklı ergenleri

ayırt etmede eşik altı depresif ve manik belirtilerin daha yol gösterici olabileceği söylenebilir.

7.18. Bipolar Bozukluğu Erken Başlangıçlı Psikozdan Ayırt Etmekte Öngördürücü Olan Semptom Kümeleri

Çalışmamızın hipotezlerinden birisi BB'nin prodromal dönem belirtilerinin psikotik bozukluğun prodromal dönem belirtilerinden farklı olduğuydu. Çalışmamızda EBP ile BB arasında prodromal dönemde görülen birçok belirtinin benzer olduğunu bulduk. İki hastalık grubu arasında daha önce de belirtildiği gibi, BB lehine enerji artışı, özgüven artışı, dürtüsellik, özkıyım düşünceleri, uykusuzluk, karşıt olma davranışları ve öfke patlamalarının, EBP lehine ise şüpheliğin daha sık olarak görüldüğünü saptadık. Prodromal dönem belirti kümeleri açısından ise EBP ve BB ayırımında, her iki grup arasında görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasa da ≥ 3 depresif belirti olmasının BB riskini; temel belirti, APS ve ≥ 2 negatif belirtinin bulunmasının ise EBP riskini yaklaşık olarak iki kat arttırdığı saptandı. EBP ve BB grupları arasında görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan AMSS'nin varlığının BB riskini 5,61 kat; Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomun bulunmasının ise EBP riskini 4,69 kat arttırdığı bulundu. Hangi prodromal dönem semptom kümesinin EBP ile BB ayırımını yapmada öngördürücü olduğunu saptamak amacıyla cinsiyet ve DEHB'nin var olup olmasını da değişken olarak eklenip lojistik regresyon analizi uygulandığında, Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom varlığının EBP riskini, AMSS ve DEHB varlığının ise BB riskini arttırdığı saptandı. Fakat lojistik regresyon analizinde uyguladığımız modelin hastalıkları öngörmedeki sensitivitesi %76,4, spesivitesi ise %75,8 olarak hesaplandı. Yani prodromal dönemde görülen belirtiler, EBP ve BB'u ayırt etmekte çok duyarlı ve güvenilir olmasa da, Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomun varlığı EBP için, AMSS'nin ve DEHB'nin varlığı ise BB için öngördürücüyüdü.

DEHB'nin BB için bir risk faktörü olup olmadığı tartışmalı bir konudur (190). Eğer DEHB ve BB ayrı iki hastalık olsaydı, DEHB'de BB'un görülme olasılığının %2, BB'ta DEHB'nin görülme sıklığının ise %8 civarında olması beklenirdi (190). Fakat Kowatch ve ark.ları tarafından 2005 yılında yapılan meta-analizde, çocukluk çağı

bipolar bozuklukta DEHB sıklığı %62 olarak bulunmuştur (225). Çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde BB olan grupta DEHB sıklığı %63,6 olarak bulunmuştur. BB ile DEHB arasındaki yüksek komorbiditenin birçok sebebi olabilir. Bunlardan ilki, bu iki hastalık arasında "sahte bir komorbidite"nin bulunması olabilir. Bu durumun muhtemel sebepleri: 1. Aynı gelişimsel patolojik süreçten gelen süreğen spektrum semptomlarını kategorilere ayırıp, hastalıkların tanısını bu kategoriler üzerinden koymamızdan, 2. DEHB ve BB arasındaki örtüşen tanı belirtilerinden, 3. Tanılama sistemimizde hastalıkları çok fazla kategorilere ayırmamızdan, 4. DEHB'nin BB'nin gelişimsel görünümü ya da prodromal belirtisi olmasından, 5. Çalışmalardaki dahil etme kriterleri ve hasta popülasyonundaki biastan kaynaklanıyor olabilir. İkinci olasılık ise, DEHB ve BB'un gerçekten komorbid olarak görülmesi olabilir. Bu durumda ise: 1. Bu iki hastalık ortak risk faktörlerini (düşük doğum ağırlığı, ihmalistismar, nörokognitif, genetik, afektif disfonksiyon) paylaşıyor ve bu risk faktörleri bağımsız olarak iki hastalığın oluşmasına sebep oluyor olabilir. 2. Komorbid durum, BB'nin çocukluk çağı başlangıçlı olanının bir varyantı ya da DEHB komorbiditeli BB, daha kronik seyreden ve daha çok işlevsellik kaybının olduğu bir alt çeşit olabilir. 3. DEHB, BB için bir risk faktörü olabilir (190). DEHB'deki dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite görünümüne sebep olan mekanizmanın, manideki aynı belirtilere sebep olan mekanizma ile aynı olup olmadığı bilinmemektedir fakat risk faktörleri ve bazı nörokognitif işlevsellikler açısından iki hastalık arasında örtüşmeler bulunmaktadır. Ayrıca DEHB'nin ailede çatışmaya, akran ilişkileri ve akademik işlevsellikte sorunlara, artmış madde kullanımına sebep olmasına ikincil olarak BB'nin ortaya çıkma olasılığı artabilir (190).

Beklenenin aksine, negatif belirtiler, temel belirtiler ve APS'nin varlığı, EBP ve BB gruplarını ayırt etmekte yetersizdi. Lo Cascio ve ark.larının 2016 yılında, 20 EBP, 22 psikoz için çok yüksek riskli, 27 psikotik olmayan psikiyatrik hastalığı olan ergenle yaptıkları çalışmada, EBP ve psikoz için çok yüksek risk taşıyan hastalarda, psikotik olmayan psikiyatrik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha ciddi temel düşünce ve algılama anormalliklerinin olduğunu bildirmişlerdir (EBP=%50, psikoz için çok yüksek riskli hasta grubu için=%40,9, psikotik olmayan psikiyatrik hastalığı olan grup için=%14,8) (193). Çalışmamızda da EBP grubunda %43,3 oranında en az bir temel belirtiyi görüldüğü tespit edilmiştir. Fakat

Lo Cascio ve ark.larının bulgularından farklı olarak, çalışmamızda BB grubunda temel belirti sıklığı %30,3 olarak bulundu. BB grubunda yüksek oranda temel belirti görülmesinin en önemli sebebi, düşünce bölünmesi sıklığının yüksek oluşuydu (%21,1). Çalışmamızda BB grubunda daha yüksek oranda temel belirti bulmamızın sebebi, Lo Cascio ve ark.larının yaptığı çalışmada, psikotik olmayan psikiyatrik hastalığı olan grubun büyük çoğunluğunun başta Depresif Spektrum Bozukluğu olmak üzere, Bipolar Spektrum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Yeme Bozukluğu gibi heterojen psikiyatrik hastalıklardan oluşması olabilir. Dolayısıyla, BB olan grupta da yüksek oranda temel belirtiler görülüyor olabilir ve temel belirtinin varlığı, EBP için spesifik olmayabilir.

APS belirtileri ise, EBP grubunda %40, BB grubunda ise %21,1 oranında görülmekteydi. EBP grubunda BB grubuna göre APS belirtileri nerdeyse 2 kat sıklıkta görülmesine rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilemedi. Bu durumun sebebi: 1. Çalışma gruplarımızdaki vaka sayılarının az olması, 2. BB grubunda da beklenenden daha sık APS belirtilerinin görülmesi ile ilişkili olabilir. İkinci olasılıkla uyumlu olarak, 89 psikotik olmayan ve yataklı birimde tedavi gören ergende APS kriterlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, olguların %23,6'sının APS tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (226).

Birden fazla negatif belirti görülme sıklığı, EBP grubunda %33,3 iken, BB grubunda %15,2'ydi. Yine prodromal dönemde EBP grubunda BB grubuna göre iki kat daha sıklıkta negatif belirti görülmesine rağmen, muhtemelen çalışma gruplarımızdaki olgu sayılarının yetersiz olması sebebiyle istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Ayrıca EBP grubundaki hastalardaki kadın cinsiyet baskınlığı sebebiyle de, EBP grubundaki prodromal negatif belirti kümesi sıklığı daha düşük saptanmış olabilir.

7.19. BB ile EBP Grupları Arasında Her İki Bozukluğa Ait Prodromal Belirtileri İçeren Bir Alt Grubun Varlığına İlişkin Veriler

Çalışmamızın son hipotezi ise, BB ve psikotik bozukluk tanısı almış olan hastalar arasında, her iki bozukluğa ait prodromal belirtileri birlikte içeren ayrı bir alt grup olduğuydu. Bu bulguyla uyumlu olarak, BB olan grupta %21,1 oranında APS

ve/veya Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom, EBP grubunda ise %26,7 oranında AMSS belirtisi olan olgu mevcuttu.

Werry ve ark.ları 1991 yılında yaptıkları çalışmada, EBP olan olguların %25'inin beş yıl içinde BB'ye dönüştüğünü bildirmişlerdir (88). Correll ve ark.larının 2008 yılında yaptıkları çalışmada ise, Psikotik Bozukluk, BTA ile izlenen 26 hastadan 4'ünün (%15,3), ortalama olarak 6 ay içinde BB'ye dönüştüğünü belirtmişlerdir (227). Bora ve ark. tarafından 2015 yılında yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluğun ortak genetik risk faktörlerini paylaşması nedeniyle şizofreni ile örtüşen ve ayrışan iki tipinin olabileceği, şizofreni ile örtüşen alt tipinin mood semptomlarına ek olarak psikotik bulgular gösterebileceği ve bu tipte görülen kognitif defisitlerin gelişimsel yörüngesinin şizofreni ile benzer olduğu; fakat diğer alt tipinde ise, premorbid kognitif defisitlerin olmadığı ve mizaç özellikleri nedeniyle kontrol grubuna göre bu alt tipte daha yüksek premorbid işlevselliğinin olduğu belirtilmiştir (228).

Çalışmamızda BB grubunda, ERİraos'a göre psikoz için geç prodrom tanı kriterini karşılayanlar ile karşılamayanların premorbid işlevsellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Fakat Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom tanı kriterini karşılayan BB olan iki olgunun premorbid işlevsellikleri, olmayanlara göre nerdeyse iki kat daha kötü bulunmuştur. Fakat BB grubundaki olgu sayısının yetersiz olması sebebiyle, bu gruptaki premorbid işlevselliğin daha kötü olduğunu söylemek güçtür. Ayrıca, ERİraos'a göre psikoz için geç prodrom tanı kriterini karşılayan BB olan gençlerde psikotik bulgulu duygudurum epizotu geçirme oranı %87,5 olarak tespit edildi. Psikoz için geç prodrom tanı kriterini karşılayan BB olgular ile karşılamayanlar arasında, psikotik bulgulu duygudurum epizotu geçirme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmamızdaki psikoz için geç prodrom tanı kriterini karşılayan BB olgularının prospektif izlemi önemlidir. Prospektif izlemde, bu olguların psikotik bozukluğa dönüşüp dönüşmeyecekleri, psikotik bozukluğa dönüşen BB olgularındaki hangi risk faktörlerinin bu dönüşümü öngördüğünü saptamak, klinikte bu hastalara yaklaşım konusunda yol gösterici olabilir.

8. SONUÇLAR

Bu çalışmada bipolar bozukluk olan ergenlerin full epizot öncesinde prodromal belirtiler yaşayıp yaşamadıkları, eğer prodromal dönem yaşıyorlarsa bu belirtilerin psikotik bozukluğu olan ergenlerin ilk psikotik atak öncesi yaşadığı prodromal belirtilerden ve aynı yaş grubundaki sağlıklı ergenlerde var olan semptomlardan farklı olup olmadığı ve bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk olan ergenlerdeki ortalama prodromal dönem süresinin saptanması amaçlanmıştır.

Sonuçta BB olgularının %94'ünde en az bir, %87,9'unda ise en az beş, EBP olgularının ise %98,3'ünde en az bir, %80'inde ise en az beş prodromal dönem belirtisinin olduğu, BB grubunda prodromal dönemin ortalama olarak 26,3 ay olduğu, olguların %90'ında prodromal dönemin 3 aydan, %73,4'ünde ise 12 aydan uzun olduğu, EBP grubunda ise prodromal dönemin ortalama 22,6 ay olduğu, olguların %90'ında prodromal dönem süresinin 3 aydan uzun, %87,9'unda ise 12 aydan uzun olduğu, en az beş belirti bulunan EBP ve BB olgularının tamamında prodromal dönemin 12 aydan uzun olduğu saptanmıştır.

BB grubunda görülen prodromal belirtilerin çoğunlukla genel belirti, eşik altı depresif belirti ve eşik altı manik belirti semptom kümelerinden oluştuğu, %50'den fazla görülen belirtilerin depresif duygudurum (%66,7), sinirlilik (%63,6), karşıt olma davranışları (%51,5), okul işlevselliğinde bozulma (%51,5)'dan oluştuğu tespit edilmiştir.

BB prodromal döneminde görülen Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom dışındaki belirti kümelerinin sağlıklı ergenlerde görülen belirtilerden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha sık olduğu saptandı. Hangi prodromal dönem semptom kümesinin BB ile SK ayrımını yapmada öngördürücü olduğunu saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulandığında ise AMSS'nin ve ≥ 2 depresif belirtinin varlığının BB riskini arttırdığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda EBP ile BB arasında prodromal dönemde görülen birçok belirtinin benzer sıklıkta bulunduğu, EBP ve BB grupları arasında, prodromal dönemde görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren belirtilerden; enerji artışının 12,6 kat, özgüven artışının 12,6 kat, dürtüselliğin 7 kat, özkıyım düşüncelerinin 6,6 kat, uykusuzluğun 4,5 kat, karşıt olma davranışlarının 4,2

kat, öfke patlamalarının 3,3 kat BB riskini, şüpheliğin olmasının ise 11,96 kat EBP riskini artırdığı tespit edildi. Prodromal dönem belirti kümeleri açısından ise EBP ve BB ayrımında, her iki grup arasında görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasa da ≥ 3 depresif belirti olmasının BB riskini; temel belirti, APS ve ≥ 2 negatif belirtinin bulunmasının ise EBP riskini yaklaşık olarak iki kat arttırdığı saptandı. EBP ve BB grupları arasında görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan AMSS'nin varlığının BB riskini 5,61 kat; Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomun bulunmasının ise EBP riskini 4,69 kat arttırdığı bulundu. Hangi prodromal dönem semptom kümesinin EBP ile BB ayrımını yapmada öngördürücü olduğunu saptamak amacıyla cinsiyet ve DEHB'nin var olup olmasını da değişken olarak eklenip lojistik regresyon analizi uygulandığında, Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom varlığının EBP riskini, AMSS ve DEHB varlığının ise BB riskini arttırdığı saptandı.

9. KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamız tipi kesitsel ve tanımlayıcı özelliğindedir. Bu tür vaka kontrol araştırmalarında seçilen vaka ve kontrol grupları tüm evreni temsil etmedikleri için sonuçları topluma genellemek mümkün değildir ve araştırılan konu hakkında kabaca bir fikir vermektedirler. Çalışmamızdaki bulguların izlem çalışmalarısıyla desteklenmesi bu alandaki verileri güçlendirecektir.

Erken başlangıçlı psikozun toplumda nadir görülen bir hastalık olması örneklem büyüklüğünü kısıtlamıştır. Hem hasta hem kontrol grubundaki vakaların sayısının artırılarak çalışmanın tekrarlanması, daha sağlıklı ve güvenilir sonuçlar elde edilmesine olanak sağlayacaktır.

Çalışmamız tek merkezde yapılmıştır. Bu durum farklı sosyodemografik ve kültürel özelliklerin yaşam kalitesi ve psikopatoloji üzerine etkilerini gözlemlememize engel olmuş olabilir. Çok merkezli yapılacak bir çalışmayla elde edilecek sonuçların farklı olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle benzer metodoloji ile çok merkezli yapılacak çalışmalara, bu alanda ihtiyaç vardır.

Hasta gruplarının literatür ile uyumsuz bir şekilde kız cinsiyet lehine fazla olması cinsiyet ile ilgili kontrol grubu ile eşleşme yapmayı zorlaştırmıştır.

Çalışmamızda olguların mental kapasitesi klinik olarak değerlendirilmiştir. WISC-R ile mental kapasitenin değerlendirilmemiş olması kısıtlılık olarak kabul edilebilir.

Olguların 3. Basamak bir üniversite hastanesinden seçilmiş olması, çalışma grubunun bu hastalıklara dair evrenin nispeten daha kötü bir örneklemine temsil ediyor olabileceğini düşündürmektedir.

10. ÖZET

Giriş: Bipolar bozukluk, bozulmuş aile ve arkadaşlık ilişkileri, kötü akademik performans, hospitalizasyon, intihar girişimleri gibi belirgin problemlere yol açan halk sağlığı sorunudur. Yüksek morbidite, mortalite ve kronik seyir göz önüne alındığında, bipolar bozuklukta erken tanı ve tedavinin kritik olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, bipolar bozukluğu olan ergenlerin hastalık tanısı almadan önce öncül belirtiler yaşayıp yaşamadığı, öncül belirtiler yaşıyorlarsa bu belirtilerin bipolar bozukluğa özgü olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: 13-19 yaş aralığında toplam 121 olgu (30 erken başlangıçlı psikoz (EBP), 33 bipolar bozukluk (BB) ve hasta grubu ile yaş ve sosyo-ekonomik seviye bakımından eşlenmiş 58 sağlıklı kontrol (SK)) çalışmaya alındı. Tüm olgulara sosyodemografik veri formu, ÇDŞG-ŞY, Çocukların Global Değerlendirme Skalası ve Premorbid Uyum Ölçeği uygulandı. EBP grubundaki hastalar için ilk psikotik atak dönemindeki ve son değerlendirmedeki Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği puanları, BB grubu için yaşam boyu çizelgesi, ÇDŞG-ŞY sonuçları, 2 çocuk ve bir yetişkin psikiyatristinden oluşan juriye sunuldu ve hastanın tanısı üç kişilik jürinin ortak karara varması durumunda kabul edildi. Prodromal dönemin sorgulanması için, her hastaya literatürden faydalanarak oluşturulmuş 79 belirtinin ilk atak öncesinde var olup olmadığı, varsa şiddeti, sıklığı ve kötüleşmesi sorgulandı. Yalnızca orta ve ciddi seviyede olan ve ilk manik atak veya psikotik atak öncesinde yeni ortaya çıkan veya kötüleşen semptomlar prodromal belirti olarak kabul edildi.

Bulgular: BB grubunda ortalama prodromal dönem süresi $26,3 \pm 10$ ay, EBP grubunda $23,3 \pm 12,1$ aydı. BB grubunun %87,9'unda, EBP grubunun ise %73,4'ünde prodromal dönem 12 aydan uzundu. BB grubunda görülen prodromal belirtiler çoğunlukla genel belirti, eşik altı depresif belirti ve eşik altı manik belirti semptom kümelerinden oluşmaktaydı ve olguların %50'den fazla görülen belirtiler: depresif duygudurum (%66,7), sinirlilik (%63,6), karşıt olma davranışları (%51,5), okul işlevselliğinde bozulmaydı (%51,5). Prodromal semptomların çoğu, EBP ve BB gruplarında benzer sıklıkta görülmekteydi. Yalnızca enerji artışı, özgüven artışı, dürtüsellik, özkıyım düşünceleri, uykusuzluk, karşıt olma davranışları ve öfke patlamaları BB grubunda, şüphecilik ise EBP grubunda, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek

sıklıktaydı. Prodromal dönem belirti kümeleri açısından ise EBP ve BB ayrımında, her iki grup arasında görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasa da ≥ 3 depresif belirti olmasının BB riskini; temel belirti, APS ve ≥ 2 negatif belirtinin bulunmasının ise EBP riskini yaklaşık olarak iki kat arttırdığı saptandı. EBP ve BB grupları arasında görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan AMSS'nin varlığının BB riskini 5,61 kat; Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptomun bulunmasının ise EBP riskini 4,69 kat arttırdığı bulundu. BB grubunu SK'den ve EBP'den ayırt etmekte ön gördürücü olan semptom kümeleri lojistik regresyon aracılığıyla değerlendirildi. Analize göre, SK ile kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde AMSS'nin ($p=0,034$) ve ≥ 2 depresif belirtinin ($p=0,007$) varlığının BB riskini arttırdığı tespit edildi. BB ile EBP ayrımında ise yine istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom ($p=0,016$) varlığının EBP riskini, AMSS ($p=0,003$) ve DEHB ($p=0,012$) varlığının ise BB riskini arttırdığını saptandı.

Sonuç: BB'nin işlevselliği yaşam boyu ciddi derecede etkileyen, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden psikiyatrik bir bozukluk olması sebebiyle, prodromal dönem, hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi, geciktirilmesi ya da şiddetinin hafifletilmesi açısından önemli bir hedefdir. Çalışmamızda BB olan ergenlerin çok büyük kısmında erken müdahaleye imkan tanıyacak uzunlukta prodromal dönem olduğu, özellikle eşik altı ve manik belirti kümesinin BB'yi SK'dan ayırt edici olduğu, EBP ile BB'nin prodromal dönemlerinin ayırt edilmesinde ise Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom, AMSS belirti kümesi ve DEHB tanısının yol gösterici olabileceği bulunmuştur.

11. ABSTRACT

Introduction: Bipolar disorder (BD) is a public health problem which leads to problems such as impaired family and peer relationship, poor academic performance, hospitalization, suicidal attempts. Considering high morbidity, mortality and chronic course, early diagnosis and intervention of BD seems to be critical. In this study, it was aimed to determine if adolescents with BD experience prodromal symptoms before first full episode. If prodromal stage was present, it was also proposed to find specificity and sensitivity of these symptoms for BD.

Method: 121 adolescents (30 early onset psychosis (EOP), 33 bipolar disorder (BD), 58 healthy control who was matched with the study groups according to age and socioeconomic status) aged between 13-19 were recruited to study. Sociodemographic data form, K-SADS, Childhood Global Assessment Scale, and Premorbid Adjustment Scale were applied to each patient. Total scores of Positive and Negative Syndrome Scale at the first psychotic episode and final evaluation for EOP group, lifechart for BD group, and results of K-SADS were presented to a jury consisting of two child and one adult psychiatrist. Diagnosis of the patient was accepted if the three-person jury had a joint decision. In order to evaluate the prodromal stage, each patient was questioned whether or not there were 79 symptoms, formed according to literature, before their first full psychotic or manic episode. If symptom was present, severity, frequency, and worsening were assessed. Only at least at moderate severity, newly emerging or worsening symptoms prior to the first manic episode or psychotic episode were considered as a prodromal symptom.

Results: Average duration of prodromal stage was $26,3 \pm 10$ and $23,3 \pm 12,1$ months in BD and EOP, respectively. Prodromal stage was longer than 12 months in 87,9% of the BD group and 73,4% of the EOP group. Most prevalent prodromal symptom clusters seen in BD consisted general symptoms, attenuated manic and depressive symptoms. Symptoms frequent than 50% of the cases were: depressive mood (66,7%), irritability (63,6%), oppositional behaviors (51,5%), and impaired school functioning (51,5%). Most of the prodromal symptoms were similar in BD and EOP. Only increased energy, inflated self esteem, impulsivity, suicidal thoughts, sleeplessness, oppositional behaviors and temper tantrums were more prevalent in BD; on the other

hand, suspiciousness was more frequent in EOP as statistically significant. In terms of prodromal symptom clusters, despite lack of statistically significant differences between groups, approximately two fold increased risk was detected when presence of ≥ 3 depressive symptoms for BD; presence of basic symptoms, APS, and ≥ 2 negative symptoms for EOP. On the other hand, there was a statistically significant difference in the prevalence of AMSS and BLIPS between the EOP and BD groups. The presence of AMSS had 5,61 fold and the presence of BLIPS had 4,69 fold increased risk for BD and EOP, respectively. Logistic regression analyses were used to predict which prodromal symptom clusters predictive of distinguishing BD group from EOP and healthy controls. It was revealed that presence of AMSS ($p=0,034$) and ≥ 2 depressive symptom ($p=0,007$) increased the risk of BD compared to healthy controls. Differentiating BD from EOP, presence of AMSS ($p=0,003$) and ADHD ($p=0,012$) increased risk of BD; however, presence of BLIPS ($p=0,016$) enhanced risk of EOP.

Conclusion: Since BD is a psychiatric disorder impairing lifelong functioning, causing high morbidity and mortality, the prodromal stage of it is an important target in terms of preventing, delaying or alleviating the severity of the disease. In our study, we found prodromal period that was long enough to allow for early intervention in the majority of adolescents with bipolar disorder. It was revealed that especially attenuated manic and depressive symptom clusters were differentiating BD from healthy controls. Otherwise, symptom clusters of BLIPS-AMSS, and ADHD diagnosis could be guide in differentiating of BD and EOP in prodromal stage.

12. KAYNAKLAR

1. Geoffroy PA, Scott J. Prodrome or risk syndrome: what's in a name? *Int J Bipolar Disord* [Internet] Springer Berlin Heidelberg, 2017; 5:7. Available from: <http://journalbipolar disorders.springeropen.com/articles/10.1186/s40345-017-0077-5>
2. Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'olio M, Francey SM, Cosgrave EM, Killackey E. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Aust N Z J Psychiatry* Taylor & Francis, 2005; 39:964–71.
3. Geoffroy PA, Etain B, Scott J, Henry C, Jamain S, Leboyer M, Bellivier F. Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: Importance of the time of onset. *Journal of Physiology Paris*. 2013, p. 278–85.
4. Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Ryan N, Leonard H, Hunt J, Iyengar S, Keller M. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] American Medical Association, 2006 [cited 2016 Jan 8]; 63:175–83. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209320>
5. Dulcan MK. *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry*. American Psychiatric Pub, 2015,
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. *Diagnostic Stat Man Ment Disord 4th Ed TR* 2013;280.
7. Schimmelmann BG, Schmidt SJ, Carbon M, Correll CU. Treatment of adolescents with early-onset schizophrenia spectrum disorders: in search of a rational, evidence-informed approach. *Curr Opin Psychiatry LWW*, 2013; 26:219–30.
8. Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur*

Neuropsychopharmacol Elsevier, 2011; 21:655–79.

9. McClellan J, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] Elsevier Inc, 2013; 52:976–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.008>
10. Starling J, Feijo I, Franzcp JS. Chapter Psychotic Disorders of Early Onset. In *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health 2012*, p. 1–22.
11. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, McGorry PD. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res Elsevier*, 2003; 60:21–32.
12. McGorry PD, McFarlane C, Patton GC, Bell R, Hibbert ME, Jackson HJ, Bowes G. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatr Scand Wiley Online Library*, 1995; 92:241–9.
13. Frazier JA, McCLELLAN JON, Findling RL, Vitiello B, Anderson R, Zablotsky B, Williams E, McNAMARA NK, Jackson JA, Ritz L. Treatment of early-onset schizophrenia spectrum disorders (TEOSS): demographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Elsevier*, 2007; 46:979–88.
14. Jarbin H, Ott Y, Von Knorring A-L. Adult outcome of social function in adolescent-onset schizophrenia and affective psychosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Elsevier*, 2003; 42:176–83.
15. Remschmidt HE, Schulz E, Martin M, Warnke A, Trott G-E. Childhood-Onset Schizophrenia: History of the Concept and Recent Studies. *Schizophr Bull* [Internet] 1994; 20:727–45. Available from: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org.libproxy.uncg.edu/content/20/4/727%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7701279%5Cnhttp://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org.libproxy.uncg.edu/content/20/4/727.abstract?sid=6aa6e3a5-e446-44a0-9a17-805>
16. Rutter M, Lockyer L. A five to fifteen year follow-up study of infantile

- psychosis. I. Description of sample. *Br J Psychiatry* 1967; 113:1169–82.
17. Rutter M, Shaffer D, Shepherd M. An evaluation of the proposal for a multi-axial classification of child psychiatric disorders. *Psychol Med* Vol 3(2) May 1973, 244-250 Cambridge Univ Press US 1973;
 18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition*. 1980, 1-507 p.
 19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised) (DSM-III-R) [Internet]. Washington, DC: The Association. 1987, Available from:
http://scholar.google.com/scholar?hl=en&q=Diagnostic+and+Statistical+manual&btnG=&as_sdt=1,5&as_sctp=#2
 20. Association D-5 AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington Am ... [Internet] 2013 [cited 2016 Jan 16]; Available from:
<http://www.lsw2014.org/StanMcCrackenDSMV.pdf>
 21. Driver DI, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* Elsevier, 2013; 22:539–55.
 22. Keshavan MS, Berger G, Zipursky RB, Wood SJ, Pantelis C. Neurobiology of early psychosis. In *British Journal of Psychiatry* 2005,
 23. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts”: What we know in 2008. Part 3: Neurobiology. *Schizophrenia Research*. 2008, p. 89–107.
 24. Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry* [Internet] 2012; 17:1228–38. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3504171&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 25. Rapoport JL, Gogtay N. Childhood onset schizophrenia: Support for a progressive neurodevelopmental disorder. *International Journal of*

- Developmental Neuroscience. 2011, p. 251–8.
26. Feinberg I. Schizophrenia: Caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *J Psychiatr Res* 1982; 17:319–34.
 27. Gogos JA, Gerber DJ. Schizophrenia susceptibility genes: emergence of positional candidates and future directions. *Trends in Pharmacological Sciences*. 2006, p. 226–33.
 28. Miyamoto S, Lamantia AS, Duncan GE, Sullivan P, Gilmore JH, Lieberman JA, Health M, Clinical N, Hill C. Recent Advances in the Neurobiology of Schizophrenia. *Mol Interv* 2003; 3:27–39.
 29. Kleinman JE, Law AJ, Lipska BK, Hyde TM, Ellis JK, Harrison PJ, Weinberger DR. Genetic neuropathology of schizophrenia: New approaches to an old question and new uses for postmortem human brains. *Biological Psychiatry*. 2011, p. 140–5.
 30. Marín O. Interneuron dysfunction in psychiatric disorders. *Nat Rev Neurosci* [Internet] 2012; 13:107–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn3155>
 31. Henn FA. Dopamine: A marker of psychosis and final common driver of schizophrenia psychosis. *American Journal of Psychiatry* 2011; 168:1239–40.
 32. Lewis D a, Gonzalez-Burgos G. Neuroplasticity of neocortical circuits in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* [Internet] 2008; 33:141–65. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17805309<http://www.nature.com/npp/journal/v33/n1/pdf/1301563a.pdf>
 33. Wright IC, Rabe-Hesketh S, Woodruff PWR, David AS, Murray RM, Bullmore ET. Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157:16–25.
 34. Shenton ME, Dickey CC, Frumin M, McCarley RW. A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 49:1–52.
 35. Gogtay N. Cortical brain development in schizophrenia: Insights from

- neuroimaging studies in childhood-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2008, p. 30–6.
36. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis a C, Nugent TF, Herman DH, Clasen LS, Toga AW, Rapoport JL, Thompson PM. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet] 2004; 101:8174–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15148381>
 37. Gogtay N, Sporn A, Clasen LS, Nugent TF, Greenstein D, Nicolson R, Giedd JN, Lenane M, Gochman P, Evans A, Rapoport JL. Comparison of progressive cortical gray matter loss in childhood-onset schizophrenia with that in childhood-onset atypical psychoses. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 2004; 61:17–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14706940>
 38. Sporn AL, Greenstein DK, Gogtay N, Jeffries NO, Lenane M, Gochman P, Clasen LS, Blumenthal J, Giedd JN, Rapoport JL. Progressive brain volume loss during adolescence in childhood-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160:2181–9.
 39. Dulcan MK. Dulcan’s textbook of child and adolescent psychiatry (2nd ed.). [Internet]. (2016).Dulcan’s textbook of child and adolescent psychiatry (2nd ed.). 2016, In.; US-In.; US Available from: <http://ovidsp.ovid.com/athens/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc11&AN=2015-45724-000%5Cnhttp://libsrv-nhr-01.core.canterbury.ac.uk:9003/sfx?&sid=OVID:PsycINFO&id=pmid:&id=doi:10.1176/appi.books.9781615370306&issn=&isbn=9781585624935&volume>
 40. Green WH, Padron-Gayol M, Hardesty AS, Bassiri M. Schizophrenia with childhood onset: a phenomenological study of 38 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Elsevier*, 1992; 31:968–76.
 41. Caplan R, Guthrie D, Fish B, Tanguay PE, David-Lando G. The kiddie formal thought disorder rating scale: clinical assessment, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Elsevier*, 1989; 28:408–16.

42. DSM-IV. APATF. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision [Internet]. Text. 2000, 943 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders#3>
43. American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Am Psychiatr Assoc Washington, ... [Internet] 2013;19. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Highlights+of+Changes+from+DSM-IV-TR+to+DSM-5#0>
44. Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. Am J Psychiatry American Psychiatric Association, 1995; 152:967.
45. Chapman LJ, Chapman JP. The search for symptoms predictive of schizophrenia. Schizophr Bull National Institute of Mental Health, 1987; 13:497.
46. Hafner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand John Wiley and Sons, 1999; 100:105–18.
47. Sullivan HS. The onset of schizophrenia. Am J Psychiatry American Psychiatric Assn, 1994;
48. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. Schizophr Bull MPRC, 1996; 22:353–70.
49. Keshavan MS, DeLisi LE, Seidman LJ. Early and broadly defined psychosis risk mental states. Schizophr Res 2011; 126:1–10.
50. Berk M, Conus P, Lucas N, Hallam K, Malhi GS, Dodd S, Yatham LN, Yung A, McGorry P. Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. Bipolar Disord [Internet] 2007 [cited 2016 Jan 9]; 9:671–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-5618.2007.00484.x>
51. McGorry PD. Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. Am Psychiatric

Assoc, 2007,

52. Cannon TD, Kaprio J, Lönnqvist J, Huttunen M, Koskenvuo M. The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort: a population-based modeling study. *Arch Gen Psychiatry American Medical Association*, 1998; 55:67–74.
53. De La Serna E, Baeza I, Andrés S, Puig O, Sánchez-Guistau V, Romero S, Bernardo M, Moreno D, Noguera A, Castro-Fornieles J. Comparison between young siblings and offspring of subjects with schizophrenia: Clinical and neuropsychological characteristics. *Schizophr Res* 2011; 131:35–42.
54. Debbané M, Barrantes-Vidal N. Schizotypy from a developmental perspective. *Schizophr Bull MPRC*, 2015; 41:S386–95.
55. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, Riecher-Rössler A, van der Gaag M, Meneghelli A, Nordentoft M, Marshall M, Morrison A, Raballo A, Klosterkötter J, Ruhrmann S. EPA guidance on the early detection in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 2015; 30:388–404.
56. Yung AR, Nelson B, Baker K, Buckby JA, Baksheev G, Cosgrave EM. Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry Taylor & Francis*, 2009; 43:118–28.
57. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med Cambridge Univ Press*, 2012; 42:1857–63.
58. Kaymaz N, Drukker M, Lieb R, Wittchen H-U, Werbeloff N, Weiser M, Lataster T, Van Os J. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychol Med Cambridge Univ Press*, 2012; 42:2239–53.
59. Fisher HL, Caspi A, Poulton R, Meier MH, Houts R, Harrington H,

- Arseneault L, Moffitt TE. Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: a birth cohort study. *Psychol Med* Cambridge Univ Press, 2013; 43:2077–86.
60. Amminger GP, Pape S, Rock D, Roberts SA, Ott SL, Squires-Wheeler E, Kestenbaum C, Erlenmeyer-Kimling L. Relationship between childhood behavioral disturbance and later schizophrenia in the New York High-Risk Project. *Am J Psychiatry* [Internet] 1999 [cited 2017 Jun 6]; 156:525–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10200729>
 61. Keshavan M, Montrose DM, Rajarethinam R, Diwadkar V, Prasad K, Sweeney JA. Psychopathology among offspring of parents with schizophrenia: relationship to premorbid impairments. *Schizophr Res* [Internet] NIH Public Access, 2008 [cited 2017 Jun 6]; 103:114–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18442896>
 62. Stone WS, Faraone S V, Seidman LJ, Green AI, Wojcik JD, Tsuang MT. Concurrent validation of schizotaxia: a pilot study. *Biol Psychiatry* Elsevier, 2001; 50:434–40.
 63. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A, Ruhrmann S. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry* Wiley Online Library, 2011; 10:165–74.
 64. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, Keshavan M, Wood S, Ruhrmann S, Seidman LJ. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry* American Medical Association, 2013; 70:107–20.
 65. McGlashan T, Walsh B, Woods S. *The psychosis-risk syndrome: handbook for diagnosis and follow-up*. Oxford University Press, 2010,
 66. Yung A, Phillips L, Simmons MB, Ward J, Thompson K, French P, McGorry P. *CAARMS: Comprehensive Assessment of At Risk Mental States*. Melbourne, Aust PACE Clin 2006;
 67. Riecher-Rössler A, Aston J, Ventura J, Merlo M, Borgwardt S, Gschwandtner U, Stieglitz R-D. *Das Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP):*

Entwicklung, Aufbau, Reliabilität und Validität. Fortschritte der Neurol · Psychiatr [Internet] © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York, 2008 [cited 2017 Jun 7]; 76:207–16. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2008-1038155>

68. Maurer K, Horrmann F, Trendler G, Schmidt M, Hafner H. Identification of psychosis risk by the Early Recognition Inventory (ERiraos)-description of the schedules and preliminary results on reliability and validity of the checklist. *Nervenheilkunde* 2006; 25:11–+.
69. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet] Oxford University Press, 1987 [cited 2017 Jun 7]; 13:261–76. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/schbul/13.2.261>
70. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F, G H, G G, R S, M L, (ed) GG, (ed) HG, G G, K K, H S, G G, G H, J K, M L, G G, G H, et al. Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] Sage Publications, Newbury Park, London, New Dehli, 2001 [cited 2017 Jun 7]; 58:158. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.58.2.158>
71. Schultze-Lutter F. Subjective Symptoms of Schizophrenia in Research and the Clinic: The Basic Symptom Concept. *Schizophr Bull* [Internet] Giovanni Fioriti Editore s.r.l., Rom, 2009 [cited 2017 Jun 7]; 35:5–8. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/schbul/sbn139>
72. Fux L, Walger P, Schultze-Lutter F. The Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth Version (spi-cy): A pilot study on its discriminative validity and feasibility of assessment. *Early Interv Psychiatry* 2012; 6:58.
73. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, Barale F, Caverzasi E, McGuire P. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* American Medical Association, 2012; 69:220–9.

74. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods SW, Addington J, Nelson B, Nieman DH, Stahl DR, Rutigliano G, Riecher-Rössler A. Heterogeneity of psychosis risk within individuals at clinical high risk: a meta-analytical stratification. *JAMA psychiatry American Medical Association*, 2016; 73:113–20.
75. Lambert M, Niehaus V, Correll C. Pharmacotherapy in Children and Adolescents at Clinical-High Risk for Psychosis and Bipolar Disorder. *Pharmacopsychiatry* 2016; 49:229–44.
76. Koutsouleris N, Borgwardt S, Meisenzahl EM, Bottlender R, Möller H-J, Riecher-Rössler A. Disease prediction in the at-risk mental state for psychosis using neuroanatomical biomarkers: results from the FePsy study. *Schizophr Bull [Internet]* Oxford University Press, 2012 [cited 2017 Jun 7]; 38:1234–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22080496>
77. Koutsouleris N, Davatzikos C, Bottlender R, Patschurek-Kliche K, Scheuerecker J, Decker P, Gaser C, Möller H-J, Meisenzahl EM. Early recognition and disease prediction in the at-risk mental states for psychosis using neurocognitive pattern classification. *Schizophr Bull Oxford University Press*, 2012; 38:1200–15.
78. Nieman DH, Ruhrmann S, Dragt S, Soen F, van Tricht MJ, Koelman JHTM, Bour LJ, Velthorst E, Becker HE, Weiser M. Psychosis prediction: stratification of risk estimation with information-processing and premorbid functioning variables. *Schizophr Bull Oxford University Press*, 2014; 40:1482–90.
79. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RKR, Heinimaa M, Linszen D, Dingemans P, Birchwood M, Patterson P, Juckel G, Heinz A. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Arch Gen Psychiatry American Medical Association*, 2010; 67:241–51.
80. Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*. 2003,

81. Hlastala SA, McClellan J, S.A. H. Phenomenology and diagnostic stability of youths with atypical psychotic symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet] 2005; 15:497–509. Available from:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=2005384632%5Cnhttp://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-23944507485&partnerID=40&md5=20a68dc566e202e98df7c85beed5e446>
82. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J, McIntyre JS, Charles SC, Altshuler K. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* American Psychiatric Association, 2004; 161
83. Jones PB, Barnes TRE, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, Murray RM, Markwick A, Lewis SW. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CULASS 1). *Arch Gen Psychiatry* American Medical Association, 2006; 63:1079–87.
84. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RSE, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* Mass Medical Soc, 2005; 2005:1209–23.
85. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. İşeri E, Çocukluk Çağı Şizofrenisi 1inci Baskı, Ankara Hekimler Yayın Birliği 2008;470–7.
86. Asarnow JR, Tompson MC, McGrath EP. Annotation: Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *J Child Psychol Psychiatry* Wiley Online Library, 2004; 45:180–94.
87. Biederman J, Petty C, Faraone S V, Seidman L. Phenomenology of childhood psychosis: Findings from a large sample of psychiatrically referred youth. *J Nerv Ment Dis* LWW, 2004; 192:607–14.

88. 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 Elsevier*, 1991; 30:457–65.
89. WHO. Promoting mental health. *N C Med J* 1950; 11:17–23.
90. Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] 1995; 34:754–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199506000-00016%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7608049>
91. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çetin FÇPBÜF, editor. Gökler B, Bipolar Duygudurum Bozukluğu, birinci Baskı, Ankara Hekimler Yayın Birliği 2008;383–93.
92. Perlis RH, Dennehy EB, Miklowitz DJ, Delbello MP, Ostacher M, Calabrese JR, Ametrano RM, Wisniewski SR, Bowden CL, Thase ME, Nierenberg AA, Sachs G. Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: results from the STEP-BD study. *Bipolar Disord* [Internet] 2009; 11:391–400. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3992980&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
93. Robb AS. Bipolar disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* [Internet] 1999; 11:317–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10439204>
94. Althoff RR, Faraone S V., Rettew DC, Morley CP, Hudziak JJ. Family, twin, adoption, and molecular genetic studies of juvenile bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2005, p. 598–609.
95. Carlson G a, Klein DN. How to understand divergent views on bipolar disorder in youth. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet] 2014; 10:529–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24387237>
96. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E. Prevalence, Clinical Correlates,

and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children. *Biol Psychiatry* 2006; 60:991–7.

97. Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimmerman B, Strauss N a, Kaufmann P. Controlled, blindly rated, direct-interview family study of a prepubertal and early-adolescent bipolar I disorder phenotype: morbid risk, age at onset, and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:1130–8.
98. Rende R, Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Ryan N, Leonard H, Hunt J, Iyengar S, Keller M. Childhood-onset bipolar disorder: Evidence for increased familial loading of psychiatric illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] 2007; 46:197–204. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2041890&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
99. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff KD, Nolen WA, Altshuler LL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Autio KA, Post RM. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry* 2002; 51:288–97.
100. Geller B, Tillman R, Craney JL, Bolhofner K. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:459–67.
101. Meyer SE, Carlson G a, Wiggs E a, Ronsaville DS, Martinez PE, Klimes-Dougan B, Gold PW, Radke-Yarrow M. A prospective high-risk study of the association among maternal negativity, apparent frontal lobe dysfunction, and the development of bipolar disorder. *Dev Psychopathol* [Internet] 2006; 18:573–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16600068>
102. O’Connor MJ, Shah B, Whaley S, Cronin P, Gunderson B, Graham J. Psychiatric illness in a clinical sample of children with prenatal alcohol exposure. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet] 2002; 28:743–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12492268>
103. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and

- developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2005, p. 1043–75.
104. Strakowski SM, Adler CM, Almeida J, Altshuler LL, Blumberg HP, Chang KD, Delbello MP, Frangou S, McIntosh A, Phillips ML, Sussman JE, Townsend JD. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: A consensus model. *Bipolar Disorders*. 2012, p. 313–25.
105. Wang F, Bobrow L, Liu J, Spencer L, Blumberg HP. Corticolimbic functional connectivity in adolescents with bipolar disorder. *PLoS One* [Internet] 2012; 7:e50177. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23185566>
106. Terry J, Lopez-Larson M, Frazier JA. Magnetic Resonance Imaging Studies in Early Onset Bipolar Disorder: An Updated Review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009, p. 421–39.
107. Schneider MR, Delbello MP, McNamara RK, Strakowski SM, Adler CM. Neuroprogression in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2012, p. 356–74.
108. Axelson DA, Birmaher B, Strober MA, Goldstein BI, Ha W, Gill MK, Goldstein TR, Yen S, Hower H, Hunt JI, Liao F, Iyengar S, Dickstein D, Kim E, Ryan ND, Frankel E, Keller MB. Course of subthreshold bipolar disorder in youth: diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] Elsevier, 2011 [cited 2015 Dec 23]; 50:1001–16.e3. Available from: <http://www.jaacap.com/article/S0890856711005806/fulltext>
109. Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon JS, Faraone S V, Mundy E, Mennin D. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] Elsevier, 1995 [cited 2016 Jan 8]; 34:867–76. Available from: <http://www.jaacap.com/article/S0890856709635978/fulltext>
110. Faedda L, Baldessarini RJ, Suppes T, Tondo L, Becker I, Lipschitz DS. Pediatric-Onset Bipolar Disorder: A Neglected Clinical and Public Health Problem Gianni. *Harv Rev Psychiatry* [Internet] Taylor & Francis, 2009 [cited 2016 Jan 8]; Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10673229509017185>

111. Faedda GL, Baldessarini RJ, Glovinsky IP, Austin NB. Pediatric bipolar disorder: Phenomenology and course of illness. *Bipolar Disord* 2004; 6:305–13.
112. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet* [Internet] 2011 [cited 2017 Jun 4]; 377:2093–102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21652063>
113. Birmaher B. Longitudinal course of pediatric bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164:537–9.
114. Begley CE, Annegers JF, Swann AC, Lewis C, Coan S, Schnapp WB, Bryant-Comstock L. The Lifetime Cost of Bipolar Disorder in the US. *Pharmacoeconomics* [Internet] Springer International Publishing, 2001 [cited 2017 Jun 9]; 19:483–95. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/00019053-200119050-00004>
115. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Salamero M, Kapczinski F, Vieta E. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord* [Internet] 2009 [cited 2016 Jan 8]; 11:401–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19500093>
116. Correll CU, Hauser M, Auther AM, Cornblatt BA. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *J Child Psychol Psychiatry Wiley Online Library*, 2010; 51:390–431.
117. Skjelstad D V, Malt UF, Holte A. Symptoms and signs of the initial prodrome of bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord Elsevier*, 2010; 126:1–13.
118. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:161–74.
119. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello

- MP, Bowden CL, Sachs GS, Nierenberg AA, Investigators S-B. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry Elsevier*, 2004; 55:875–81.
120. Post RM, Luckenbaugh DA, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck PE, McElroy SL, Nolen WA, Kupka R, Grunze H, Walden J. Incidence of childhood-onset bipolar illness in the USA and Europe. *Br J Psychiatry* 2008; 192:150–1.
 121. Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry United States*, 2003; 64:161–74.
 122. Correll CU, Hauser M, Penzner JB, Auther AM, Kafantaris V, Saito E, Olvet D, Carrión RE, Birmaher B, Chang KD, DelBello MP, Singh MK, Pavuluri M, Cornblatt BA. Type and duration of subsyndromal symptoms in youth with bipolar I disorder prior to their first manic episode. *Bipolar Disord [Internet]* 2014; 16:478–92. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/bdi.12194>
 123. Howes OD, Falkenberg I. Early detection and intervention in bipolar affective disorder: Targeting the development of the disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13:493–9.
 124. Egeland J a, Shaw JA, Endicott J, Pauls DL, Allen CR, Hostetter AM, Sussex JN. Prospective study of prodromal features for bipolarity in well Amish children. *JAmAcadChild AdolescPsychiatry [Internet] The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003; 42:786–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12819438>
 125. Chang K, Steiner H, Ketter T. Studies of offspring of parents with bipolar disorder. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics Wiley Online Library*, 2003, p. 26–35.
 126. Strober M, Carlson G. Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three-to four-year

- prospective follow-up investigation. *Arch Gen Psychiatry American Medical Association*, 1982; 39:549–55.
127. Duffy A, Alda M, Crawford L, Milin R, Grof P. The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* [Internet] 2007 [cited 2015 Nov 5]; 9:828–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18076532>
 128. Hauser M, Correll CU. The significance of at-risk or prodromal symptoms for bipolar i disorder in children and adolescents. *Can J Psychiatry* 2013; 58:22–31.
 129. Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, Rosenthal TL, Dranon M. Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord Elsevier*, 1983; 5:115–28.
 130. Coryell W, Endicott J, Maser JD, Keller MB. Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *Am J Psychiatry American Psychiatric Association*, 1995; 152:385.
 131. Rao UMA, Ryan ND, Birmaher B, Dahl RE, Williamson DE, Kaufman J, Rao R, Nelson B. Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Elsevier*, 1995; 34:566–78.
 132. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am Elsevier*, 2002; 11:619–37.
 133. Thompson KN, Conus PO, Ward JL, Phillips LJ, Koutsogiannis J, Leicester S, McGorry PD. The initial prodrome to bipolar affective disorder: prospective case studies. *J Affect Disord Elsevier*, 2003; 77:79–85.
 134. Correll CU, Lencz T, Smith CW, Auther AM, Nakayama EY, Hovey L, Olsen R, Shah M, Foley C, Cornblatt BA. Prospective Study of Adolescents with Subsyndromal Psychosis: Characteristics and Outcome. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet] Mary Ann Liebert, Inc. 2 Madison Avenue Larchmont, NY 10538 USA , 2005 [cited 2016 Oct 8]; 15:418–33. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/cap.2005.15.418>

135. Duffy A. The Early Natural History of Bipolar Disorder: What We Have Learned From Longitudinal High-Risk Research. *Can J Psychiatry-Revue Can Psychiatr* 2010; 55:477–85.
136. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand Wiley Online Library*, 2011; 124:427–34.
137. Brietzke E, Sant'anna MK, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, Mansur RB, Bressan RA. Impact of childhood stress on psychopathology. *Rev Bras Psiquiatr Elsevier*, 2012; 34:480–8.
138. Noto MN, Noto C, Caribé AC, Miranda-Scippa Â, Nunes SO, Chaves AC, Amino D, Grassi-Oliveira R, Correll CU, Brietzke E. Clinical characteristics and influence of childhood trauma on the prodrome of bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2015; 37:280–8.
139. Benarous X, Consoli A, Milhiet V, Cohen D. Early interventions for youths at high risk for bipolar disorder: a developmental approach. *Eur Child Adolesc Psychiatry Springer*, 2016; 25:217–33.
140. Bechdolf A, Ratheesh A, Cotton SM, Nelson B, Chanen AM, Betts J, Bingmann T, Yung AR, Berk M, McGorry PD. The predictive validity of bipolar at-risk (prodromal) criteria in help-seeking adolescents and young adults: a prospective study. *Bipolar Disord [Internet]* 2014; 16:493–504. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/bdi.12205>
141. Leopold K, Ritter P, Correll CU, Marx C, Özgürdal S, Juckel G, Bauer M, Pfennig A. Risk constellations prior to the development of bipolar disorders: Rationale of a new risk assessment tool. *J Affect Disord [Internet]* 2012 [cited 2016 Jan 9]; 136:1000–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21802741>
142. Correll CU, Olvet DM, Auther AM, Hauser M, Kishimoto T, Carrión RE, Snyder S, Cornblatt BA. The Bipolar Prodrome Symptom Interview and Scale–Prospective (BPSS-P): description and validation in a psychiatric sample and healthy controls. *Bipolar Disord Wiley Online Library*, 2014;

16:505–22.

143. Bechdolf A, Nelson B, Cotton SM, Chanen A, Thompson A, Kettle J, Conus P, Amminger GP, Yung AR, Berk M. A preliminary evaluation of the validity of at-risk criteria for bipolar disorders in help-seeking adolescents and young adults. *J Affect Disord Elsevier*, 2010; 127:316–20.
144. Faedda GL, Marangoni C, Serra G, Salvatore P, Sani G, Vázquez GH, Tondo L, Girardi P, Baldessarini RJ, Koukopoulos A. Precursors of bipolar disorders: a systematic literature review of prospective studies. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:614–24.
145. Bauer MS, Altshuler L, Evans DR, Beresford T, Williford WO, Hauger R. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2005, p. 301–15.
146. Weinstein SM, West AE, Pavuluri M. Psychosocial intervention for pediatric bipolar disorder: current and future directions. *Expert Rev Neurother* [Internet] 2013; 13:843–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23898854>
147. Correll CU, Sheridan EM, DelBello MP. Antipsychotic and mood stabilizer efficacy and tolerability in pediatric and adult patients with bipolar I mania: A comparative analysis of acute, randomized, placebo-controlled trials. *Bipolar Disord* 2010; 12:116–41.
148. Wagner KD, Redden L, Kowatch RA, Wilens TE, Segal S, Chang K, Wozniak P, Vigna N V, Abi-Saab W, Saltarelli M. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of divalproex extended-release in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] 2009; 48:519–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19325497>
149. DelBello MP, Kowatch R a, Adler CM, Stanford KE, Welge J a, Barzman DH, Nelson E, Strakowski SM. A double-blind randomized pilot study comparing quetiapine and divalproex for adolescent mania. *J Am Acad Child*

Adolesc Psychiatry 2006; 45:305–13.

150. Wagner KD, Kowatch RA, Emslie GJ, Findling RL, Wilens TE, McCague K, D'Souza J, Wamil A, Lehman RB, Berv D, Linden D. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of oxcarbazepine in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1179–86.
151. Geller B, Luby JL, Joshi P, Wagner KD, Emslie G, Walkup JT, Axelson DA, Bolhofner K, Robb A, Wolf D V, Riddle MA, Birmaher B, Nusrat N, Ryan ND, Vitiello B, Tillman R, Lavori P. A randomized controlled trial of risperidone, lithium, or divalproex sodium for initial treatment of bipolar I disorder, manic or mixed phase, in children and adolescents. *JAMA Psychiatry* [Internet] 2012; 69:515–28. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3581342&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
152. Pavuluri MN, Henry DB, Findling RL, Parnes S, Carbray JA, Mohammed T, Janicak PG, Sweeney JA. Double-blind randomized trial of risperidone versus divalproex in pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12:593–605.
153. Findling RL, Robb A, McNamara NK, Pavuluri MN, Kafantaris V, Scheffer R, Frazier JA, Rynn M, DelBello M, Kowatch RA, Rowles BM, Lingler J, Martz K, Anand R, Clemons TE, Taylor-Zapata P. Lithium in the Acute Treatment of Bipolar I Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Pediatrics* [Internet] 2015; 136:885–94. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/136/5/885.long>
154. Findling RL, Correll CU, Nyilas M, Forbes RA, Mcquade RD, Jin N, Ivanova S, Mankoski R, Carson WH, Carlson GA. Aripiprazole for the treatment of pediatric bipolar I disorder: A 30-week, randomized, placebo-controlled study. *Bipolar Disord* 2013; 15:138–49.
155. Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] Elsevier, 2005 [cited 2016 Jan 8]; 44:846–71. Available from: <http://www.jaacap.com/article/S0890856709621924/fulltext>

156. Geller B, Tillman R, Craney JL, Bolhofner K. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] American Medical Association, 2004 [cited 2016 Jan 8]; 61:459–67. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481999>
157. Kaufman, Birmaher, Rao R. Diagnostic Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). October [Internet] 1996; 135:153–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19035305>
158. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health*. *Turk J Child Adolesc Ment Heal* [Internet] 2004; 11:109–16. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-11929-001>
159. Karadağ F, Oral E, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Derg* [Internet] 2001 [cited 2016 Jan 10]; Available from: <http://turkpsikiyatri.com/C13S2/youngMani.pdf>
160. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet] 1960 [cited 2014 Dec 21]; 23:56–62. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=495331&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
161. Akdemir A, Türkçapar M, Örsel S. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr ...* [Internet] 2001 [cited 2016 Jan 10]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X01312610>
162. Cannon-Spoor H, Potkin S, Wyatt R. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet] 1982 [cited 2016 Jul 2]; Available from: <http://psycnet.apa.org/journals/szb/8/3/470/>
163. Üçok A, Polat A, Genç A, Çakır S, Turan N. Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J*

- Psychiatr Res 2004; 38:163–8.
164. Togay B, Noyan H, Tasdelen R, Ucok A. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Res* 2015; 229:252–6.
165. Shaffer D. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 1983; 40:1228. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>
166. Kostakoglu E, Batur S, Tiryaki A, Gogus A. Reliability and validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Turk Psikol Derg* [Internet] 1999; 14:23–32. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc3&AN=2000-15521-002%5Cnhttp://ezproxy.lib.monash.edu.au/login?url=http://search.lib.monash.edu/openurl/MUA/MUL_SERVICES_PAGE?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:&issn=1300-4433&isbn=&vol
167. Maurer K, Zink M, Rausch F, Häfner H. The early recognition inventory ERiraos assesses the entire spectrum of symptoms through the course of an at-risk mental state. *Early Interv Psychiatry* 2016;
168. Correll CU, Hauser M, Penzner JB, Auther AM, Kafantaris V, Saito E, Olvet D, Carrión RE, Birmaher B, Chang KD. Type and duration of subsyndromal symptoms in youth with bipolar I disorder prior to their first manic episode. *Bipolar Disord Wiley Online Library*, 2014; 16:478–92.
169. Fleischhaker C, Schulz E, Tepper K, Martin M, Hennighausen K, Remschmidt H. Long-term course of adolescent schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005; 31:769–80.
170. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Ryan N, Leonard H, Hunt J, Iyengar S, Bridge J, Keller M. Phenomenology of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 2006; 63:1139. Available from:

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.63.10.1139>

171. Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C, Goldstein B, Hickey MB, Obreja M, Ehmann M, Iyengar S, Shamseddeen W, Kupfer D, Brent D. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 2009; 66:287–96. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2756682&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
172. Merikangas KR, He J-P, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] 2010; 49:980–9. Available from:
[http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Lifetime+Prevalence+of+Mental+Disorders+in+US+Adolescents:+Results+from+the+National+Comorbidity+Study-Adolescent+Supplement+\(NCS-A\)#1%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?art](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Lifetime+Prevalence+of+Mental+Disorders+in+US+Adolescents:+Results+from+the+National+Comorbidity+Study-Adolescent+Supplement+(NCS-A)#1%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?art)
173. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve Ergen Polikliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı. *Klin Psikiyatr* 2004; 7:103–10.
174. Quackenbush D, Kutcher S, Robertson HA, Boulos C, Chaban P. Premorbid and postmorbid school functioning in bipolar adolescents: Description and suggested academic interventions. *Can J Psychiatry* 1996; 41:16–22.
175. Pm L, Dn K, Seeley. Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disord* 2000; 2:281–93.
176. Malaspina D, Harlap S, Fennig S, Heiman D, Nahon D, Feldman D, Susser ES. Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry American Medical Association*, 2001; 58:361–7.
177. Brown AS, Schaefer CA, Wyatt RJ, Begg MD, Goetz R, Bresnahan MA,

- Harkavy-Friedman J, Gorman JM, Malaspina D, Susser ES. Paternal age and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry Am Psychiatric Assoc*, 2002; 159:1528–33.
178. de Kluiver H, Buizer-Voskamp JE, Dolan C V, Boomsma DI. Paternal age and psychiatric disorders: a review. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Wiley Online Library*, 2016;
179. Menezes PR, Lewis G, Rasmussen F, Zammit S, Sipos A, Harrison GL, Tynelius P, Gunnell D. Paternal and maternal ages at conception and risk of bipolar affective disorder in their offspring. *Psychol Med Cambridge University Press*, 2010; 40:477–85.
180. Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, Kane JM, Cornblatt BA. Differentiation in the Preonset Phases of Schizophrenia and Mood Disorders: Evidence in Support of a Bipolar Mania Prodrome. *Schizophr Bull [Internet]* 2007; 33:703–14. Available from: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/schbul/sbm028>
181. Iida J, Iwasaka H, Hirao F, Hashino K, Matsuma K, Tahara K, Aoyama F, Sakiyama S, Tsujimoto H, Kawabata Y IG. Clinical features of childhood-onset schizophrenia with obsessive- compulsive symptoms during the prodromal phase. *Psychiatry Clin Neurosci [Internet]* 1995; 49:201–7. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed3&NEWS=N&AN=1995286391>
182. McClellan J, Breiger D, McCurry C, Hlastala SA. Premorbid Functioning in Early-Onset Psychotic Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]* The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2003; 42:666–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709611552>
183. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Bustamante S, Van der Heiden W, Riecher-Rössler A, Nowotny B. Onset and early course of schizophrenia. In *Search for*

the Causes of Schizophrenia Springer, 1995, p. 43–66.

184. Schaeffer JL, Ross RG. Childhood-Onset Schizophrenia: Premorbid and Prodromal Diagnostic and Treatment Histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2002; 41:538–45. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709607097>
185. Remschmidt H, Martin M, Fleischhaker C, Hennighausen K, Gutenbrunner C, Schulz E. A forty-two year follow-up study of childhood-onset schizophrenia. Implications for the Kraepelian dichotomy. Unpubl Manusc 2000;
186. Asarnow JR, Tompson MC, Goldstein MJ. Childhood-onset schizophrenia: a followup study. *Schizophr Bull Oxford University Press*, 1994; 20:599–617.
187. Krausz M, Müller-Thomsen T. Schizophrenia with onset in adolescence: an 11-year followup. *Schizophr Bull National Institute of Mental Health*, 1993; 19:831.
188. Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt MH. The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: a 12-year followup. *Schizophr Bull* 2000; 26:801–16.
189. Diler RS, Birmaher B. Bipolar Disorder in Children and Adolescents. *IACAPAP E-textb Child Adolesc Ment Heal* 2012;1–30.
190. Youngstrom E a., Birmaher B, Findling RL. Pediatric bipolar disorder: Validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. *Bipolar Disord* 2008; 10:194–214.
191. Reichert A, Kreiker S, Mehler-Wex C, Warnke A. The psychopathological and psychosocial outcome of early-onset schizophrenia: preliminary data of a 13-year follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet] 2008; 2:6. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2291029&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
192. Asarnow JR, Tompson MC, Goldstein MJ. Childhood-onset schizophrenia: a followup study. *Schizophr Bull* [Internet] 1994; 20:599–617. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7701271>

193. Lo Cascio N, Saba R, Hauser M, Vernal DL, Al-Jadiri A, Borenstein Y, Sheridan EM, Kishimoto T, Armando M, Vicari S, Fiori Nastro P, Girardi P, Gebhardt E, Kane JM, Auther A, Carrión RE, Cornblatt BA, Schimmelmann BG, Schultze-Lutter F, et al. Attenuated psychotic and basic symptom characteristics in adolescents with ultra-high risk criteria for psychosis, other non-psychotic psychiatric disorders and early-onset psychosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry Springer Berlin Heidelberg*, 2016; 25:1091–102.
194. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical Characteristics and Predictors of Outcome of Schizophrenia-Spectrum Psychosis in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet]* 2016; 26:410–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27136403>
195. McKenna K, Gordon CT, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia: Timely neurobiological research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]* 1994; 33:771–81. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L24196899>
196. Feinman JA, Dunner DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *J Affect Disord Elsevier*, 1996; 37:43–9.
197. Goldstein BI, Strober MA, Birmaher B, Axelson DA, Esposito-Smythers C, Goldstein TR, Leonard H, Hunt J, Gill MK, Iyengar S, Grimm C, Yang M, Ryan ND, Keller MB. Substance use disorders among adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord* 2008; 10:469–78.
198. Rl F. Rapid, continuous cycling and psychiatric co-morbidity in pediatric bipolar I disorder. *Bipolar Disord* 2001; 3:202–10.
199. Wilens TE, Biederman J, Kwon A, Ditterline J, Forkner P, Moore H, Swezey A, Snyder L, Henin A, Wozniak J, Faraone S V. Risk of substance use disorders in adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]* 2004; 43:1380–6. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15502597>
[http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)61607-5/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)61607-5/abstract)

200. Pumariega AJ, Burakgazi H, Unlu A, Prajapati P, Dalkilic A. Substance Abuse: Risk Factors for Turkish Youth. *Klin Psikofarmakol Bul* 2014; 24:5–14.
201. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone S V, Weber W, Curtis S, Thornell A, Pfister K, Jetton JG, Soriano J. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Elsevier*, 1997; 36:21–9.
202. Wilens TE, Biederman J, Abrantes AM, Spencer TJ. Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Elsevier*, 1997; 36:941–7.
203. Goldstein BI, Bukstein OG. Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder: Opportunities for early identification and prevention. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:348–58.
204. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:494–510.
205. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK, Baykız AF, Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyat Derg* 2007; 8:102–12.
206. Regier DAA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA J Am Med Assoc [Internet]* 1990; 264:2511. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=383975&wvsessionid=wvda25a6e6b88a4f2daa83a5eeafbf02f1%5Cnhttp://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=383975#.UUMpchQ-zhs.mendeley>
207. Rucklidge JJ. Retrospective parent report of psychiatric histories: Do checklists reveal specific prodromal indicators for postpubertal-onset pediatric bipolar disorder? *Bipolar Disord* 2008; 10:56–66.

208. Nicolson R, Malaspina D, Giedd JN, Hamburger S, Lenane M, Bedwell J, Fernandez T, Berman A, Susser E, Rapoport JL. Obstetrical complications and childhood-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1650–2.
209. Buka SL, Tsuang MT, Lipsitt LP. Pregnancy/delivery complications and psychiatric diagnosis. A prospective study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 1993; 50:151–6. Available from:
<http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=8427556&retmode=ref&cmd=prlinks>
210. Jones PB, Rantakallio P, Hartikainen AL, Isohanni M, Sipila P. Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: A 28-year follow-up of the 1966 North Finland general population birth cohort. *Am J Psychiatry* 1998; 155:355–64.
211. Del Rey-Mejias A, Fraguas D, Diaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Castro-Fornieles J, Baeza I, Espliego A, Merch??n-Naranjo J, Gonz??lez-Pinto A, de la Serna E, Pay?? B, Graell M, Arango C, Parellada M. Functional deterioration from the premorbid period to 2 years after the first episode of psychosis in early-onset psychosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet] Springer Berlin Heidelberg, 2015; 24:1447–59. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0693-5>
212. Nicolson R, Lenane M, Hamburger SD, Fernandez T, Bedwell J, Rapoport JL. Lessons from childhood-onset schizophrenia. In *Brain Research Reviews* 2000, p. 147–56.
213. Nicolson R, et. al. Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: Association with risk factors. *Am J Psychiatry* [Internet] 2000; 157:794–800. Available from:
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L30249660%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.794%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=0002953X&id=doi:10.1176%2Fappi.ajp.157.5.794&atitle=Premorbid+speech+and>
214. Röpcke B, Eggers C. Early-onset schizophrenia: A 15-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14:341–50.

215. Gourzis P, Katrivanou A, Beratis S. Symptomatology of the initial prodromal phase in schizophrenia. *Schizophr Bull* Oxford University Press, 2002; 28:415–29.
216. Alaghband-Rad J, McKenne K, Gordon CT, Albus KE, Hamburger SD, Rumsey JM, A. FJ, Lenane MC, Rapoport JL. Childhood-Onset Schizophrenia: The Severity of Premorbid Course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] 1995; 34:1273–83. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709639964>
217. Erlenmeyer-Kimling L. The New York High-Risk Project. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 1995; 52:857. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1995.03950220067013>
218. Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. *Schizophr Bull* 1987; 13:485–95.
219. Marcus J, Hans SL, Nagler S, Auerbach JG, Mirsky a F, Aubrey a. Review of the NIMH Israeli Kibbutz-City Study and the Jerusalem Infant Development Study. *Schizophr Bull* [Internet] 1987; 13:425–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3629198>
220. Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 1990; 47:1112–7. Available from: <https://liverpool.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1991-15424-001&site=ehost-live&scope=site>
221. Wals M, Hillegers MHJ, Reichart CG, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC. Prevalence of Psychopathology in Children of a Bipolar Parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet] 2001; 40:1094–102. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709604524>
222. Duffy A, Alda M, Hajek T, Sherry SB, Grof P. Early stages in the development of bipolar disorder. *J Affect Disord* [Internet] 2010 [cited 2016 Jan 9]; 121:127–35. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032709002274>

223. Fergus EL, Miller RB, Luckenbaugh D a., Leverich GS, Findling RL, Speer AM, Post RM. Is there progression from irritability/dyscontrol to major depressive and manic symptoms? A retrospective community survey of parents of bipolar children. *J Affect Disord* [Internet] 2003; 77:71–8. Available from:
isi:000186218700008%5Cn<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032702001763>
224. Hunt J, Schwarz CM, Nye P, Frazier E. Is There a Bipolar Prodrome Among Children and Adolescents? *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18:1–8.
225. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord Wiley Online Library*, 2005; 7:483–96.
226. Gerstenberg M, Hauser M, Al-Jadiri A, Sheridan EM, Kishimoto T, Borenstein Y, Vernal DL, David L, Saito E, Landers SE, Carella M, Singh S, Carbon M, Jiménez-Fernández S, Birnbaum ML, Auther A, Carrión RE, Cornblatt BA, Kane JM, et al. Frequency and correlates of DSM-5 attenuated psychosis syndrome in a sample of adolescent inpatients with nonpsychotic psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:e1449–58.
227. Correll CU, Smith CW, Auther AM, McLaughlin D, Shah M, Foley C, Olsen R, Lencz T, Kane JM, Cornblatt BA. Predictors of Remission, Schizophrenia, and Bipolar Disorder in Adolescents with Brief Psychotic Disorder or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified Considered At Very High Risk for Schizophrenia. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet] 2008; 18:475–90. Available from:
<http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/cap.2007.110>
228. Bora E. Developmental trajectory of cognitive impairment in bipolar disorder: comparison with schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol Elsevier*, 2015; 25:158–68.

13. ARAÇLAR

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu ve Prodromal Dönem Belirti Listesi

1. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER:

Olgunun;

No:
Doğum tarihi:
Doğum ili:
Öğrenim düzeyi:
Meslek:
Adres:
Telefon:

Annenin Eğitim Düzeyi:

- Okur yazar değil
- Okur yazar
- İlkokul mezunu
- Orta okul mezunu
- Lise mezunu
- Lisans mezunu
- Yüksek lisans mezunu

Babanın eğitim düzeyi:

- Okur yazar değil
- Okur yazar
- İlkokul mezunu
- Orta okul mezunu
- Lise mezunu
- Lisans mezunu
- Yüksek lisans mezunu

Ailedeki birey sayısı:

- a. 3 ve altı
- b. 4-5
- c. 6-7
- d. 8 ve üstü

Olgunun ebeveynlerinde boşanma öyküsü:

- a. Var
- b. Yok

Annenin mesleği:

Babanın mesleği:

Ailenin ortalama aylık geliri:

- a. 2000 TL altı
- b. 2001-3000 TL
- c. 3001-5000 TL
- d. 5001-8000 TL
- e. 8000 TL üzeri

2. OLGUNUN TANISI ve HASTALIĞIN ŞİDDETİ:

Hastaya yapılan değerlendirmeler ve sonuçları:

- A. ÇDŞG-ŞY yapılma tarihi:
- B. ÇDŞG-ŞY sonucu tanılar:

Tanı 4.

C. Heyetin toplanma tarihi:

D. Heyet sonucu alınan karar:

E. Premobid Uyum Ölçeği:

Çocukluk dönemi PUÖ Total Skoru:

Erken Ergenlik dönemi PUÖ Total Skoru:

Geç Ergenlik dönemi PUÖ Total Skoru:

3. PRODROMAL BELİRTİLER ÖNCESİ DÖNEM

A. Prodromal dönem öncesi risk faktörleri:

I. Ailede ciddi mental hastalığı olan birey var mı?

Yakınlık Derecesi	Tanı	Suisid var/yok

II. Alkol veya diğer madde kötüye kullanımı var mı? Varsa;

- Hangi madde/maddeler kullanılmış?
- Prodrom döneminden ne kadar süre önce kullanmaya başlanmış?
- Bu maddeler ne kadar süre ile kullanılmış?
- Ne sıklıkla kullanılmış?
- Prodrom döneminin herhangi bir semptomu ile ilişkili mi?

Maddenin adı	Prodrom öncesi süre	Madde kullanım süresi	Sıklık	Semptom ilişkisi
--------------	---------------------	-----------------------	--------	------------------

--	--	--	--	--

III. Herhangi bir psikiyatrik tanı var mı? Varsa;

Tanı	Tanı yaşı	Tedavi	Prodrom öncesi süre

IV. Gebelik dönemi ya da doğum komplikasyonu var mı? Varsa;

A. Gebelik dönemi komplikasyonu-maruziyeti nedir?

- Sigara maruziyeti
- Alkol maruziyeti
- İlaç/madde maruziyeti: açıklayınız.....
- Preeklampsi
- Kan uyuşmazlığı
- Düşük tehtidi
- Enfeksiyon
- Kanama

B. Doğum komplikasyonu nedir?

- Erken doğum
- Uzamış doğum
- Çoğul gebelik
- Anormal geliş
- Forceps ile doğum
- Kordon dolanması
- Düşük doğum ağırlığı(<2500)
- Enfeksiyon
- Doğum travması

4. ÖLÇEKLER ve SONUÇLARI:

Young Mani Rating Scale:

Uygulama Tarihi:

Puan:

Hamilton Depresyon Ölçeği:

Uygulama Tarihi:

Puan:

5. PRODROMAL DÖNEM:

A. Prodrom Öncesi Süre:

Fark edilebilir ilk semptomlar ile ilk duygudurum epizodu (tüm kriterleri karşılayan) arasında geçen süre:

İlk Depresif epizot tarihi/yaşı:

İlk manik/hipomanik/mikst epizot tarihi/yaşı:

İlk depresif epizot öncesi prodromal dönem süresi:

İlk manik/hipomanik/mikst epizot öncesi prodrom dönem süresi:

B. Prodrom Bönem Belirtileri:

İlk manik/hipomanik/mikst epizot öncesinde sıralanan belirtilerin bulunup bulunmadığını belirtiniz.

PRODROMAL BELİRTİLER	Var/ Yok	İlk epizottan önceki süre(ay)	Şiddet (1-3) ^a	Sıklık (1-4) ^b	1. İlk epizotta da bu belirtiler var mıydı? 2. Belirtiler son bir yıl içinde kötüleşti mi?
1. DEPRESİF BELİRTİLER					
Depresif ruh hali					
Hayattan zevk alamama					
Yorgunluk					
Değersizlik/suçluluk düşünceleri					
Psikomotor ajitasyon					
Sabah erken uyanma					
Distraktibilite					
Suisidal düşünceler					
Suisid girişimi					
Kendine zarar verici davranış					

Psikomotor retardasyon					
2. GENEL PSİKOPATOJİ SEMPTOMLARI					
Ruhsal bir hastalığın olduğuna dair endişeler					
Okulda işlevsellikte azalma					
Okula gitmek istememe					
Akran ilişkilerinde bozulma					
Uygunsuz afekt					
Garip davranışlar					
Aşırı değerlendirilmiş düşünce					
Sosyal fobi					
Ruminasyonlar					
Sık duygudurum değişkenliği					
Öfke patlamaları					
Kaygı ve gerginlik					
Karşı gelme davranışları					
Obsesyon ve kompulsüyonlar					
Kararsızlık					
Uyumakta güçlük çekme					
Gece uykudan sık uyanma					
Aşırı uyuma					
Uykusuzluk					
Uyku düzeninin tersine dönmesi					
İştah artışı					
İştah azalışı					
Cinsel ilgide azalma					
3. MANİK BELİRTİLER					
İrritabilite					
Aşırı mutluluk, neşe					
Nedensiz gülme, maskaralık yapma					
Grandiyözite					
Enerjide artış					
Azalmış uyku					
Yarışan düşünceler					
Aşırı konuşma					
Yaratıcılıkta artma					
Riskli cinsel davranışlarda bulunma					

Cinsel istekte artma					
Dürtüsel, tehlikeli davranışlarda bulunma					
4. NEGATİF BELİRTİLER					
Künt afekt					
Sosyal iletişimi başlatma ve sürdürmede güçlük çekme					
Sosyal izolasyon					
5. TEMEL BELİRTİLER					
Perseverasyon düşünceleri					
Alıcı konuşma bozukluğu					
Düşünce Bölünmesi					
Düşünce blokları					
Fikirler ile algılar ya da fantezi ile gerçek anılar arasındaki farkı ayırt etme yeteneğinde bozulma					
Derealizasyon, depersonalizasyon					
Stabil olmayan kişi merkezli referans fikirleri					
Görsel algılamada bozukluklar					
İşitsel algılamada bozukluklar					
Koku-tat-taktil-somatik algıda bozukluklar					
6. Kısa Süreli Geçici ve Sınırlı Psikotik Semptom					
Katatonik semptomlar					
Düşünce okunması/çekilmesi/yerleştirilmesi					
Sesli düşünme					
Düşünce yayılması sanrısı					
Referans sanrısı					
Sanrısız algılar/ sanrısız yanlış yorumlama					
Kontrol sanrısı					
Grandiyözite sanrısı					
Perseküsyon sanrısı					
Kıskançlık ya da suçluluk sanrıları					
Dini sanrı					
Nihilistik sanrı					

Hipokondriak sanrılar					
İşitsel halisülasyonlar					
Görsel halisülasyonlar					
Koku, tat, somatik ve taktıl varsanılar					
7. APS BELİRTİLERİ					
Anormal algılar					
Bedensel yanılısamalar					
Gizemli şeyler ve anormal düşünceler ile zihinsel meşguliyet					
Şüphecilik ve paranoid düşünceler,					
Referans fikirleri					

*Şiddet:

1. Hafif: Fark edilebilir düzeyde fakat hayatı etkilemiyor.
2. Orta: belirgin fark edilebilir ve hayatı etkiliyor.
3. Ağır: Belirgin fark edilebilir ve hayatı ciddi etkiliyor.

**Sıklık:

1. Nadiren: Haftada birden az
2. Bazen: Haftada birden fazla %50'den az
3. Sıklıkla:%50'den fazla
4. Her zaman: Her gün

EK 2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

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

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciyeye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır

2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

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

8) Düşünce içeriği

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması

3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj

4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

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

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor

3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
 0. Yok
 1. Yalnızca soruların cevapları olarak anlaşılıyor.
 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
 3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları
 0. Yok
 1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
 2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
 3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk hezeyanları.
 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar
 0. Yok.
 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
 2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
 3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
 4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
4. Uykuya dalamamak
 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
 1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
 2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
5. Geceyarısı uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
 2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
6. Sabah erken uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlmli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

17. Durumu hakkında görüşü
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
 0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.



EK 4. Premorbid Uyum Ölçeği

Premorbid Uyum Ölçeği:

Görüşme Tarihi:/...../.....

Doğum tarihi:/...../.....

İlk epizot tarihi:/...../.....

İlk hastane yatış tarihi:/...../.....

İlk epizot başlangıcındaki yaş:

Sorgulanacak yaş dönemleri: Tanı almadan önceki bir yıldan itibaren geriye doğru olan yaş dönemlerini işaretleyin.

Çocukluk dönemi	6-11 yaş	
Erken Ergenlik dönemi	11-15 yaş	
Geç Ergenlik Dönemi	15-18 yaş	

Çocukluk Dönemi (6-11 yaş) -Sosyallik ve İçer Çekilme-

1. Okulunuzda ya da mahallenizde arkadaşlarınız var mıydı? (Cevap hayırsa 5. Soruya geçin.)

.....
....

2. Arkadaşlarınızla nasıl vakit geçirirdiniz?

.....
.....

3. Grup içinde planları daha çok siz mi yoksa arkadaşlarınız mı yapardı?

.....
....

4. Arkadaşlarınızla mı vakit geçirmeyi yoksa tek başınıza olmayı mı tercih ederdingiz?

.....
....

5. Çocukluğunuzda daha çok neler yapmaktan hoşlanırdınız?

.....
....
6. Kendi kendinize çok fazla vakit geçirir miydiniz?

.....
....
7. Çok fazla hayal kurar mıydınız?

0: Sosyal izolasyon yok, aktif, sıklıkla sosyal iletişim kurmaya çalışıyor.
2: Hafif içe kapanma mevcut, ortama katılım sağladığında sosyal olmaktan keyif alıyor, sosyalleşmek için bazen fırsat kolluyor.
4: Orta derecede içe kapanma, gündüz fazlaca hayallere dalma, pasif olarak diğerleriyle etkileşime geçer fakat aktif olarak sosyalleşmek için fırsat kollamaz.
6: Diğerleriyle bağlantısız, sosyal izole, iletişim kurmaktan kaçınır.

Çocukluk Dönemi (6-11 yaş) -Akran İlişkileri-

1. Yaklaşık kaç tane arkadaşınız vardı?

.....
2. Kaçıyla yakın arkadaştınız?.....

3. “En iyi arkadaşınız” var mıydı?

Varsa nasıl bir arkadaştı? Ne kadar zamanınızı birlikte geçirirdiniz?

4. Diğer insanların bilmesini istemediği şeylerinizi anlattığınız arkadaşınız var mıydı?

.....
....
5. Arkadaşlarınız genellikle sizinle aynı yaş grubunda mıydı?

Hayırsa genellikle sizden kaç yaş küçük ya da büyüktüler?.....

0: 5'ten fazla arkadaşı, yakın arkadaşları veya sırlarını söyleyebildiği arkadaşları vardır.
1: 2-5 arkadaşı vardır.
2: Bir ya da iki tane yakın arkadaşı vardır, diğerleriyle sıradan arkadaşlığı vardır.
3: sadece sıradan arkadaşlıkları vardır.
4: Anormal arkadaş paterni vardır: sadece kendinden küçük ya da büyüklerle ya da akrabalarıyla arkadaşır.
6: Sosyal izole, hiç arkadaşı yok ya da yüzeysel arkadaşlıkları var.

Çocukluk Dönemi (6-11 yaş)
-Okul Performansı 1-

1. Okulunuzun adı neydi ve ne tip bir okuldu? (özel okul, devlet okulu, imamhatip vb.)
(Eğer hasta Özel Eğitimde okumuşsa, en yüksek puan 4 olabilir.) Eğer normal okula gitmişse; özel alt sınıfta okuyup okumadığını sorun! _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _
2. Okulda derslerle ilgili sorun yaşıyor muydunuz? Ortalama hangi notlarla derslerinizi geçiyordunuz? (0-100 puan arası) _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
3. En iyi olduğunuz ders neydi? En yüksek aldığınız puan kaç olmuştur? _ _ _
_ _ _ _ _
4. En zorlandığınız ders neydi? En düşük kaç puan almışsınızdır? _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
5. Diğer çocuklarla kendinizi karşılaştırdığınızda okul başarınız nasıldı? _ _ _
_ _ _ _ _
6. Tüm dersleri düşündüğünüzde, nasıl bir öğrenciydiniz? (çok başarılı, başarılı, orta, başarısız, çok başarısız) _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
7. Sınıf tekrarı hiç yaptınız mı? _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
8. Okul notlarınız herhangi bir okula girebilmek için yeterli seviyede miydi? _ _ _
_ _ _ _ _

0: Mükemmel öğrenci-Not ortalaması 90-100.
1: Not ortalaması 80-100
2: İyi öğrenci – Not ortalaması 70-89
4: Orta öğrenci-Not ortalaması 70-79
5: Sınıfta kalmaları mevcut.
6: Tüm sınıfları tekrar etmiş.

Çocukluk Dönemi (6-11 yaş)
-Okul Performansı 2-

1.Okulu sever miydiniz?

2. Okulda genellikle öğretmenlerinizi sever miydiniz yoksa sevmez miydiniz?

3. En sevdiğiniz öğretmeniniz kimdi? Onun en çok hangi özelliklerini seviyordunuz?

4. En nefret ettiğiniz öğretmeniniz kimdi? Onu neden sevmiyordunuz?

5. Okulda arkadaşlarınız var mıydı?

6. Ders sırasında dersten kopmalarınız oluyor muydu? Dikkatinizin dağılması ya da hayallere dalma gibi..

7. Okulda aktivitelere katılıyor muydunuz? (klüpler, takımlar vb.)

8. Okulda sorun yaşar mıydınız? Cevap evetse; ne sıklıkla ve nasıl sorunlar yaşardınız? (Ciddiyeti ne boyutta anlamaya çalışın)

9. Okuldan kaçtığınız olmuş mudur? Evetse ne sıklıkla?

10. Okulda hiç eşyalara zarar verdiğiniz ya da kitaplarınızı yırttığınız olmuş mudur? (Ciddiyeti ne boyutta anlamaya çalışın)

11. Okuldan uzaklaştırma cezası aldınız mı? Aldıysanız ne uzunlukta ve neden?

12. Hiç okuldan atıldınız mı? Cevap evetse neden?

0 – İyi adapte, okulu seviyor, disiplin problemleri yok, öğretmenlerin çoğunu seviyor.

1 – Okulu seviyor, nadiren disiplin problem mevcut.

2 – Orta adaptasyon, ara sıra disiplin problemleri mevcut, okulla çok ilgilenmiyor, ama okuldan kaçma yok. Okulda arkadaşları var ama okulda aktivitelere katılmıyor.

3 – Ara sıra okuldan kaçmalar mevcut

4 – Zayıf adaptasyon, okulu sevmiyor, sıklıkla okuldan kaçıyor, sık disiplin problemleri mevcut.

5 – Okuldan atılma öyküsü mevcut.

6 – Okulla ilgili her şeyi reddetme, okulun malına zarar verme.

Erken Ergenlik Dönemi (12-15 yaş) ve Geç Ergenlik Dönemi (15-18 yaş)
-Sosyallik ve İçer Çekilme-

1. Okulunuzda ya da mahallenizde arkadaşlarınız var mıydı? (Cevap hayırsa 5. Soruya geçin.)

.....

2. Arkadaşlarınızla nasıl vakit geçirirdiniz?

.....

3. Grup içinde planları daha çok siz mi yoksa arkadaşlarınız mı yapardı?

.....

4. Arkadaşlarınızla mı vakit geçirmeyi yoksa tek başınıza olmayı mı tercih ederdingiz?

.....

5. Çocukluğunuzda daha çok neler yapmaktan hoşlanırdınız?

.....

6. Kendi kendinize çok fazla vakit geçirir miydiniz?

.....

7. Çok fazla hayal kurar mıydınız?

.....

0: Sosyal izolasyon yok, aktif, sıklıkla sosyal iletişim kurmaya çalışıyor.
2: Hafif içer kapanma mevcut, ortama katılım sağladığında sosyal olmaktan keyif alıyor, sosyalleşmek için bazen fırsat kolluyor.
4: Orta derecede içer kapanma, gündüz fazlaca hayallere dalma, pasif olarak diğerleriyle etkileşime geçer fakat aktif olarak sosyalleşmek için fırsat kollamaz.
6: Diğerleriyle bağlantısız, sosyal izole, iletişim kurmaktan kaçınır.

Erken Ergenlik Dönemi (12-15 yaş) ve Geç Ergenlik Dönemi (15-18 yaş)
-Akran İlişkileri-

1. Yaklaşık kaç tane arkadaşınız vardı?

.....

2. Kaçıyla yakın arkadaştınız?.....

3. “En iyi arkadaşınız” var mıydı?

Varsa nasıl bir arkadaştı?

Ne kadar zamanınızı birlikte geçirirdiniz?

4. Diğer insanların bilmesini istemediği şeylerinizi anlattığınız arkadaşınız var mıydı?

5. Arkadaşlarınız genellikle sizinle aynı yaş grubunda mıydı?
Hayırsa genellikle sizden kaç yaş küçük ya da
büyüktüler?.....

- 0: 5'ten fazla arkadaşı, yakın arkadaşları veya sırlarını söyleyebildiği arkadaşları vardır.
1: 2-5 arkadaşı vardır.
2: Bir ya da iki tane yakın arkadaşı vardır, diğerleriyle sıradan arkadaşlığı vardır.
3: sadece sıradan arkadaşlıkları vardır.
4: Anormal arkadaş paterni vardır: sadece kendinden küçük ya da büyüklerle ya da akrabalarıyla arkadaşır.
6: Sosyal izole, hiç arkadaşı yok ya da yüzeysel arkadaşlıkları var.

Erken Ergenlik Dönemi (12-15 yaş) ve Geç Ergenlik Dönemi (15-18 yaş) -Okul Performansı 1-

1. Okulunuzun adı neydi ve ne tip bir okuldu? (özel okul, devlet okulu, imamhatip vb.)
(Eğer hasta Özel Eğitimde okumuşsa, en yüksek puan 4 olabilir.) Eğer normal okula gitmişse; özel alt sınıfta okuyup okumadığını sorun! _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
2. Okulda derslerle ilgili sorun yaşıyor muydunuz? Ortalama hangi notlarla derslerinizi geçiyordunuz? (0-100 puan arası) _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
3. En iyi olduğunuz ders neydi? En yüksek aldığınız puan kaç olmuştur? _ _
_ _ _ _ _
4. En zorlandığınız ders neydi? En düşük kaç puan almışsınızdır? _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
5. Diğer çocuklarla kendinizi karşılaştırdığınızda okul başarınız nasıldı? _ _
_ _ _ _ _

6. Tüm dersleri düşündüğünüzde, nasıl bir öğrenciydiniz? (çok başarılı, başarılı, orta, başarısız, çok başarısız) _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
7. Sınıf tekrarı hiç yaptınız mı? _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
8. Okul notlarınız herhangi bir okula girebilmek için yeterli seviyede miydi? _
_ _ _ _ _

0: Mükemmel öğrenci-Not ortalaması 90-100.
1: Not ortalaması 80-100
2: İyi öğrenci – Not ortalaması 70-89
4: Orta öğrenci-Not ortalaması 70-79
5: Sınıfta kalmaları mevcut.
6: Tüm sınıfları tekrar etmiş.

**Erken Ergenlik Dönemi (12-15 yaş) ve Geç Ergenlik Dönemi (15-18 yaş)
-Okul Performansı 2-**

- 1.Okulu sever miydiniz?

2. Okulda genellikle öğretmenlerinizi sever miydiniz yoksa sevmez miydiniz?

3. En sevdiğiniz öğretmeniniz kimdi? Onun en çok hangi özelliklerini seviyordunuz?

4. En nefret ettiğiniz öğretmeniniz kimdi? Onu neden sevmiyordunuz?

5. Okulda arkadaşlarınız var mıydı?

6. Ders sırasında dersten kopmalarınız oluyor muydu? Dikkatinizin dağılması ya da hayallere dalma gibi..

7. Okulda aktivitelere katılıyor muydunuz? (klüpler, takımlar vb.)

8. Okulda sorun yaşar mıydınız? Cevap evetse; ne sıklıkla ve nasıl sorunlar

yaşardınız? (Ciddiyeti ne boyutta anlamaya çalışın)

9. Okuldan kaçtığınız olmuş mudur? Evetse ne sıklıkla?

10. Okulda hiç eşyalara zarar verdiğiniz ya da kitaplarınızı yırttığınız olmuş mudur? (Ciddiyeti ne boyutta anlamaya çalışın)

11. Okuldan uzaklaştırma cezası aldınız mı? Aldıysanız ne uzunlukta ve neden?

12. Hiç okuldan atıldınız mı? Cevap evetse neden?

- 0 – İyi adapte, okulu seviyor, disiplin problemleri yok, öğretmenlerin çoğunu seviyor.
- 1 – Okulu seviyor, nadiren disiplin problem mevcut.
- 2 – Orta adaptasyon, ara sıra disiplin problemleri mevcut, okulla çok ilgilenmiyor, ama okuldan kaçma yok. Okulda arkadaşları var ama okulda aktivitelere katılmıyor.
- 3 – Ara sıra okuldan kaçmalar mevcut
- 4 – Zayıf adaptasyon, okulu sevmiyor, sıklıkla okuldan kaçıyor, sık disiplin problemleri mevcut.
- 5 – Okuldan atılma öyküsü mevcut.
- 6 – Okulla ilgili her şeyi reddetme, okulun malına zarar verme.

EK 5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS):

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçekdışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır. Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı etkilemez.

4 ORTA: Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır veya birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı arasına etkileyen sanrılar vardır.

5 ORTA/AĞIR: Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve arasına düşünmeyi, sosyal ilişkileri veya davranışı etkilemektedir.

6 AĞIR: Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranışı açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Çok iyi düzenlenmiş veya çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör: çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin

anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.

4 ORTA: Konuşmalar kısa ve iyi yapılanmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Baskı altında olunmadığında bile sıklıkla konu dışı konuşma, konular arasındaki ilişkileri kuramama veya çağrışımlarda kopukluk ile kendini gösteren biçimde düşünce toparlamada güçlük vardır.

6 AĞIR: Düşünmede, sürekli olarak belirgin derecede konu dışına çıkma ve düşünce sürecinde bozulmaya yol açacak şekilde, ciddi ölçüde sapma ve tutarsızlık vardır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünceler hastanın anlaşılabilir olmasına yol açacak düzeyde bozulmuştur. Çağrışımlardaki belirgin kopukluk hiçbir şekilde iletişim kurulamamasına neden olmaktadır (ör:kelime salatası veya mutizm).

P3. VARSANILAR:

Dış uyaranlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar işitme, görme, koku varsanılları veya bedensel varsanıllar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiği davranışların yanısıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir veya iki tane açık ancak sık olmayan varsanı vardır veya düşünce veya davranışta bozulmaya neden olmayan birkaç tane müphem, anormal algı sözkonusudur.

4 ORTA: Varsanılar sürekli olmamakla beraber sıklıkla vardır, ancak hastanın düşünme ve davranışları çok hafif düzeyde etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Varsanılar siktir ve değişik varsanılar (işitme, görme, koku vb.) birarada olabilir. Bu varsanılar düşünceyi bozmakta ve/veya davranışı etkilemektedir. Hasta bu yaşantıları sanrılarla yorumlayabilir, bunlara duygusal ve bazen de sözel olarak yanıt verebilir.

6 AĞIR: Varsanılar hemen hemen sürekli, düşünce ve davranışta belirgin bozulma yapacak düzeydedir. Hasta bunları gerçek algılar olarak değerlendirmektedir ve bu algılara verdiği duygusal ve sözel yanıtların sık olması hastanın işlevselliğini bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın zihni tamamen düşünce ve davranışlara hakim olan varsanılarla meşguldür. Varsanılara değiştirilemeyen sanrılı yorumlar eşlik etmekte ve varsanılara boyun eğerek uyma şeklinde sözel ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir.

P4. TAŞKINLIK:

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişmeler (oynaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Görüşme boyunca hafif ajitasyon, artmış uyanıklılık veya hafif düzeyde çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artış göstermeye meyillidir, ancak belirgin taşkınlık nöbetleri veya duygudurum oynaklığı yoktur. Konuşma hafif basınçlı olabilir.

4 ORTA: Görüşme boyunca ajitasyon veya aşırı uyarılmışlık belirgindir ve konuşmayı, genel hareket halini etkilemektedir veya seyrek olarak ani taşkınlık patlamaları oluşmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Hastada heran birkaç dakikadan fazla yerinde oturmasına engel olacak düzeyde belirgin aşırı hareketlilik veya sıkça olan hareketlilik patlamaları vardır.

6 AĞIR: Görüşmede dikkati bozan ve yeme, uyuma gibi kişisel işlevleri belli bir derecede etkileyen belirgin düzeyde taşkınlık gözlenmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin düzeyde taşkınlık, yeme ve uyumayı ciddi ölçüde etkilemekte ve kişiler arası ilişki kurmayı imkansız hale getirmektedir. Konuşmada ve beden hareketlerindeki hızlanma hastanın anlaşılabilir olmasına ve bitkin hale düşmesine neden olmaktadır.

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Belirgin büyüklük sanrıları olmamakla birlikte hafif kabarma veya kendini övme vardır.

4 ORTA: Gerçek dışı ve kesin bir biçimde kendini diğer insanlardan üstün hissetmektedir. Özel bir konuma veya özel yeteneklere sahip olma biçiminde tam oluşmamış sanrılar olsa da bunlar doğrultusunda davranılmamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Özel yeteneklere, konuma veya güce sahip olmayla ilgili belirgin sanrılar belirtilmekte ve tutumu etkilemektedir, ancak davranışı etkilememektedir.

6 AĞIR: Bir özellikten daha fazlasını kapsayan (servet, bilgi, ün vb.) alanlarla ilgili belirgin üstünlük sanrıları belirtilmekte ve ilişkileri etkilemekte, bunlar doğrultusunda davranılabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Acayip özellikler gösterebilen, üstün yetenek, bilgi, ün, güç ve/veya ahlaki değerlerle ilgili çok sayıda sanrılar düşünmeye, ilişkilere ve davranışa hakim durumdadır.

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşkular nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçekdışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Savunucu veya açıkça güvensiz bir tutum içindedir, ancak düşünceleri, ilişkileri ve davranışları çok az etkilenmektedir.

4 ORTA: Güvensizlik belirgindir ve görüşmeyi ve/veya davranışı etkilemektedir, ancak kötülük görme sanrıları yoktur, veya tam oluşmamış kötülük görme sanrıları bulunabilir, ancak bunlar hastanın tavrını veya kişilerarası ilişkilerini etkilememektedir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta kişilerarası ilişkilerini ciddi ölçüde bozacak düzeyde belirgin güvensizlik göstermektedir veya kişilerarası ilişkiler ve davranışı sınırlı ölçüde etkileyen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

6 AĞIR: İyi düzenlenmiş sayılabilen ve kişilerarası ilişkileri ciddi düzeyde etkileyebilen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bir seri iyi düzenlenmiş kötülük görme sanrıları örgüsü hastanın düşünmesine, sosyal ilişkilerine ve davranışına hakimdir.

P7. DÜŞMANCA TUTUM:

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadeleridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarıdır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: İğneleyici konuşma, saygısızlık gösterme, düşmanca ifadeler ve arasıra olan sinirlilik gibi öfke ifadeleri doğrudan değildir veya sınırlıdır.

4 ORTA: Sık sinirlenme ve doğrudan öfke veya küskünlük ifadeleri gösteren, açık bir düşmanca tutum içindedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta oldukça kolay kızar ve zaman zaman tehdit edici veya küfürlü konuşmaları olmaktadır.

6 AĞIR: İşbirliği kuramaması ve küfürlü konuşması veya sözel tehditleri görüşmeyi ve toplum ilişkilerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hasta hırçın veya tahrip edici olabilir ancak diğer insanlara karşı fiziksel güç kullanmaz.

7 ÇOK AĞIR: Şiddetli öfke nedeniyle işbirliği kuramamakta ve dolayısıyla ilişkileri engellenmekte veya diğer insanlara fiziksel güç kullanarak saldırması söz konusu olmaktadır.

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, yapmadır veya iyi ayarlanamaz.

4 ORTA: Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde “künttür”.

6 AĞIR: Çoğu zaman belirgin küntlük ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilemeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.

7 ÇOK AĞIR: Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya “heykel gibi” bir ifade içindedir.

N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevselliğiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve arasıra çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.

4 ORTA: Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.

5 ORTA/AĞIR: Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmektedir, ancak kısa süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

6 AĞIR: Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Ağır ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyyle yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir veya kişisel olmayan, entellektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.

4 ORTA: Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.

6 AĞIR: Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta görüşmeciyeye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sosyal aktivitelere arasıra ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.

4 ORTA: Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır sözkonusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.

6 AĞIR: Sosyal aktivitelere nadiren katılır, arasıra kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendibaşına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.

7 ÇOK AĞIR: Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Daha zor atasözlerine harfiharfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

4 ORTA: Genellikle somut düşünce tarzını kullanmaktadır. Çoğu atasözleri ve bazı kategorileri anlamada güçlüğü vardır. Düşünce bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine ve en göze çarpan özelliklerine kaymaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Çoğu atasözlerinde ve kategorilerde zorlanmasına yol açacak şekilde somut tarzda düşünmektedir.

6 AĞIR: Hiçbir atasözünün veya mecazi ifadenin soyut anlamını kavrayamamaktadır ve bahsi geçen nesnelere en basit benzerliklere göre sınıflandırmaktadır. Düşünce ya anlamsızdır ya da bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine, en göze çarpan özelliklerine ve bunlarla ilgili alışılmamış yorumlamalara takılıp kalmıştır.

7 ÇOK AĞIR: Sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü, mecaz veya teşbihi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeniyle muayene yapan kişiyle hiçbir ilişkiye giremeyen hastalar için de yapılabilir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyrederek değerlendirilmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşmaya çok az isteği vardır. Hastanın yanıtları doğrudan ve soruya yanıt tarzında, kısa ve sade olmaya meyillidir.

4 ORTA: Konuşmada serbest akış yoktur ve konuşma düzgün değildir veya duraksamalıdır. Yeterli yanıtların alınabilmesi ve konuşmanın devam edebilmesi için sıkça yönlendirici sorular gerekmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin sorularına bir veya iki kısa cümle ile yanıt verir. Kendiliğinden ve açık bir biçimde konuşmada belirgin eksiklik vardır.

6 AĞIR: Konuşmayı kısaltmak veya konuşmaktan kaçınmak isteğiyle hastanın yanıtları birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır (ör: “bilmiyorum”, “söylemeye izinli değilim”). Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

7 ÇOK AĞIR: Sözel iletişim taktik kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkansızlaşmaktadır.

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sık düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Tavırlar veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları gözönüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir.

4 ORTA: Konuşma, yeni bir konuya geçişi güçleştirecek biçimde tekrarlayan bir konu etrafında dönmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin çabalarına rağmen, düşünme o kadar değişmez ve tekrarlayıcıdır ki konuşma iki veya üç konuyla sınırlı kalmaktadır.

6 AĞIR: Taleplerin, ifadelerin, düşüncelerin veya soruların kontrol edilemeyen tekrarları konuşmayı ciddi ölçüde bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünme, davranış ve konuşmaya, sabit, tekrarlayan düşünceler veya sınırlı cümleler hakimdir. Bu durum konuşmada uygunsuzluğa, değişmezliğe ve sınırlılığa neden olur.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta olmadığına ilişkin teminat verilmesi isteğiyle sorduğu sorulardan anlaşıldığı üzere, sağlık veya bedenle ilgili konularda belirgin kaygısı vardır.

4 ORTA: Sağlığın kötüleşmesi veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili yakınmalar vardır, ancak bunlar sanrı düzeyinde değildir ve teminat ile aşırı kaygı yatıştırılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın fiziksel bir hastalık veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili olarak sık ve çok sayıda yakınması vardır veya hasta bu konularda zihnini sürekli meşgul etmeyen bir veya iki açık sanrı sergilemektedir.

6 AĞIR: Hastanın zihni bedensel bir hastalık veya organlarda işlev bozukluğuyla ilgili belirgin bir veya birkaç sanrıyla meşguldür, ancak duygulanımı tamamen bu konulara gömülmemiştir ve biraz çabayla görüşmeci hastanın düşüncelerini farklı yöne yönlendirebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın duygulanımına ve düşüncelerine tamamen hakim olan çok sayıda ve sık somatik sanrılar veya birkaç tane ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrı vardır.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir miktar endişe, aşırı kaygı veya öznel huzursuzluk ifade edebilir, ancak bu duruma bağlı beden ve davranış değişiklikleri bildirilmez veya görülmez.

4 ORTA: Hasta, ellerde ince tremor ve aşırı terleme gibi hafif bedensel belirtilerin eşlik ettiği belirgin sinirlilik belirtileri bildirmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, belirgin gerginlik, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı veya uyku bozukluğu gibi önemli fiziksel ve davranışsal belirtilere yol açan ciddi anksiyete belirtileri bildirmektedir.

6 AĞIR: Fobiler, belirgin huzursuzluk veya çok sayıda bedensel belirtilerle ilişkili olan, hemen hemen süregen ve öznel bir korku hissi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bazen panik düzeyine ulaşan ve hemen hemen sürekli olan veya gerçek panik atakları şeklinde görülen anksiyete durumu hastanın hayatını ciddi şekilde etkilemektedir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sorgulama ile önemsiz bir olayla ilgili müphem bir suçluluk veya kendini suçlama hissi ortaya çıkmaktadır, ancak hasta açık olarak fazla endişeli değildir.

4 ORTA: Hasta, hayatındaki gerçek bir olaydan dolayı kendisini sorumlu tuttuğunu ifade etmektedir, ancak zihni sürekli bununla meşgul değildir ve tavır ve davranışları bundan etkilenmemektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, kendini küçük görme veya cezalandırılmayı hakketme düşüncelerinin eşlik ettiği güçlü bir suçluluk duygusu ifade etmektedir. Suçluluk duyguları sanrı niteliğinde olabilir, nedeni olmaksızın ortaya çıkabilir, zihin meşguliyeti ve/veya çökkün duygudurumun kaynağı olabilir ve görüşmeci tarafından yatıştırılmaz.

6 AĞIR: Güçlü suçluluk düşünceleri sanrı özelliğine bürünür ve ümitsizlik veya değersizlik hislerine yol açar. Hasta yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadır ve hatta o anda içinde bulunduğu şartları bir ceza olarak görebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın yaşamı değişmesi mümkün olmayan suçluluk sanrılarının etkisi altındadır ve bu nedenle hasta hapse atılma, işkence veya ölüm gibi ağır cezalar hakettiğini düşünmektedir. Ek olarak intihar düşünceleri veya başkalarının sorunlarını kendisinin geçmiş hatalarına bağladığı görülebilir.

G4. GERGINLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kaygıyla bekleyişin göstergeleri olarak hafif rijidite, arasıra olan yerinde duramama hali, pozisyon değiştirme veya ellerde ince tremor gibi vücut duruşu ve hareketleri görülmektedir.

4 ORTA: Kıpır kıpır olma, ellerde belirgin titreme, aşırı terleme veya heyecanlı tavırlar gibi çeşitli belirtilerle sınırlı bir görünüm ortaya çıkmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Heyecan nedeniyle titreme, belirgin terleme ve huzursuzluk gibi çok sayıda belirtiler belirgin gerginliğe işaret etmektedir, ancak görüşmedeki davranışlar önemli ölçüde etkilenmemiştir.

6 AĞIR: Kişiler arası ilişkileri bozacak düzeyde belirgin gerginlik vardır. Hasta uzun süre bir yerde oturamayacak derecede huzursuz olabilir veya hızla soluk alıp verebilir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin gerginliğin göstergesi olarak hızla ve huzursuzca ileri geri yürüme ve bir dakikadan fazla yerinde oturamama gibi panik belirtileri veya hareketlerde hızlanma gözlenir ve bu nedenle konuşma sürdürülemez.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariplik veya vücut duruşunda hafif bir rijidite vardır.

4 ORTA: Hareketler belirgin olarak gariptir veya düzensizdir veya kısa süreli doğal olmayan bir vücut duruşu vardır.

5 ORTA/AĞIR: Arasıra acayip törensel hareketler veya çarpık bir vücut duruşu gözlenmektedir veya uzunca bir süre korunan anormal bir vücut duruşu vardır.

6 AĞIR: Acayip törensel hareketlerin, manyerizmin veya stereotipik hareketlerin sıkça tekrarı veya uzunca bir süre korunan çarpık bir vücut duruşu vardır.

7 ÇOK AĞIR: Sürekli olan törensel, manyeristik veya stereotipik hareketler veya doğal olmayan sabit bir postürün uzun süre korunması nedeniyle işlevsellik ciddi ölçüde bozulmaktadır.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygudurumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sadece sorulduğunda bir miktar çaresizlik ve üzüntü dile getirir, ancak genel tavrında veya davranışlarında depresyonla ilgili özellikler yoktur.

4 ORTA: Açığa vurulabilen belirgin üzüntü veya çaresizlik duyguları vardır, ancak çökkün duygudurumun davranış ve sosyal işlevler üzerine etkisi yoktur. Hasta genelde neşelenirilebilir.

5 ORTA/AĞIR: Belirgin üzüntü, kötümserlik, sosyal ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve bir miktar uyku ve iştah sorunlarıyla giden bariz çökkün duygudurum vardır. Hasta kolaylıkla neşelenirilemez.

6. AĞIR: Sürekli ağır elem, arasıra ağlama, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile giden belirgin çökkün duygudurum vardır. Ek olarak, önemli düzeyde iştah ve/veya uyku bozukluğu, kendine bakmamayla ilgili belirtilerin de görülebileceği motor ve sosyal davranışlarda bozukluk vardır.

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama,

sosyal ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyarılara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabilen üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerin ve konuşmanın hızında hafif ancak gözlenebilir bir azalma vardır. Hastanın konuşması ve iletişimde kullandığı el kol hareketlerinde bir miktar azalma olabilir.

4 ORTA: Hastanın hareketleri açıkça yavaşlamıştır ve sorulara uzun sürede yanıt verilmesi, konuşmada uzamış duraklamalar olması veya konuşmanın hızının yavaşlaması ile konuşmanın verimliliği azalmıştır.

5 ORTA/AĞIR: Motor aktivitedeki belirgin azalma iletişimi verimsiz kılmaktadır veya toplumsal ve mesleki işlevselliği sınırlamaktadır. Hasta genellikle ya yatar ya oturur durumda bulunmaktadır.

6 AĞIR: Hareketlerdeki aşırı yavaşlama aktivite ve konuşmanın en aza indirgenmesine neden olmaktadır. Genel olarak hasta gününü yatarak veya uzanarak geçirmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hasta tamamen hareketsizdir ve dış uyarılara yanıt vermemektedir.

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimliliği, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir. Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

4 ORTA: Kendi yatağını yapma, önceden planlanan programlara katılma gibi normal sosyal gerekliliklere arasıra ani olarak karşı koyar. Düşmanca, savunucu veya karşı gelme eğilimi olan bir tutum gösterebilir, ancak bu tutumu genellikle ele alınabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından “toplum dışı” veya “ciddi bir davranış sorunu olan kimse” şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

6 AĞIR: Hasta işbirliği kurmayan, karşı gelme eğilimli ve kavgacı bir tutum içindedir. Sosyal gerekliliklerin çoğuna uymayı reddeder. Görüşmeye başlamayı veya görüşmeyi sonuna kadar sürdürmeyi reddedebilir

7 ÇOK AĞIR: Tüm önemli işlev alanlarını ciddi ölçüde etkileyecek düzeyde aktif bir karşı koyma tutumu vardır. Hasta herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayı, kişisel temizliğiyle ilgilenmeyi, ailesi veya sağlık personeliyle konuşmayı ve görüşmeye kısa süre için bile olsa katılmayı reddeder.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce içeriği bir miktar garip veya alışılmamıştır veya herkesin aklından geçebilecek düşünceler garip bir bağlam içinde düşünülmektedir.

4 ORTA: Düşünceler sıklıkla çarpıtılabilir ve zaman zaman oldukça acayıptır.

5 ORTA /AĞIR: Hasta birçok garip ve hayali (ör: bir kralın daha sonra evlat edinilen oğlu olduğu, ölüm listesinde olup daha sonra kurtulduğu) veya tamamen anlamsız bazı (ör: yüzlerce çocuğa sahip olduğu, dış dolgusu aracılığıyla uzaydan radyo mesajları aldığı) düşünceler aktarır.

6 AĞIR: Hasta birçok mantıksız veya anlamsız düşünceler veya belirgin acayip niteliği olan bazı düşünceler (ör: üç tane kafası olduğu, başka bir gezegenden gelen bir ziyaretçi olduğu) aktarır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünce içeriği tamamen saçma ve acayip düşüncelerden oluşmaktadır.

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. İlgi alanında, sağlık personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

4 ORTA: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada kısmi başarı vardır. Örneğin hasta hastanede bulunduğunu bilmekte ancak hastanenin adını bilmemektedir; bulunduğu şehri bilmekte ancak mahalle adını bilmemektedir; kendi terapistinin adını bilmekte ancak diğer birçok sağlık personelinin adını bilmemektedir; yıl ve mevsimi bilmekte ancak aydan emin olamamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada önemli ölçüde bozukluk vardır. Hasta nerede olduğuna dair müphem bir fikre sahiptir veya çevresindeki çoğu insanı tanıyamamaktadır. Yılı doğru veya doğruya yakın olarak bilse de içinde bulunulan ayı, haftanın gününü veya mevsimi bilmemektedir.

6 AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada belirgin bozukluk vardır. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır; şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin ismini bilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur. Bulduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi, arkadaşları ve kendi terapisti gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya bilememektedir.

G 11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyaranlar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyaran üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Arasına dikkatte dağılmaya meyil veya görüşmenin sonuna doğru dikkatin dağılması şeklinde görülebilen dikkati toplama sorunu vardır.

4 ORTA: Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk nedeniyle konuşma etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Dikkati toplayamama, dikkatte kolayca dağılma ve dikkati yeni konulara odaklama zorluğu nedeniyle konuşma ciddi olarak engellenmektedir.

6 AĞIR: İç ve dış uyaranların dikkati dağıtması nedeniyle hastanın dikkati çok kısa süre için veya çok büyük çabayla toparlanabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Dikkat o kadar bozulmuştur ki hastanın kısa bir süre konuşması bile mümkün değildir.

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Psikiyatrik bir bozukluğu olduğunu kabul eder, ancak ciddiyetini, tedavinin gerekçelerini veya hastalığın tekrarlamaması için önlem alması gerektiğini hafife almaktadır. Geleceğe yönelik tasarlama bozukluk vardır.

4 ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir. Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir veya varolan sanrılar, düşünce

dağınıklığı, şüphecilik ve kendini toplumdaki çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geri plandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Psikiyatrik rahatsızlığının geçmişte olduğunu, ancak şu anda hasta olmadığını düşünmektedir. Üstüne gidilirse, yanlış yorumlamalar veya sanrısız düşünce ile açıklamaya meyilli olduğu ilgisiz veya önemsiz bazı belirtilerin varlığını kabul edebilir. Psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olduğunu farkında değildir.

6 AĞIR: Hasta geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu kabul etmez. Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik belirtinin varlığını kabul etmez; uyum göstermesine rağmen tedavi ve hastaneye yatma ihtiyacını olduğunu da yadsır.

7 ÇOK AĞIR: Geçmişte veya şu andaki psikiyatrik hastalık varlığını yadsır. Hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar (ör: geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin zulmü gibi) ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma ve düşünmedeki hafif derecedeki kararsızlık sözel ve bilişsel süreçleri biraz engelleyebilir.

4 ORTA: Hasta genellikle ikilemedir ve karar vermede belirgin güçlük çekmektedir. Düşüncedeki gelgitler nedeniyle konuşma etkilenmektedir ve sonuç olarak sözel ve bilişsel işlevsellik açıkça bozulmuştur.

5 ORTA/AĞIR: Irade güçlüğü hem düşünce hem davranışı etkilemektedir. Hasta toplumsal ve hareketle ilgili aktivitelerin başlatılması ve sürdürülmesini bozacak ve konuşmada duraklamaya da neden olabilecek düzeyde belirgin kararsızlık gösterir.

6 AĞIR: Irade güçlüğü giyim kuşam gibi basit, otomatik işlevlerin bile yapılmasına engel olmaktadır ve konuşmayı belirgin olarak etkilemektedir.

7 ÇOK AĞIR: Iradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizme yol açar.

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta zorlanmayla yüzyüze kaldığında veya doyumunu engellendiğinde kolay öfkelenmeye ve hayal kırıklığına uğramaya meyillidir, ancak dürtü doğrultusunda hareket etmez.

4 ORTA: Çok hafif kışkırtmayla bile hasta öfkelenmekte ve küfredabilmektedir. Arasına tehditkar, tahripkar olabilir veya dövüşle karşıkarşıya kaldığı veya hafif ağız dalaşı yaptığı görülebilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta tekrarlayıcı biçimde dürtüsel olarak küfürlü konuşabilir, eşyalara zarar verebilir veya fiziksel tehdit savurabilir. Hastanın tecrid edilmesini, bağlanmasını veya gerektiğinde ilaçla sakinleştirilmesini gerektiren, saldırganlaştığı bir veya iki olay olmuş olabilir.

6 AĞIR: Hasta sonuçlarını hiç düşünmeden sıkça dürtüsel bir biçimde saldırgan, tehditkar, talepkar ve tahripkardır. Saldırgan davranış sergiler ve cinsel saldırganlık da gösterebilir. Muhtemelen varsanı niteliğindeki işittiği seslere uymaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta cinayet girişimleri, cinsel saldırılar, tekrarlayan kabakuvvet kullanma veya kendine zarar verme davranışları göstermektedir. Tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle sürekli gözetim altında tutulması veya tesbit edilmesi gerekir.

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşüncelere kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kişisel ihtiyaçlar veya sorunlarla aşırı uğraşma nedeniyle konuşmanın benmerkezcil konulara yönlendiği ve diğer insanlara gösterilen ilginin azaldığı gözlenir.

4 ORTA: Hastada gündüz hayal kurma veya iç yaşantılarla uğraşma tarzında bir kendisiyle meşgul olma hali vardır ve bu nedenle iletişim az da olsa etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta otistik yaşantılarla içiçedir. Boş bakışlar, kendikendine mırıldanma veya konuşma veya stereotipik hareketler şeklinde gözlenen bu tür davranışlar toplumsal işlevleri ve iletişimi olumsuz etkilemektedir.

6 AĞIR: Otistik yaşantılarla olan aşırı zihinsel uğraşı dikkati toplamayı, konuşmayı ve çevreye yönelimi ciddi ölçüde sınırlamaktadır. Hasta sıklıkla kendikendine gülerken, mırıldanırken, konuşurken veya bağırırken gözlenebilir.

7 ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla içiçedir. Hastanın sürekli sözel olarak veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pek farkında değildir.

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gerektiğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendibaşına geçirmeyi tercih etmektedir.

4 ORTA: Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir veya anksiyete, şüphecilik veya düşmanca duygular nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uzak durmaktadır. Serbest saatlerini kendikendine geçirmeye meyillidir.

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olabildiğince uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.

EK 6. ERİraos Skorlama Çizelgesi

ERİraos Skorlandırma Çizelgesi		İsim:	Tarih:			
Giriş sorusu: Neden profesyonel yardım alma ihtiyacı hissettiniz?						
Semptomlar	Tipi	A	B	C	D	Toplam
1	Endişeler (Ayrıca mental işlevlerle ilgili)	--				
2	Gerginlik, huzursuzluk, sinirlilik, iritabilite	--				
3	Hiperaktivite	--				
4	Sosyal içe çekilme	--				
5	Enerji kaybı, kolay yorulma, uyku ihtiyacında artma, subjektif yavaşlama hissi	--				
6	İş performansı, işe girme isteği, amaçsızlık	--				
7	Emosyonel/seksüel ilişkiler	--				
8	Depresif mood, ilgi kaybı, memnuniyet kaybı	--				
9	Uyumada güçlük çekme, gece uykusundan uyanma, uykusuzluk	--				
10	Sabahları erken uyanma	--				
11	İştah artışı	--				
12	İştah kaybı	--				
13	Cinsel ilgide artış	--				
14	Cinsel ilgide azalma	--				
15	Künt afekt	--				
16	Uyumsuz afekt	--				
17	Sosyal iletişimi başlatma ve sürdürme yeteneğinde azalma	--				
18	Katatonik semptomlar(hipo/akinezi)	BLIPS []				
19	Katatonik semptomlar(hiperkinezi)	BLIPS []				
20	Garip davranışlar	--				
21	Sosyal fobi	--				
22	Ruminasyonlar (iç direnç olmaksızın)	--				
23	Perseverasyon düşünceleri	Basic				
24	Alıcı konuşma bozukluğu	Basic				
25	Düşünce bölünmesi	Basic				
26	Baskıcı ve yarışan fikirler	Basic				
27	Düşünce bloğu	Basic				
28	Düşünce çekilmesi, düşüncelerin okunması, düşüncelerin yerleştirilmesi	BLIPS []				
29	Sesli düşünme ve düşünce yayınlanması	BLIPS []				
30	Fikirler ile algılar ya da fantezi ile gerçek anılar arasındaki farkı ayırt etme yeteneğinde bozulma	Basic				
31	Depersonalizasyon, derealizasyonm	Basic				
32	Gizemli şeyler ve anormal düşünceler ile zihinsel meşgulliyet	APS				

©K. Maurer, M. Zink, F. Rausch, H. Häfner

33	Aşırı değerlendirilmiş düşünce	--							
34	Şüphencilik ve paranoid düşünceler	APS							
35	Stabil olmayan referans fikirleri (kişi merkezli) ¹ , referans fikirleri ²	Basic ¹ APS ²							
36	Referans sanrısı	BLIPS []							
37	Sanrısız algılar, sanrısız yanlış yorumlama	BLIPS []							
38	Kontrol sanrısı	BLIPS []							
39	Graniyözite sanrısı	BLIPS []							
40	Perseküsyon sanrısı	BLIPS []							
41	Kıskançlık ya da suçluluk sanrıları, dini sanrı, nihilistik sanrı	BLIPS []							
42	Hipokondriak sanrı	BLIPS []							
43	Anormal algılar	APS							
44	Görsel algılamada bozukluklar	Basic							
45	Görsel varsanılar (şekilli, şekilsiz)	BLIPS []							
46	İşitsel algılamada bozulmalar	Basic							
47	İşitsel varsanılar (gürültü, ses)	BLIPS []							
48	Koku, tat, somatik ve taktıl algılamada bozulmalar, bozulmuş vücutsal duyular	Basic							
49	Bedensel illüzyonlar	APS							
50	Koku, tat, somatik ve taktıl varsanılar	BLIPS []							
Sütunların toplamı									

Anahtarlar ve talimatlar: Evet için 1; Hayır için 0 kodlayın

A = Semptomlar şu anda var ; **B** = Semptomlar son 12 ay içinde var;

C = Son 12 ay içerisinde semptomlarda kötüleşme var **D** = mevcut stres

Eğer bir kısımda birden fazla semptom varsa, hangileri bulunuyorsa altını çiziniz. (Örneğin: Gerginlik, huzursuzluk, sinirlilik, iritabilite)

BLIPS: Eğer semptomun var olduğu düşünülüyorsa, BLIPS olarak ortaya çıkıp çıkmadığını belirtin. Aksi halde, psikotik değer uygulanır. (>7 gün sürekli mevcuttur.) BLIPS = semptom nadiren ya da kısa bir süre boyunca ortaya çıkmıştır. (7 günden daha az sürmüş, kendiliğinden iyileşmiştir, 2 BLIPS epizodu arasında en az bir hafta psikotik semptomların olmadığı bir dönem vardır); BLIPS varsa tip kolonundaki parantez içini işaretleyin! APS ve basic semptomların işaretlenmesine gerek yoktur.

En fazla 200 puan alınabilir Kesim puanı 30'dur.

Müdahale kararı:

Psikoz riski yok: BLIPS, APS ya da basic semptomlar desteklenmemektedir, kesim puanına erişilememiştir.

Erken prodrom: ≥ 30 puana erişilmiştir ya da en az 2 basic semptom bulunmaktadır.

Geç prodrom: Total skordan bağımsız olarak, en az 1 BLIPS ya da APS semptomu vardır.

Psikotik kötüleşme: Full psikotik epizot gibi bir ya da daha fazla semptom BLIPS olarak işaretlenmiştir.

Gözlemsel kısımlar: (Sonradan işaretlenebilir ve total skora dahil edilmez.)

1. Afektif davranış: Gözlemlenen anksiyete __; Gözlemlenen depresyon __; Hipomani __; Agresif iritabilite __; Dürtü denetim yokluğu __; Künt afekt __; Duygusal yakınlık eksikliği __

2. Yüz ifadesi, ses, göz teması: Azalmış yüz ifadesi __; Uygunsuz yüz ifadesi __; Anormal, monoton, ifadesiz, düz ses __; Göz kontağından kaçınma __; Beden dilinde anormal kısıtlanma __; Motor retardasyon __

3. Dil ve konuşma: Uygunsuzluk __; Neolojizm ve idiosinkratik konuşma __; İletişimsiz konuşma __; Kısıtlı sözel ifade __; Anormal uzun ve çevresel konuşma __; Perseverasyon __

4. Gör Dış referans ve gerçeğe oryantasyon İç görü ve yargılama kısıtlılığı __; Kendi halinde olma __; Dezoryantasyon __

EK 7. Global Değerlendirme Ölçeği

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

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara kabılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile tartışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, allesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanıllardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereksinimleri bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereksinimleri sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

PUAN

EK 8. Araştırma Etik Kurulu Onayı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Olan 13-19 Yaş Arasındaki Ergenlerin Prodromal Belirtiler Açısından İncelenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Tezan BİLDİK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>	FAZ 4 <input type="checkbox"/>
	Gözlemsel İlaç Çalışması <input type="checkbox"/>	Tıbbi Cihaz klinik Araştırması <input type="checkbox"/>			
	İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazları İle Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları <input type="checkbox"/>	İlaç Dışı Klinik Araştırma <input checked="" type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	29.11.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ÇALIŞMA GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.11.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	EBEVEYN İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.11.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	KONTROL GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.11.2016	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/> İmza Tarihi: 29.11.2016			
DİĞER	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 16-11.1/12	Tarih: 06.01.2017			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
			22	28.09.2011/05	1/2



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 16- 11.1/12				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
--	----------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

EK 9. Sağlıklı Kontrol Grubu Alımı İçin Milli Eğitim Bakanlığı Onayı



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 12018877-604.01.02-E.6602559
Konu : Araştırma İzni

09.05.2017

Sn: Helin YILMAZ
Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD.
Bornova/ İZMİR

- İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 07/03/2012 tarihli ve B.08.0.YET.00.20.00.0/3616 sayılı yazısı (Genelge 2012/13)
b) 27/04/2017 tarihli dilekçeniz
c) 09/05/2017 tarihli ve 6583888 sayılı Valilik Onayı.

Müdürlüğümüz Bornova ilçesine bağlı Çimentaş Ortaokulu, Necmiye Bilgin Ortaokulu, Yahya Kemal Beyatlı Ortaokulu, Sıdika Rodop Anadolu Lisesi, Suphi Koyuncuoğlu Anadolu Lisesi, İzmir Fen Lisesinde uygulama isteğiniz "Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Olan 13-19 Yaş Arasındaki Ergenlerin Prodomal Belirtiler Açısından İncelenmesi" konulu uzmanlık tez çalışmanız için kullanacağınız ölççekler ilgi (c) Valilik Onayı ile uygun görülmüştür.

Araştırmanın tamamlanmasından itibaren en geç iki hafta içinde Araştırmanın Teslimine İlişkin Taahhütname Tutanağı doldurulup, araştırmanın CD'ye aktarılması sağlanarak Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Şemsettin ÜNAL
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

- Ek:
1- Valilik Onayı (1 sayfa)
2- Araştırma Değerlendirme Formu,
Anket Formları ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Formu (10 sayfa)
3- Taahhüt Formu (1 sayfa)

Ash ile Aynıdır
5070 sayılı yasa ile
elektronik olarak imzalanmıştır.

10 Mayıs 2017

Nusret SEZER
Müdür

Fevzi Paşa Mh.452 Sk.No:15 Strateji Geliştirme Hizmetleri 1 Bölümü Konak/İZMİR
Elektronik Ağ: izmir.meb.gov.tr
e-posta: strateji35_1@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: N.GÜR
Tel: (0232) 280 36 31

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 162d-7dde-3005-bcc9-8c23 kodu ile teyit edilebilir.