



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**PSİKOZ RİSK SENDROMLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ
GÖRÜŞME’NİN (PSİG) (STRUCTURED INTERVIEW FOR
PSYCHOSIS-RISK SYNDROMES-SIPS) TÜRKÇE
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

Dr. Ayşegül TONYALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**PSİKOZ RİSK SENDROMLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ
GÖRÜŞME’NİN (PSİG) (STRUCTURED INTERVIEW FOR
PSYCHOSIS-RISK SYNDROMES-SIPS) TÜRKÇE
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİğİ**

Dr. Ayşegül TONYALI

**Tez Danışmaları: Doç. Dr. Gül KARAÇETİN
Prof. Dr. E. Arzu KANIK**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin son senesinde tanıma imkanım olmasına rağmen, hem bilgi hem de insanlık olarak, ufkumu genişleten, desteğini her daim hissettiğim ve hissedeceğimi bildiğim tez danışmanım ve klinik şefim Doç. Dr. Gül KARACETİN ÖZER'e,

Asistanlığımın ilk 3 yılını birlikte geçirdiğim ve bir Çocuk Psikiyatristi olarak yetişmeme derin katkıları olan Prof. Dr. Özden ŞÜKRAN ÜNERİ'ye,

Samimiyeti, sabrı, deneyimi ve engin bilgisiyle kendisinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Esra TAŞKIN ÇÖP'e,

Klinik yaklaşımı ve deneyimlerinden faydalanma şansı bulduğum Doç. Dr. Caner MUTLU'ya,

Kısa bir süre de olsa teorik ve klinik birikiminden birçok kazanımlar edindiğim Uz. Dr. Arzu ÇİFTÇİ'ye,

Çocuk Psikiyatri hekimi olmayı sevdiiren Başasist. Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ ve Başasist. Dr. Özlem HEKİM BOZKURT'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlanma imkanına sahip olduğum Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA, Prof. Dr. Halise DEVRİMCİ ÖZGÜVEN, Prof. Dr. Eruvan Tuğba ÖZEL KIZIL, Doç. Dr. Esra GÜRKAŞ'a,

İstatistik değerlendirmelerde yardımlarını esirgemeyen yardımcı tez danışmanım Prof. Dr. Arzu KANIK ve Elif ERTAŞ'a,

Birçok güzel anıyı paylaştığım, yol arkadaşım, eş kıdemlim Dr. Tuğba ACEHAN'a,

Vizyonu ve katkılarıyla tezimin her aşamasında her türlü maddi ve manevi büyük desteğini hissettiğim Dr. Çağatay ERMİŞ'e,

Tez çalışmama verdikleri destekler için Dr. Oğulcan Çıray, Dr. Uğur KARABAĞ, Dr. Öykü UMUT, Uzm. Dr. Bedriye ÖZKAN'a,

Birlikte çalışmaktan oldukça keyif aldığım Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Psikiyatri Kliniği asistanları ve Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim dalı uzman ve asistanlarına,

Poliklinik ve servis şartlarında birlikte çalıştığımız tüm hemşirelerimiz, psikologlarımız, çocuk gelişimi uzmanlarımız, sekreterlerimiz ve personelimize,

Desteğinin, sabrının, saygısının ve sevgisinin her zaman benimle olduğunu bildiğim sevgili eşime,

Sabrı, sevgisi, şarkıları, resimleri, sürprizleri ve varlığı ile güzel kızıma,

Bugüne gelmemde büyük emekleri olan, sevgilerini, desteklerini ve inançlarını her zaman hissettiğim, canım annem, babam ve kardeşime,

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

Dr. Ayşegül TONYALI

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin tanımı ve önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Psikoz Risk Sendromları (Prodromal Psikoz)	4
2.1.1. Tarihçe	4
2.1.2. Güncel Tanımlamalar ve Klinik Özellikler	7
2.1.2.1. Riskli Mental Durumlar (ARMS) / Ultra Yüksek Risk (UHR)	8
2.1.2.2. Temel Semptom Ölçütleri	10
2.1.2.3. Klinik Özellikler	11
2.1.3. Değerlendirme	13
2.1.4. Prediktif Yaklaşımlar	17
2.1.4.1. Kognitif Değerlendirme	17
2.1.4.2. Nörogörüntüleme Çalışmaları	18
2.1.4.3. Risk Hesaplayıcılar	20
2.1.5. Klinik Sonuçlar ve Prognoz	20
2.1.6. Tedavi	21
2.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	24
2.2.1. Ölçeğin Psikolinguistik yapısının çalışılması	24
2.2.2. Güvenirlik	24
2.2.2.1. Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi	25

2.2.2.2. İç Tutarlılık.....	25
2.2.3.Geçerlilik.....	25
2.2.3.1. Yapı Geçerliği	25
2.2.4.Roc Analizi ve Kesim Noktası	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Etik Prosedürler	27
3.2. Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/ Dil uyarlaması	27
3.3. Örneklem Seçimi	28
3.4. İşlem	29
3.5. Veri Toplama Araçları:.....	30
3.6. İstatistiksel Değerlendirme	32
4. BULGULAR.....	34
4.1. Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler.....	34
4.1.1.Yaş	34
4.1.2.Cinsiyet	34
4.1.3.Eğitim Düzeyleri	35
4.1.4.Aile Özellikleri.....	37
4.1.5.Anne/Baba Eğitim Düzeyi	38
4.1.6.Anne ve Babaların Çalışma Durumu	38
4.1.7.Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	39
4.1.8.Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD) ve Suisidatile Durumları	39
4.1.9.Psikiyatrik Öykü/Aile Öyküsü	40
4.1.10.Psikiyatrik İlaç kullanımı	41
4.1.11. Mevcut/Geçmiş Psikiyatrik Tanılar	43
4.2. Ölçek Puanlarının Değerlendirmeleri	46
4.3. SOPS Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	50
4.3.1.Yapı Geçerliliği.....	50
4.3.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi	50
4.3.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	54
4.3.2.İç Tutarlılık-Güvenilirlik Analizi.....	55
4.3.3.SOPS ve PANSS Ölçekler Arası Uyum Geçerliliği (Concurrent Validiy).....	56
4.3.4.Örtüştürücü (Konverjan) Geçerliliği	59
4.4. ROC Analizi ve Kesim Puanı	61

5. TARTIŞMA	63
5.1. Sosyodemografik, Klinik ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi	63
5.2. Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	66
5.3. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizlerinin Değerlendirilmesi	71
5.3.1.Yapı Geçerliliği.....	71
5.3.1.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi	81
5.3.1.2. Örtüştürücü (convergent) geçerliliği	81
5.3.1.3. Ayırt Edici (Diskriminant) geçerliliği.....	82
5.3.2.Ölçüt Geçerliliği.....	83
5.3.2.1. Eş zamanlı (Concurrent) Geçerlilik	83
5.4. Güvenilirlik Analizleri.....	84
5.4.1.İç Tutarlılık Analizi.....	84
5.5. ROC Analizi ve Kesim Değeri	85
5.6. Sınırlılıklar.....	87
6. SONUÇ	88
7. KAYNAKLAR	89
8. ÖZGEÇMİŞ	99
9. EKLER	100
EK 1 – THE PSYCHOSIS-RISK SYNDROME HANDBOOK FOR DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP kitabı için “Oxford University Press” Yayınevi İzni.....	100
EK 2 - TEZ ÇALIŞMASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	105
EK 3 – SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:	106
EK 4 – PANNS.....	109
EK 5 – BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ).....	110
EK 6 – ÇOCUKLUK ÇAĞI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ) ÇOCUK FORMU (8 yaş ve büyük)	114

SİMGELER VE KISALTMALAR

- (t)** : toplam
- AAB** : Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu:
- AFA** : Açıklayıcı faktör analizi
- AGFI** : adjusted goodness of fit)
- APS** : Attenuated positive symptom symptoms (hafif pozitif semptom sendromu)
- ark.** : “arkadaşları”
- EPS** : Attenuated Psychosis Syndrome (Eşikaltı Psikoz Sendromu)
- ARMS** : at risk mental states (riskli mental durum)
- AUC** : Area Under Curve (eğri altı alan)
- BDÖ** : Beck Depresyon Ölçeği
- BDT** : bilişsel davranışçı terapi
- BLIPS** : Brief-limited intermittent psychotic symptom syndrome (kısa-sınırlı aralıklı psikotik semptom)
- BSABS** : Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (Bonn Temel Semptomların Değerlendirilmesi Ölçeği)
- BSIP** : Basel screening instrument for psychosis (Basel Psikoz Tarama Envanteri)
- CAARMS** : Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (riskli mental durumlar için kapsamlı değerlendirme)
- CAPE** : Community Assessment of Psychic Experiences (Psşik Yaşantılar Toplum Değerlendirmesi)
- CFI** : comperative fit index
- CHR** : clinical high risk (klinik yüksek risk)
- CMIN/df** : relative chi square index)
- COGDIS** : cognitive disturbances (Kognitif bozulmalar)
- COPER** : cognitive-perceptive symptoms (Kognitif-algısal semptomlar)
- COPS** : Criteria of Psychosis-risk Syndromes (Psikoz-Risk Sendromları Kriterlerinin)

- ÇATÖ** : Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (The Screen for Child Anxiety. Related Emotional Disorders)
- DDD** : duygudurum düzenleyici
- DEHB** : Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
- DFA** : Doğrulayıcı faktör analizi
- DSM** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- DTI** : Difüzyon tensor MRI
- DUP** : Duration of untreated psychosis (tedavi edilmemiş psikoz süresi)
- EEG** : elektroensefalogram
- EPA** : European Psychiatric Association
- EPPIC** : Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (ilk atak psikoz servisi)
- fMRI** : fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
- GAF** : Global Assessment of Functionality (Global Değerlendirme Ölçeği)
- GFI** : Goodness of Fit
- GRD** : Genetic risk and recent deterioration (ailesel risk ve işlevsellikte azalma)
- K-SADS** : The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)
- KZVD** : Kendine zarar verme davranışı
- NAPLS** : North American Prodrome Longitudinal Study
- PANSS** : Positive and negative symptom scale (Pozitif ve Negatif belirtiler ölçeği)
- PET** : Pozitron emisyon tomografi
- POPS** : Presence of Psychotic Symtoms (Psikotik Semptomların Varlığı Kriterleri)
- PQ** : Prodromal Questionnaire (Prodrom anketi)
- PRS** : Psikoz risk sendromu
- PS** : Psikotik sendrom

- RMSEA** : Root mean square residual
- ROC** : Receiver Operating Characteristic
- SAB** : Sosyal Anksiyete Bozukluğu
- SIPS** : The Structured Interview of Psychosis-risk Syndromes (Psikoz risk sendromları için yapılandırılmış görüşme)
- SOPS** : Scale of Prodromal Symptoms (Prodromal semptomlar ölçeği)
- SOPS/YP** : SOPS ölçeği faktör analizi sonrası yeni pozitif alt ölçek boyutu
- SOPS/YN** : SOPS ölçeği faktör analizi sonrası yeni negatif alt ölçek boyutu
- SOPS/YD** : SOPS ölçeği faktör analizi sonrası yeni dezorganizasyon alt ölçek boyutu
- SPI-CY** : The Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version (şizofreni yatkınlık envanteri)
- SS** : Standart sapma
- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- UHR** : Ultra high risk (ultra yüksek risk)
- YAB** : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: DSM-5-Eşikaltı Psikoz Sendromu Tanı Ölçütleri	7
Tablo 2: UHR kriterlerinin genel tanımı	9
Tablo 3: Temel Semptom Ölçütleri.....	11
Tablo 4: SOPS alt ölçekleri	15
Tablo 5: CHR+ olgularda BDT Uygulamasında Bileşenler	22
Tablo 6: EPA Kılavuzu Önerileri.....	23
Tablo 7: DFA uyum indeksleri	26
Tablo 8: Katılımcıların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları.....	34
Tablo 9: PS, PRS ve kontrol grupları yaş ortalamaları	35
Tablo 10: Katılımcıların eğitim düzeyleri.....	35
Tablo 11: Katılımcıların başarı düzeyleri.....	36
Tablo 12: PS, PRS ve kontrol gruplarına göre katılımcıların başarı düzeyleri.....	37
Tablo 13: Katılımcıların aile özellikleri.....	38
Tablo 14: Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımı.....	39
Tablo 15: Katılımcıların KZVD ve suisidalite durumları	40
Tablo 16: Katılımcıların psikiyatrik ve aile öyküleri	41
Tablo 17: Katılımcılar psikiyatrik ilaç kullanımı.....	42
Tablo 18: PS, PRS ve kontrol gruplarının mevcut psikiyatrik ilaç kullanımı.....	43
Tablo 19: Katılımcıların mevcut/geçmiş psikiyatrik tanıları	45
Tablo 20: Katılımcıların SOPS maddeleri ortalama puan ve standart sapmaları.....	47
Tablo 21: PS, PRS ve kontrol grupları ve tüm grup (toplam) SOPS maddeleri ortalama puan ve standart sapmaları	48
Tablo 22: Katılımcıların toplam ölçek ve alt ölçek puanları açısından değerlendirilmesi.....	49
Tablo 23: SOPS <i>Principal Component</i> faktör analizi - 4 boyutlu yapı.....	51
Tablo 24: SOPS <i>Principal Component</i> faktör analizi- 3 boyutlu yapı.....	53
Tablo 25: Faktör analizi sonrası yeni SOPS alt ölçek grupları	54
Tablo 26: Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri (Düzeltilme Sonrası).....	55

Tablo 27: SOPS ve PANSS Toplamı ve Alt Boyutlarının İç Tutarlık Katsayıları ...	56
Tablo 28: SOPS(t) ve PANSS(t) puanlarının sınıf içi korelasyon katsayısı ile değerlendirilmesi.....	57
Tablo 29: SOPS/t ve alt grup toplam puanlarının vaka ve kontrol grubu ortalama ve standart sapmaları	58
Tablo 30: SOPS/t ve alt gruplarının P, PRS ve kontrol grubu ortalama puan ve standart sapmaları	58
Tablo 31: Tüm örnekleme SOPS alt ölçek puanları ile PANSS alt ölçek puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi	59
Tablo 32: Tüm örnekleme SOPS (t) puanları, PANSS ve GAF (ş) puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi	60
Tablo 33: Faktör analizi sonrası elde edilen 3 boyutlu yapının “yeni egative” itemlerinin korelasyon analizi.....	60
Tablo 34: Hastalar ile kontrol grubu arasında SOPS ve alt ölçekleri toplam değerleri için ROC, kesim puanı ve ilgili puanın sensitivite, spesifite, LR+, LR-, AUC değerlerinin hesaplanması.....	61

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Figür 1: Psikoz için risk etmenlerinin ve koruyucu etmenlerin dinamik etkileşimi ...	5
Figür 2: Psikozun önlenmesine yönelik temel klinik bileşenler	6
Figür 3: Pretest, Test ve Posttest aşamaları risk zenginleştirimi ve potansiyel önlem stratejileri	8
Figür 4: Psikoz için klinik yüksek riskli bireylerin gelişimsel bağlamda değerlendirilmesi.....	12
Figür 5: Erken ve geç prodromal dönem tanımlarına göre psikoz gelişiminin psikopatolojik modeli.....	13
Figür 6: Psikoz Risk Sendromları Tanı ve Takip Elkitabı	15
Figür 7: Psikoz başlangıcı ve gelişimine yönelik risk faktörlerinin gelişimsel açıdan incelenmesi	17
Figür 8: Şekil 2. SOPS ve PANSS toplam puan dağılım grafiği	50
Figür 9: DFA analizi ile elde edilen yapısal model	55
Figür 10: SOPS/YP, SOPS/YN ve SOPS/YD için ROC eğrileri.....	62
Figür 11: SOPS (t) için ROC eğrisi	62
Figür 12: Klinik evreleme konseptine göre yeni transdiyagnostik klinik yüksek riskli mental durum paradigması.....	70
Figür 13: Geçerlilik ve Güvenilirlik Kavramları	71
Figür 14: Afektif ve afektif olmayan psikozların transdiyagnostik fenotipi.....	73
Figür 15: Aşikar psikoz tanısı alan hastaların klinik yüksek riskli olarak tanımlandıkları dönemde ICD ve DSM tanımlarının tanımlayıcı bir analizi..	75
Figür 16: Şizofreni nörogelişimsel modeli.....	80
Figür 17: Tarama programları; Genel Yaklaşım.....	85
Figür 18: Yeni ölçüm metodunun geçerlilik ve güvenilirlik yaklaşımları açısından değerlendirilmesi.....	86

ÖZET

PSİKOZ RİSK SENDROMLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME’NİN (PSİG) (STRUCTURED INTERVIEW FOR PSYCHOSIS-RISK SYNDROMES-SIPS) TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Dr. Ayşegül TONYALI

GİRİŞ VE AMAÇ: 20 yılı aşkın süredir mental bozukluklarda erken müdahale ve önleme çalışmaları, tıbbın diğer branşlarında olduğu gibi ruh sağlığı uygulamalarında da önem kazanmıştır. Riskli mental durum kapsamında, uzun dönem sonuçlarında çoklu alanlarda işlevsellik kayıplarının görüldüğü şizofreninin “prodromal” döneminin tanımlanmasına yönelik ilk ve en çok kullanılan diagnostik görüşmelerden birisi SIPS görüşmesi (Structured interview of Psychosis Risk Syndromes) dir. Bu çalışmayla birkaç altın standart değerlendirmeden birisi olan ve literatürde psikoz prodromu ile ilgili çalışmalarda en çok kullanılan görüşme olan bu görüşmenin Türk dili ve toplumundaki geçerlilik ve güvenilirliğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi kliniğine Ekim 2019 - Mayıs 2020 tarihleri arasında herhangi bir psikiyatrik semptomaya yönelik *yardım arayışıyla* başvuran 12-18 yaş aralığındaki sıralı 140 ergen dahil edilmiştir. Katılımcılara, prolinguistik uyarılama sonrası “SIPS Türkçe” görüşmesi uygulanarak sonuçlarına göre psikotik sendrom, psikoz risk sendromu ve klinik kontroller olacak şekilde 3 grup oluşturuldu. Ek olarak “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞGÇ-ŞY)”, Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) ve sosyodemografik veri formu görüşmeci tarafından uygulandı. Katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği doldurtuldu. Demografik veriler ve ölçüm araçları vaka ve kontrol grupları açısından karşılaştırıldı. Cronbach alfa hesaplandı, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. ROC analizi uygulandı.

BULGULAR: Çalışmada psikotik sendrom ve prodromal sendromu olan 79 vaka ve 71 kontrol (psikotik veya prodromal sendromu olmayan) değerlendirilmiştir. Tüm

örneklem yaş ortalaması 14.7 ± 1.6 olup vaka ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Komorbidite değerlendirmesinde, depresif bozukluk ($p=0.006$), anksiyete bozuklukları ($p=0.04$), yeme bozukluğu (0.06), geçmiş OKB ($p=0.02$), geçmiş TSSB ($p=0.01$) ve geçmiş mani atağı ($p=0.04$) varlığı vaka grubunda kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS)/(t) (tüm ölçek) örneklem ortalama puanı 2.4 ± 1.1 'dir. Bu çalışmada SIPS/Türkçe görüşmesinin ana ölçeği olan Prodromal semptomlar ölçeği (SOPS) faktör yapısı, önceki çalışmalardan farklı olarak şizofreni teorik alt yapısına uygun şekilde "pozitif semptomlar", "negatif semptomlar" ve "dezorganize semptomlar" olacak şekilde 3 boyuttan oluşmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizinde G3 iteminin faktör yükünün düşüklüğü nedeniyle analizlerden dışlanarak elde edilen modelin uyum indekslerinde düzelme izlenmiştir. Prodromal semptomlar ölçeğinin (SOPS) yapı geçerliliği, eş zamanlı geçerliliği, ayırt edici geçerliliği, örtüşürücü geçerliliği, iç tutarlılık analizi ile güvenilirliği mevcut bulunmuştur. Receiver Operation Characteristic (ROC) analizi ile SOPS (t) için eğri altı alan (AUC) 0.92 olup mükemmel seviyede; duyarlılığı %81, özgüllüğü %90 olup yüksek derecede saptanmıştır. Prodromal semptomlar ölçeğinin (SOPS)/YP alt ölçeği için hesaplanan AUC 0.89'dur ve iyi seviyede olarak değerlendirilmiş; duyarlılık %77.2, özgüllük %88.7 olup, kesim değeri 12'dir.

SONUÇ: Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS)/Türkçe görüşmesi Türk çocuk ve ergen popülasyonunda geçerli güvenilir ve uygulanabilir bir görüşmedir. Bildiğimiz kadarıyla SIPS görüşmesi ana ölçeği olan Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) faktör yapısının, çocuk ve ergen yaş grubunda incelenerek bu popülasyonda semptomatolojik bakış açısıyla değerlendirildiği ilk kontrollü çalışmadır.

Anahtar sözcükler: Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes, SIPS, SIPS Türkçe, SOPS, Geçerlilik, Güvenilirlik, Faktör Yapısı

İletişim adresi: draysegultonyali@gmail.com

ABSTRACT

TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY OF STRUCTURED INTERVIEW OF PSYCHOSIS RISK SYNDROMES (SIPS)

Dr. Ayşegül TONYALI

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: More than 20 years, early intervention and prevention studies in mental disorders have gained importance in mental health practices as in other branches of medicine. In the context of “at risk mental state”, one of the first and most used diagnostic interviews for the definition of the "prodromal" period of schizophrenia, where long-term results are presented with loss of functionality in multiple areas, is the Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS).

This study aims to demonstrate the validity and reliability of this interview, which is one of the few gold standard evaluations and the most used interview in the studies on psychosis prodrome in the literature.

METHOD: The study was included by the “help-seeking young people” form between the ages of 12-18, who applied to the Pediatric and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic of The University of Health Sciences Bakirkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital between October 2019- May 2020. Three groups were formed as psychotic syndrome, psychosis risk syndrome and clinical controls, according to the results of the "SIPS Turkish" interview after prolinguistic adaptation. Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) and Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KID-SADS) interview was conducted and Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) and sociodemographic form was performed by the interviewer. The participants were given the Beck Depression Inventory and Children's Anxiety Disorders Screening Scale. Demographic data and measurement tools were compared in terms of case and control groups. Cronbach alpha was calculated, explanatory and confirmatory factor analysis was performed. Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis was applied.

RESULTS: 79 cases with psychotic syndrome and prodromal syndrome and 71 controls (without psychotic or prodromal syndrome) were evaluated in the study. The average age of the whole sample is 14.7 ± 1.6 , and no significant difference between the case and control groups has been determined. In comorbidity assessment, the presence of depression ($p=0.006$), anxiety disorders ($p=0.04$), eating disorders (0.06), past OCD ($p=0.02$), past PTSD ($p=0.01$) and past mania ($p=0.04$) were significantly higher than the control group. The Scale of Prodromal Symptoms (SOPS/(t)) (whole scale) sample mean score is 2.4 ± 1.1 . In the comorbidity assessment, presence of depressive disorder ($p = 0.006$), anxiety disorders ($p = 0.04$), eating disorder (0.06), past OCD ($p = 0.02$), past PTSD ($p = 0.01$) and past mania episode ($p = 0.04$) was significantly higher than the control group. SOPS / (t) (whole scale) sample mean score is 2.4 ± 1.1 . In this study, the factor structure of the SOPS scale, which is the main scale of the SOPS / Turkish conversation, consists of three dimensions, namely "positive symptoms", "negative symptoms" and "disorganized symptoms" unlike previous studies, in accordance with the schizophrenia theoretical background. In the confirmatory factor analysis, an improvement was observed in the fitness indexes of the model obtained by excluding the G3 item from the analyzes due to the low factor load. The construct validity, concurrent validity, discriminant validity, convergence validity, and internal consistency analysis of the SOPS scale were obtained. Area under curve (AUC) value is calculated 0.92 for SOPS (t) with ROC analysis, was found to be excellent; its sensitivity was 81% and specificity was 90%. The AUC calculated for the SOPS / NP subscale is 0.89 and has been evaluated as good; sensitivity is 77.2%, specificity is 88.7%, and the cut off value is 12.

CONCLUSION: The SIPS / Turkish interview is a reliable, valid and feasible interview in the Turkish child and adolescent population. To the best of our knowledge, this is the first controlled study evaluating the factor structure of SOPS which is the main scale of best-known SIPS interview in child and adolescent age groups and with symptomatic point of view in this population.

Keywords: Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes, SIPS, SIPS Turkish, SOPS, Validity, Reliability, Factor Structure

Contact info: draysegultonyali@gmail.com

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Psikotik bozukluklar emosyonel, bilişsel ve sosyal işlevsellikte bozulma ile giden ve sıklıkla uzun dönem yıkımla sonuçlanabilen nörogelişimsel bozukluklardır. (1) Şizofreni erişkin dönemde işlevsellik kaybına yol açan en önemli nedenlerden birisi olup, genel toplumda yaşam boyu prevalans %0.3- 0.7'dir. (2) Yaklaşık 30 yıldır şizofreni ve diğer psikoz spektrum bozukluklarına yönelik erken tanınma ve müdahale girişimleri psikiyatrik araştırma ve klinik çalışmaların odak noktalarından birisi olmuştur. (3,4) Psikotik bozuklukların erken dönemi, ilk atak psikoza ve “prodromal dönemi” (başlangıç öncesi, preonset) içerir (5). Prodrom terimi Yunanca “bir olayın habercisi” anlamına gelen “prodromos” kelimesinden köken alan ve ilgili tanıyı yordayan öncül belirtiler olarak ifade edilebilir (6). Şizofreni için ortalama 4.8 yıllık bir prodrom süreci olduğu ifade edilmiş, tanı alan bireylerin %75'inin geriye dönük incelemelerinde yaklaşık 5 yıllık prodrom süreci bildirilmiştir (7). Erken prodromal dönem, genellikle kişinin kendisinin de farkında olduğu özgül olmayan silik kognitif, emosyonel ve negatif belirtilerle karakterize olup; geç prodromal dönemde ise kendi kendini sınırlayan kısa pozitif belirtili dönemlerinin (limited psychosis) eşlik ettiği, eşik altı psikotik düşünce içeriği, algı anormallikleri, bilişsel bozukluklar, dezorganizasyon ve daha belirgin negatif belirtiler görülebilmektedir (7).

2013 yılında yayınlanan Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı DSM-5'e “İleri Araştırma Gerektiren Konular” başlığı altında “Eşikaltı Psikoz Sendromu” eklenmiş olup, kronik bir patolojiden çok yaşam standardını ve fonksiyonelliği etkileyebilen ve tedavi gerekliliğini ifade eden heterojen bir fenotip yaklaşımı benimsenmiştir. (2) Ancak son araştırmalar DSM-5 baz alınarak konulan “Eşikaltı Psikoz Sendromu” kriterlerinin tanısal ve klinik geçerliliğine dair kanıtlar artmaktadır (8).

Şizofreni ve bipolar bozukluklar gibi, görece nadir ancak uzun dönem sonuçlar bakımından yüksek morbidite gösteren mental bozukluklara erken müdahale amaçlı “riskli mental durum” tanımlaması yapılmıştır. (9) Günümüzde psikoz için riskli mental durumları tanımlama amacıyla farklı kliniklerce farklı yaklaşımlar benimsenmiştir (10). Bunlardan en bilinen ve kullanılanları: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) [Bonn Temel Semptomların Değerlendirilmesi Ölçeği] (11), Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) [Riskli Mental Durumların Kapsayıcı Değerlendirmesi-CAARMS görüşmesi] (12), Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) [Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme—SIPS görüşmesi] (13), Şizofreniye Yatkınlık Envanteri- Çocuk Ergen versiyonu (Schizophrenia Proneness Instrument-Child and Youth version- SPI-CY) (14) dir.

Genel popülasyonda “psikoz için *linik yüksek risk*” (Clinical High Risk for Psychosis; CHR-P) görülme oranı %3.3 (%0-12) iken, çocuk ve ergen yaş grubunda, özellikle de 11-13 yaşları arasında bu oran artmakta olup, 16 yaş altı popülasyonda %9; klinik popülasyonda ise %20.3’tür. (%5.5 - %38.3) DSM-5 kriterleri baz alındığında ise genel popülasyonda yaygınlık yaklaşık %0.3 olup bu oran çalışılan örnekleme göre değişiklik göstermektedir (8,15). “Yardım arayışı içinde” olan olguların yaklaşık %18’inin 1 yıl içinde, %32’sinin ise 3 yıl içinde bir psikotik bozukluk tanısını aldığı gösterilmiştir (2). Son yapılan çalışmalarda ise 1 yıllık dönüşüm oranı %15, 3 yıllık dönüşüm oranı ise %23 şeklinde saptanmıştır (8). Riskli grubun psikoza dönüşüm oranlarındaki bu düşüş “riskli mental durum” yaklaşımı çerçevesinde tanımlanan “linik yüksek risk durumu” uygulamalarının yıllar içinde değişen etkinliğine dair bir gösterge olabilir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Orijinali İngilizce olan Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) görüşmesinin Türkçe çevirisi bulunmamaktadır. Psikometrik tasarım tipinde gerçekleştirilen bu çalışmanın amacı, Yale Üniversitesi ‘The PRIME prodromal research team’- Miller, McGlashan ve arkadaşları tarafından geliştirilen Structured

Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) görüşmesinin Türkçe'ye uyarlamak üzere psikometrik özelliklerini belirlemekle birlikte geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektedir.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Şizofreni etiyoloji ve tedavisine yönelik araştırmalar 19. yüzyılın ikinci yarısından beri devam etmekte ve özellikle farmakolojik alanda önemli ilerlemeler gözlenmekteyse de uzun dönem işlevsellik ve yaşam kalitesindeki iyileşmeler halen oldukça kısıtlıdır (16). Psikoz spektrum bozukluklarının nörogelişimsel model yaklaşımıyla değerlendirilmesi, erken müdahale paradigması bağlamında müdahale noktasını psikozun ilk döneminden prodromal faza taşımanın daha iyi sonuçlara yol açabileceğini düşündürmektedir (5). Bu sayede hastalık semptomlarının iyileşmesi, başlangıcının ertelenmesi hatta engellenmesi ve global fonksiyonelliğin iyileştirilmesi sağlanarak psikotik hastalıkların getirdiği yıkımın, prevalans ve insidansın azaltılması amaçlanmıştır (16,5).

Türkiye'de Psikoz-risk sendromları değerlendirmesine yönelik herhangi bir görüşme bulunmamaktadır. DSM bazlı Eşikaltı Psikoz Sendromu'nu ölçmede SIPS görüşmesi, bir diğer sık kullanılan CAARMS görüşmesine göre daha yeterli ve uyumlu bulunmuştur (8).

Bu çalışma ile Türk diline geçerliliği ve güvenilirliği olan bir görüşme kazandırarak bu alanda yapılacak klinik ve akademik çalışmaların önünün açılması sağlanmış ve prodrom dönemi hastalarının erken tanınması ve müdahale edilmesi ile özellikle şizofreni hastalarının engellilik düzeyi ve genel mali yükün azaltılması amaçlanmıştır (17).

2. GENEL BİLGİLER

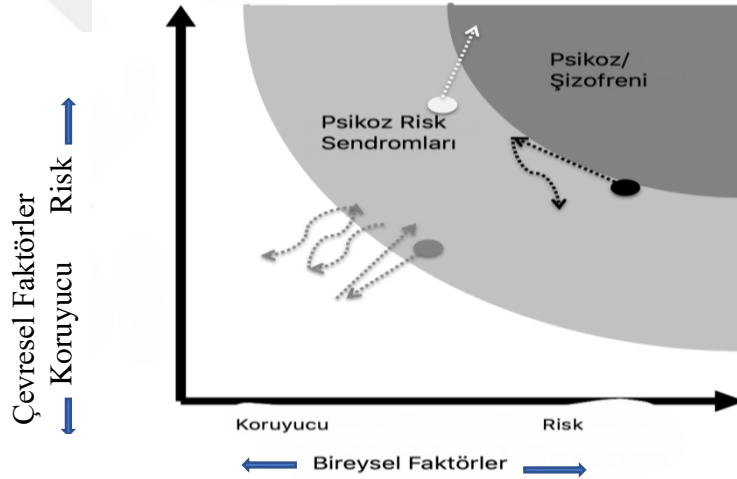
2.1. PSİKOZ RİSK SENDROMLARI (PRODROMAL PSİKOZ)

Psikotik spektrum bozuklukları tüm dünyada yaklaşık %3 bir prevalansa sahip olup, bireysel, sosyal ve ekonomik anlamda işlevsellik yitimine yol açan ilk 10 sebepten biridir (18). Bu nedenle son iki dekatta, tanı ve tedaviye yönelik çalışmalardan ziyade erken müdahale, önleme, global morbiditeyi azaltmaya yönelik araştırmalar ön plana çıkmış ve hastalık öncesi dönemi tanımlama amacıyla 1979 yılında ilk kez “prodromal” terimi kullanılmış (19), sonrasında “ultra yüksek risk” (ultra high risk-UHR) (20), “*linik yüksek risk*” (clinical high risk-CHR) (21), “temel semptomlar” (basic symptoms) (22), “psikoz risk sendromu-PRS” (23), terimleri yaygınlaşmıştır. Aşık psikotik semptomların ortaya çıkışından ortalama 5 yıl kadar öncesinde başlayan, özellikle çocuk yaş grubunda sinsi bir seyri olan ve retrospektif incelemelerde vakaların %80-90’ında görülen eşik altı özgül olmayan belirtilerin eşlik ettiği süreç *prodrom dönemi* olarak tanımlanır (7). Prodromal dönemde sosyal izolasyon, anhedonia, aloji, düşünce süreç ve içeriğinde anormallikler, olağan dışı şüphecilik, temelsiz büyüklük düşünceleri, gelip geçici anlık algı değişiklikleri/varsanılar, çökkün duygudurum, silik nörolojik belirtiler, öğrenme güçlüğü, bilişsel bozukluklar, dikkat sorunları, davranış bozuklukları/anormallikleri gibi çok çeşitli semptomlar, hastanın işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir.

2.1.1. Tarihçe

Çocukluk çağı şizofrenisi 20. yüzyılın başlarında tanımlanmış ancak otizm ve psikotik bozuklukların klinik ayrımı ilk kez Kolvin ve arkadaşları tarafından ortaya konmuştur (24). 1950’li yıllardan beri psikotik bozuklukların bir öncü semptomlar dönemi olduğu bilinse de, bu konuya dair araştırmaların hız kazanması Avustralya’da 1980’li yılların başında psikotik bozuklukların erken dönem tedavisine yoğunlaşılmasıyla başlamış, bu bağlamda 1992 yılında ilk “ilk atak psikoz

servisi” (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)) kurulmuş ve Yung, McGorry gibi araştırmacıların başı çekmesiyle erken müdahale programları tüm dünyada yaygınlaşarak ruh sağlığı alanına yeni bir bakış kazandırmıştır (15). EPPIC modelinde amaç tedavi edilmemiş psikoz süresini (duration of unthreatened psychosis- DUP) en aza indirmektir (25). EPPIC erken müdahale yaklaşımı, DUP’u azaltarak, hastalığın uzun dönem sonuçlarını iyileştirmekte ve 2008 yılında *Economics* dergisinde yayımlanan bir araştırmaya göre standart tedavi süreçlerine göre global maliyet oldukça azalmakta idi (26). İşlevsel yıkımın büyük kısmının aşıkar psikotik semptomların ortaya çıkışından çok önce görölmesi ve psikotik atağın başarılı tedavisine rağmen bu işlevsellik kaybının düzelmemesi prodromal dönem araştırmalarına olan ilgiyi arttırdı. Prodromal dönem tedavi yaklaşımları ile global morbidite, prognoz, hatta psikotik bozuklukların prevalans ve insidansının azaltılması amaçlanmıştır. (Figür 1)



Figür 1: Psikoz için risk etmenlerinin ve koruyucu etmenlerin dinamik etkileşimi (Woodberry ve arkadaşları, 2016) (27)

Prodromal psikozları saptamaya yönelik girişimlere dair zorluklar; sürecin özgül olmayan semptomlarla karakterize oluşu ve vakaların yaklaşık 3’te 2’sinin psikoza dönüşmemesi ile gelişen “yanlış-pozitif”lik oranının yüksekliğiydi (28,29) Bu nedenle 1990’lı yılların ortalarına doğru “ultra yüksek risk (UHR)” kriterleri ve “riskli mental durum (at risk mental states-ARMS)” tanımlamaları yapıldı (30-32).



Figür 2: Psikozun önlenmesine yönelik temel klinik bileşenler (Killackey ve arkadaşları, 2008) (33)

Riskli mental durumlar (ARMS) kriterleri geleneksel genetik risk tanımından farklı olarak gelecek 1 yıl içerisinde artmış psikoz riskini tanımlar. ARMS tanımlaması; (bazen UHR olarak da tanımlanır); yardım arayışı içinde olan vakalarda; *hafif pozitif semptom sendromu* (Attenuated positive symptoms- **APS**), *kısa-sınırlı aralıklı psikotik sendrom* (Brief-limited intermittent psychosis- **BLIPS**) gösterenler ve ailesel risk faktörlerine sahip olup son dönemde işlevsellikte azalma gösterenler *genetik risk ve işlevsellikte azalma sendromu* (Genetic risk and recent deterioration-**GRD**) olmak üzere üç alt başlıkta izlenir (34). Günümüzde tüm prodromal psikozlar “psikoz açısından klinik yüksek risk” (Clinical High Risk-**CHR**) başlığı altında, “temel semptom ölçütleri” ve “ultra yüksek risk kriterleri (UHR)” olmak üzere 2 tamamlayıcı yaklaşımla tanımlanmıştır (7). Bu klinik kavramlara yönelik SIPS (13), CAARMS (35), SPI-CY (14), Pozitif ve Negatif belirtiler ölçeği (PANSS) (36) gibi değerlendirme araçları ve Prodrom anketi (Prodromal Questionnaire) gibi öz bildirim ölçekleri (37) ortaya konmuştur (38,39). Erken müdahale yaklaşımı ve uygulamaları, bugün çeşitli ülke ve kültürlerde birçok klinik tarafından yürütülmekte, koruyucu psikiyatri konsepti dahilinde araştırmalar farklı merkezlerde devam etmektedir (15). (Figür 2)

2.1.2. Güncel Tanımlamalar ve Klinik Özellikler

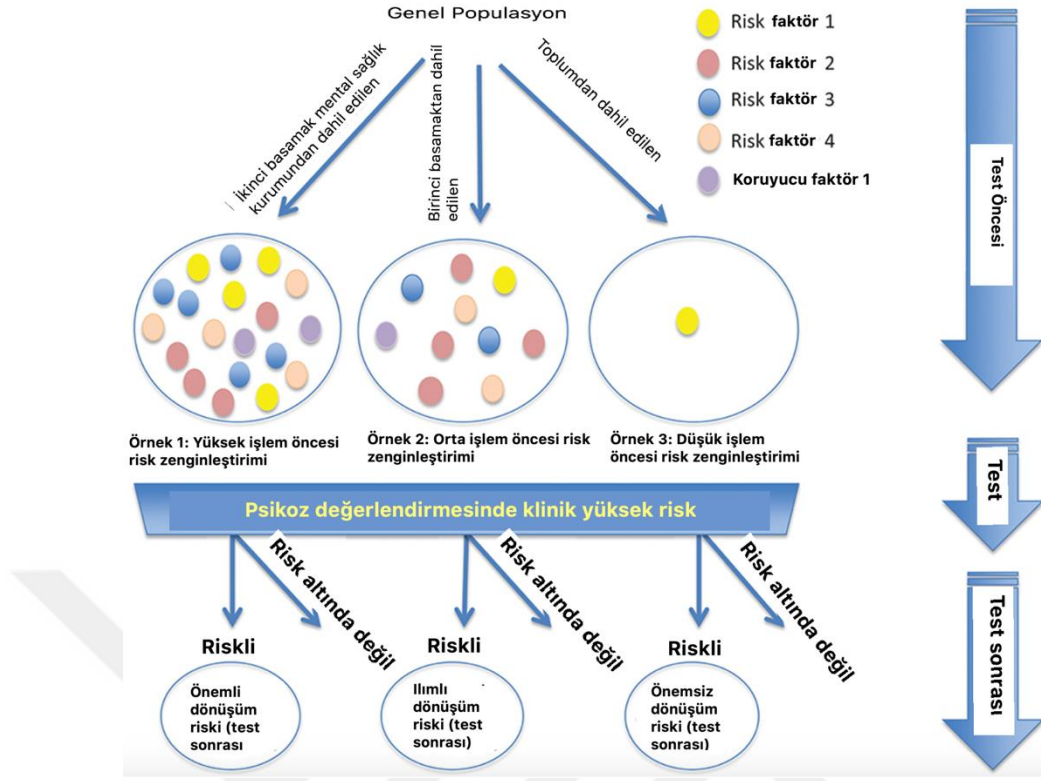
Psikoz için klinik yüksek risk (CHR) tanımlamasına yönelik farklı yaklaşımlar mevcut olup, konuyla ilgili 2 ana bakış açısı karşımıza çıkmaktadır. Bunlar “UHR” (ARMS) ve “temel semptom ölçütleri” olarak tanımlanabilir.

2013 yılında yayınlanan DSM-5 sürümüne “İleri Araştırma Gerektiren Konular” başlığı altında “Eşikaltı Psikoz Sendromu- (EPS)” eklenmesiyle klinik araştırma düzeyindeki kanıtların klinik pratiğe dökülmesine imkan sağlanmış oldu. EPS kriterleri oluşturulurken çoğunlukla SIPS kriterleri, daha az oranda ise CAARMS kriterleri temel alınmıştır (8).

2019 yılında yayınlanan bir meta-analiz çalışmasına göre EPS kriterlerinin güvenilirliği diğer DSM-5 bozukluklarıyla benzer olduğu ve EPS tanı kriterlerinin SIPS kriterleriyle düzenlenebileceği vurgulanmıştır (8). Bununla birlikte prodromal sendrom tanısı için kullanılan bir diğer görüşme olan CAARMS-APS (*hafif pozitif semptom sendromu*) kriterleri ile DSM-EPS (eşikaltı psikoz sendromu) kriterlerinin tutarlılığını karşılaştıran bir çalışmada bu tutarlılık yalnızca “ortalama” olarak bulunmuştur (40). Bununla birlikte DSM-EPS vakalarının prognostik tutarlılığı (24. ayda AUC 0.76) CAARMS-APS vakalarınınkine (24. ayda AUC 0.79) benzerdir (41). Bu sebeple çok adımlı tanılama aşamaları önerilmektedir (41). (bkz. Figür 3)

Tablo 1: DSM-5-Eşikaltı Psikoz Sendromu Tanı Ölçütleri (2)

A. Hafif düzeyde, ancak göz önüne alınmasını gerektirecek kadar ciddi ve sık; sanrı, varsanı, dezorganize konuşma belirtilerinden en az birinin bulunması ve gerçeği değerlendirmenin bozuk olmaması.
B. Bu belirtinin geçen ay boyunca haftada en az bir kez görülmüş olması.
C. Geçen yıl içinde başlamış ya da kötüye gitmiş olması.
D. Bu belirtinin stres ve işlev bozukluğu yaratmış olması.
E. Başka bir DSM-5 tanısı ile daha iyi açıklanamaması.
F. Hiçbir zaman psikoz geçirmemiş olması



Figür 3: Pretest, Test ve Posttest aşamaları risk zenginleştirimi ve potansiyel önlem stratejileri (A Clinical Introduction to Psychosis: Academic Press; 2020) (42)

2.1.2.1. Riskli Mental Durumlar (ARMS) / Ultra Yüksek Risk (UHR)

Ultra yüksek risk- UHR tanımı, hafif pozitif semptom sendromu (APS), kısa-sınırlı aralıklı psikotik semptom sendromu (BLIPS) ve genetik risk ve işlevsellikte azalma sendromu (GRD) olmak üzere 3 alt başlık içerir (10).

Tablo 2: Ultra Yüksek Risk (UHR) kriterlerinin genel tanımı (10, 43)

- I) 15-30 yaş arasında olmak
- II) Yardım arayışı içinde olmak veya yardım amaçlı yönlendirilmek
- III) A, B veya C şeklinde tanımlanan gruplardan en az 1'ine dahil olmak

<u>Semptomatik yaklaşım</u>
A. En az 1 kısa aralıklı kendi kendini sınırlayan psikotik belirti varlığı
Varsanı
Sanrı
Düşünce bozukluğu
B. En az 1 hafif psikotik semptom varlığı
Referansiyel düşünceler
Tuhaf inanışlar veya büyüsel düşünceler (grandiyöz düşünceler dahil)
Paranoid fikirler
Sıradışı algısal deneyimler
Tuhaf düşünme ve konuşma
<u>İyi tanımlanmış durumsal süreklilik yaklaşımı</u>
C. Genetik risk faktörlerinin varlığı ve son dönemde işlevsellikte belirgin azalma (psikotik aile öyküsü şizotipal kişilik bozukluğu)

Kısa Aralıklı Psikotik Sendrom (BLIPS) (6)

Kısa Aralıklı Psikotik Sendrom (BLIPS) son dönemde çok kısa süreli veya anlık olarak ortaya çıkan belirgin psikotik semptomların varlığı ile tanımlanır. BLIPS tanısı için, psikotik şiddetteki semptom son üç ay içinde başlamış olmalıdır ve her ay boyunca en az birkaç dakika sıklıkta olmalıdır. Bu pozitif semptomların şiddeti psikotik düzeyde olsa da sıklık, süre veya şiddet (aciliyet durumu) açısından karşılamadığı için, psikotik sendromun varlığı dışlanabilir.

Hafif Pozitif Semptom Sendromu (APS) (6)

Hafif Pozitif Semptom Sendromu (APS), yakın zamanda ortaya çıkan, belirli bir şiddet ve sıklığa sahip olan zayıf pozitif semptomların varlığı ile tanımlanır. İlgili semptom geçen yıl içinde başlamış veya 12 ay içinde kötüleşmiş olmalıdır. Ek olarak ilgili semptom son ay içinde en az haftada bir kez sıklıkta ortaya çıkmalıdır.

Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Sendromu (GRD) (6)

Genetik Risk ve İşlevsellikte Azalma Sendromu (GRD) şizofreni spektrumu bozukluğu için genetik risk ile beraber yakın zamanda işlevsellikte belirgin bozulmanın bir arada olmasıyla tanımlanır. Eğer hastanın birinci derece akrabalarından birinde afektif ya da afektif olmayan psikotik bozukluk mevcutsa ve/veya hasta DSM-4'deki "Şizotipal Kişilik Bozukluğu" kriterlerini karşılıyorsa, GRD sendromu tanısı konulur.

2.1.2.2. Temel Semptom Ölçütleri

Temel semptom ölçütleri ise ilk kez 1960'lı yıllarda tanımlanmış olup, UHR kriterlerinden fenomenolojik anlamda farklı olup, işlevsellikte bozulmanın başlamadığı, ancak kişinin kendisi tarafından fark edilebilen ve sıklıkla kompanse edilen tuhaf düşünme ve konuşma, negatif semptomlar, formal düşünce bozukluklarını içerir. (44, 45) Kognitif-algısal semptomlar COPER (cognitive-perceptive symptoms) ve Kognitif bozulmalar COGDIS (cognitive disturbances) olmak üzere 2 tanımla incelenir. (28) UHR kriterleri ve temel semptom ölçütlerinin pozitif prediktif değerleri benzer olup %20-40 arasında değişim göstermektedir (46).

Son dönem UHR tanısının pozitif prediktif değeri %20-25 civarı olarak bildirilmiş olup, bu oranın istenen düzeyde olmayışı, nörokognitif defisitler gibi bazı biyolojik risk faktörleriyle kombinasyon arayışını doğurmuştur (47). Klinik yüksek risk (CHR) tanılı vakaların yaklaşık %70'inin hiçbir zaman psikoz geliştirmiyor oluşu, bu alandaki araştırmaların gücünü azaltmakta ve gereksiz tedaviye neden olabilmektedir. Başka bir sorun ise CHR alt tiplerinin tanısal geçerliliği ve heterojenitesidir. Klinik yüksek risk (CHR) tanısı alan vakaların yaklaşık %85'i *hafif pozitif semptom sendromu* (APS), %10'u *kısa aralıklı psikotik sendrom* (BLIPS), %5'i *genetik risk ve işlevsellikte azalma sendromu* (GRD) olup, yapılan çalışmalarda APS tanısının uzun dönemde sürekliliğinin devam ettiği ve psikoz dönüşümünü yordadığı bildirilmiştir (48). *Kısa aralıklı psikotik sendrom* (BLIPS) tanısının APS'ye kıyasla psikoz dönüşümünü yordayıcı gücünün daha fazla olduğu, DSM'de tanımlanan Kısa Psikotik Bozukluk'tan ayırımında zorlanılabildiği ve bazı araştırmacılar tarafından "*hali hazırda bir psikotik bozukluk olup olmadığı*"

konusunda endişeler olduğu, yine de tanının geçerli bir prodromal sendrom alt tipi olduğu saptanmıştır (48). *Genetik risk ve işlevsellikte azalma sendromu (GRD)* alt tipinin ise psikoz dönüşüm riskini yordamadığı gibi bu riskin GRD tanısı olmayan vakalardan farkı olmadığı görülmüştür (48).

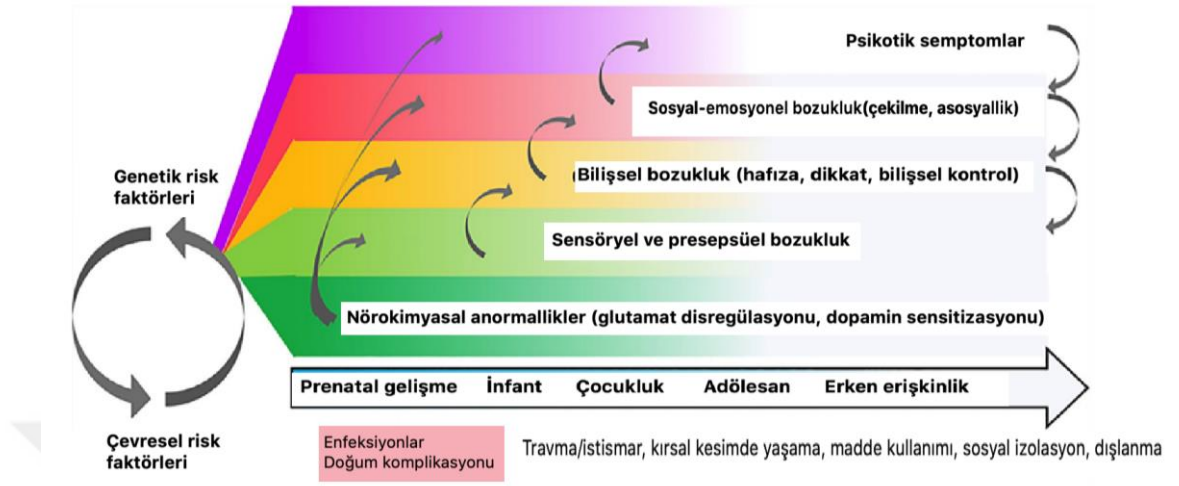
Tablo 3: Temel Semptom Ölçütleri (14)

Kognitif-Algisal Temel Semptomlar (COPER)	Kognitif Bozulmalar (COGDIS)
Düşünce bölünmesi	Dikkati bölmede güçlük
Düşünce perseverasyonları	Düşünce bölünmesi
Baskıcı düşünceler	Düşünce blokları
Düşünce blokları	Alıcı konuşma bozukluğu
Alıcı konuşma bozukluğu	Baskıcı düşünceler
Düşünce ile algıları, hayaller ile gerçek anıları ayırt etme yeteneğinde azalma	İfade edici konuşmada bozukluk
	Stabil olmayan referans fikirleri
Stabil olmayan referans fikirleri	Soyut düşünmede bozukluk
Görsel algısal bozulmalar (Işığa artmış duyarlılık ve bulanık görüş)	Görsel alanın detaylarına dikkatin kayması
Derealizasyon	
İşitsel algılamada bozulmalar (sese hassasiyet)	

2.1.2.3. Klinik Özellikler

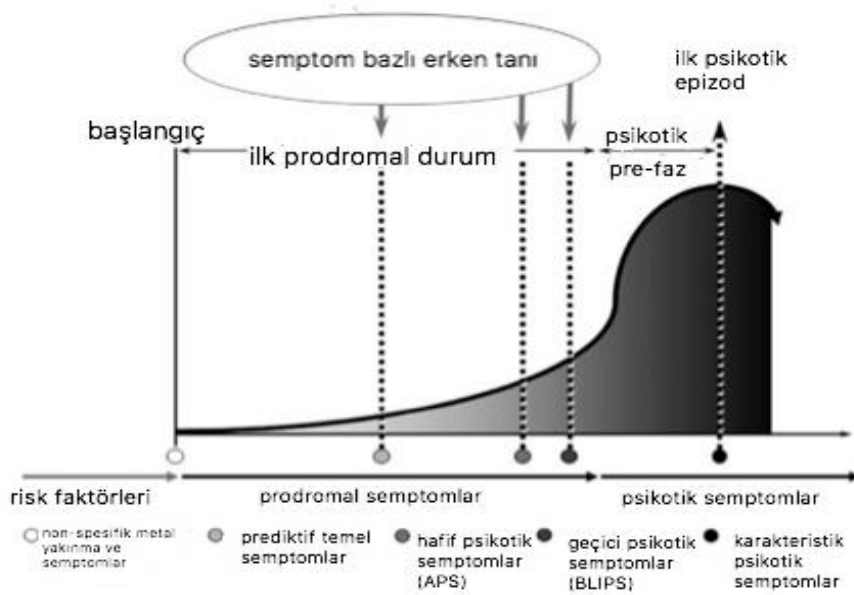
Ergen yaş grubunda yapılan bir çalışmada, formal düşünce bozukluğu, (özellikle mantıksız düşünme ve düşünce içeriğinde fakirleşme) ve zamir ve bağlaç uygunsuzluğu psikoz gelişimini yordayan başlıca düşünce ve iletişim bozuklukları olarak bildirilmiştir (49). Klinik yüksek risk (CHR) vakalarına sıklıkla bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluk eşlik etmektedir. North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) çalışması bulgularına göre bu vakalarda herhangi bir DSM-4 tanısının eşlik etme oranı %69-80 olarak saptanmış, en sık görülen komorbidite yaklaşık %40 civarında depresif bozukluklar olmak üzere duygu durum bozuklukları ve %14-65 oranında anksiyete bozukluklarıdır (50). Komorbidite varlığı, klinik gidişten bağımsız bulunmuş, gelecekteki psikoz dönüşümünü etkilemediği bildirilmiş; ancak komorbidite varlığının uzun dönem global işlevselliği olumsuz

etkileyebileceği bununla birlikte yardım arayışını arttırarak tedaviye ulaşma ihtimalini arttırabileceği bildirilmiştir (50).



Figür 4: Psikoz için klinik yüksek riskli bireylerin gelişimsel bağlamda değerlendirilmesi (Marshall ve arkadaşları, 2019) (51)

Ultra yüksek risk (UHR) kriterleriyle ilgili çalışmaların çoğu geç ergenlik/ erişkin dönemde olup çocuk ergen yaş grubunda bu kriterlerin prediktif değeri düşmektedir (52). Bu duruma sebep olarak, bu yaş grubunda algı bozukluklarının hali hazırda sıklıkla bulunması ve paranoid, grandiyöz sanrısız düşünce süreçleri için geçerli olan kognitif matürasyonun yeterince sağlanmamış olması öne sürülmüştür (52).



Figür 5: Erken ve geç prodromal dönem tanımlarına göre psikoz gelişiminin psikopatolojik modeli

(Schultze-Lutter ve arkadaşları, 2017) (53)

2.1.3. Değerlendirme

Ultra yüksek risk (UHR) kriterlerini değerlendirmede kullanılan,

- Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) [Riskli Mental Durumların Kapsayıcı Değerlendirmesi-CAARMS görüşmesi] (12),
- Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) [Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme—SIPS görüşmesi] (13),
- Basel Psikoz Tarama Envanteri (Basel screening instrument for psychosis (BSIP)), (54);

Temel semptom ölçütlerinin değerlendirmesinde kullanılan

- Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) [Bonn Temel Semptomların Değerlendirilmesi Ölçeği] (11),
- Şizofreniye Yatkınlık Envanteri- Çocuk Ergen versiyonu (Schizophrenia Proneness Instrument-Child and Youth version- SPI-CY) (14) başlıcalarıdır.

Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS), CAARMS gibi klinik yüksek risk (CHR) kriterlerini değerlendirmeye yönelik yapılandırılmış

görüşmeler, eğitilmiş bir görüşmeci tarafından uygulandığında “çok güvenilir” (excellent reliability) olup görüşmeciler arası tutarlılık 0.95, 0.85, 0.91’dir. (55) Prognostik kesinlik (prognostic accuracy) ise yardım arayışı olan popülasyona eğitilmiş kişiler tarafından uygulandığında genel prognostik performans açısından, diğer koruyucu genel tıp yaklaşımlarına benzerdir (55). Klinik yüksek risk (CHR) + olan vakalarda psikoz dönüşüm riski özellikle ilk 2 yıl yüksek olup, ilerleyen yıllarda bu risk bir plato izlemekte ve bu nedenle ilerleyen dönemde sık aralıklı klinik takiplere gerek olmayabileceği belirtilmektedir (55). “Yardım arayışı olmayan” genel popülasyonda ise CHR kriterlerine yönelik tanı görüşmelerinin pozitif prediktif değeri yaklaşık %5 gibi düşük bir değer bulunduğu bu nedenle genel popülasyonda bu görüşmeleri uygulamanın klinik kullanımda yeri olmadığı bildirilmiştir (55). Yapılan bir çalışmada ilk atak psikoz hastalarının yalnızca %5’inin prodromal dönemde yakalanabildiği bildirilmiştir (41). Buna göre SIPS görüşmesinin prognostik tutarlılığını etkileyen en önemli faktörün uygulandığı popülasyon olduğu bildirilmiştir (56). Bu duruma yönelik “pretest risk zenginleştirimi” kapsamında sosyoekonomik düzey, etnisite, yönlendirilme şekli gibi değişkenler ile bir “ön eleme” den geçen hastalara ana testin uygulanabilirliği ile ilgili bir çalışmada çocuk ve ergen yaş grubunda olmanın azalmış “pretest risk zenginleştirimi” olduğunu bildirmiştir (57).

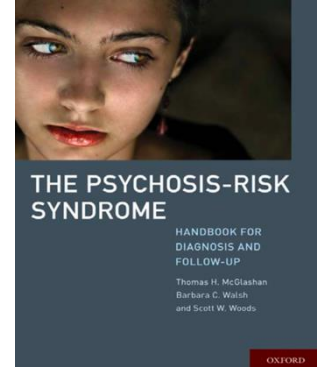
Prime Tarama- Revize edilmiş versiyonu (Prime Screen-Revised), Prodrom Anketi-Kısa versiyonu (Prodromal Questionnaire-Brief Version [PQ-B]), Ergen Psikoz Anketi-Kısa versiyonu (Youth Psychosis At-Risk Questionnaire-Brief), Psikik Yaşantılar Toplum Değerlendirmesi (Community Assessment of Psychic Experiences [CAPE]) psikoz riskini değerlendirmede kullanılan öz bildirim ölçekleridir (58,59). Bahsi geçen görüşme veya ölçeklerin hiçbirinin Türkçe diline uyarlaması ve geçerlilik/güvenilirlik analizleri yapılmamıştır.

Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes- (SIPS) (Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme)

Yakın gelecekte psikoz geliştirme riski olan vakaları saptamaya yönelik çalışmalar 1990’lı yıllarda Yung ve arkadaşları tarafından hız kazanmıştır (60,61).

1997 yılında Yale Üniversitesi'nden 'The PRIME Prodromal Research Team' Miller, McGlashan ve arkadaşları tarafından *Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme* (Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS)) ve *Prodromal Semptomlar Ölçeği* (The Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)) olarak iki gereç oluşturulmuştur (62,63).

Structured Interview of Psychosis risk syndromes (SIPS) görüşmesi; *hafif pozitif semptom sendromu* (APS), *kısa aralıklı psikotik sendrom* (BLIPS), *genetik risk ve işlevsellikte azalma* (GRD) olmak üzere üç prodromal sendromu tanımlamak için kullanılan yapılandırılmış tanısal bir görüşmedir. Bugüne değin yalnızca Pubmed'de SIPS görüşmesi ile ilgili 3000 civarı akademik yayın bulunduğu görülmektedir (64). İngilizce, İspanyolca, İtalyanca, Kore dili gibi birçok dile çevrilmiştir (15). Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) görüşmesi;



Figür 6:Psikoz Risk Sendromları Tanı ve Takip Elkitabı

- 1) *Prodromal Semptomlar Ölçeği* (The Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)),
- 2) Şizotipal Kişilik Bozukluğu kriterleri (65)
- 3) Bir aile hikayesi anketi (65) ve
- 4) Global Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment of Functioning scale (GAF)'in (65) bir versiyonundan oluşur. (Figür 1) (6)

SIPS görüşmesini oluşturan ana ölçek olan *Prodromal Semptomlar Ölçeği* (SOPS); pozitif semptomlar, negatif semptomlar, dezorganizasyon semptomları ve genel semptomlar olmak üzere dört alt ölçek bulundurmaktadır. Bu dört alt ölçek ise 0 (yok) 3 (orta derecede var), 5 (şiddetli ama psikotik değil), 6 (şiddetli ve psikotik) şeklinde 0 ila 6 arasında değişen likert tipi bir ölçek olup, yapılandırılmış görüşme esnasında sorulan sorular ve betimleyicilere verilen yanıtlar doğrultusunda eğitimli görüşmeci tarafından puanlanır (6). Toplam 19 belirti içermektedir:

Tablo 4: *Prodromal Semptomlar Ölçeği* (SOPS) alt ölçekleri

Pozitif Semptomlar:	Dezorganize belirtiler
1. Sıra dışı düşünce içeriği- sanrısallıklar	1. Garip davranış ve görünüm
2. Şüphencilik- kötülük görme fikirleri	2. Bizar düşünce
3. Grandiyozite	3. Dikkat ve odaklanma sorunları
4. Algısal anormallikler/ varsanılar	4. Kişisel hijyen
5. Dezorganize iletişim	
Negatif Semptomlar:	Genel belirtiler:
1. Sosyal anhedoni veya çekilme	1.Uyku bozuklukları,
2. Avolusyon (ilgisizlik)	2.Disforik duyu durumu
3. Duyguların ifadesinde azalma	3.Motor bozukluklar,
4. Duyguların ve benlik deneyiminin azalması	4.Normal strese azalmış tolerans.
5. Düşünce fakirliği	
6. Bir rolün işlevinde kötüleşme	

Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) görüşmesine göre psikoz tanısı da konulabilmektedir. Psikotik Semptomların Varlığı Kriterleri (Presence of Psychotic Symptoms- POPS) için hem (A) hem de (B) gereklidir (6).

(A) Kriteri: Pozitif semptomların şiddetinin, psikotik düzeyde mevcut olması:

(Görüşmede 6 şiddet seviyesinde olarak tanımlanır) (Olağandışı düşünce içeriği, şüphencilik/kötülük görme, ya da büyüklük düşüncelerine sanrı düzeyinde inanma ve/veya algı anormalliklerinin varsanı şiddetinde olması ve/veya konuşmanın enkohran ya da anlaşılmaz olması)

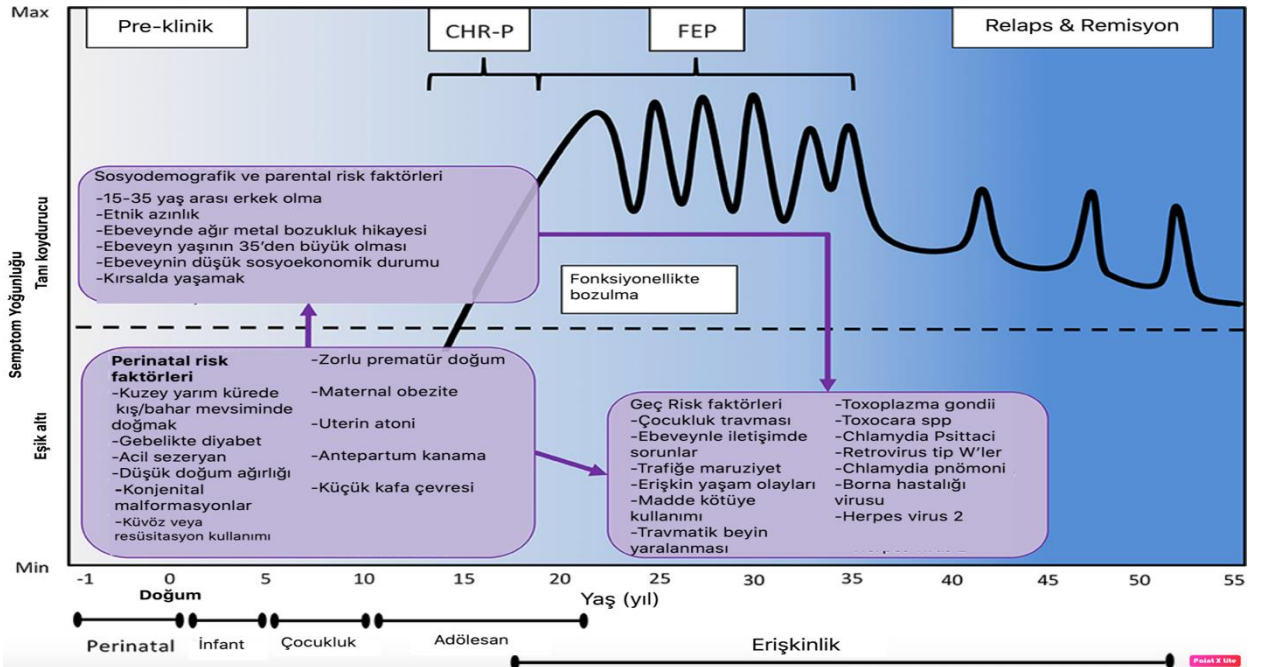
(B) kriteri: (A) kriterindeki semptomların herhangi birinin yeterli sıklık ve süre/aciliyete sahip olması: (A) kriterindeki en az bir semptom, bir aylık süre boyunca en az günde bir saat ve ortalama bir kez olmak üzere haftada minimum dört gün meydana gelmiş olması ya da semptomu ciddi düzeyde dezorganize ya da tehlikeli olması)

Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) psikoz eşiği olan Psikotik Semptomların Varlığı (POPS) kriterlerinin yanı sıra *kısa aralıklı psikotik sendrom (BLIPS), hafif pozitif semptom sendromu (APS) ve genetik risk ve*

işlevsellikte azalma sendromu (GRD) olmak üzere Psikoz-Risk Sendromları Kriterlerinin (Criteria of Psychosis-risk Syndromes-COPS) operasyonel tanımlamalarını içerir (6).

2.1.4. Prediktif Yaklaşımlar

Gelecekte psikoz geliştirme riski olan vakaların doğru bir şekilde saptanmasına yönelik çalışmalar her dönem popülerliğini sürdürmüş, riskli mental durum/ klinik yüksek risk tanımlamalarından sonra, bu grup multidisipliner açıdan birçok yaklaşım ile farklı açılardan değerlendirilmiştir. Yaş dönemine ve hastalık evresine göre bilinen risk faktörleri Figür 7’de gösterilmiştir.



Figür 7: Psikoz başlangıcı ve gelişimine yönelik risk faktörlerinin gelişimsel açıdan incelenmesi (Oliver ve arkadaşları, 2019) (66)

2.1.4.1. Kognitif Değerlendirme

Klinik yüksek risk (CHR) vakalarında nörokognitif ve sosyal kognitif alanlarda sağlıklı kontrollere göre orta seviyede bir performans düşüklüğü görülmektedir. Bu hastalarla yapılan çalışmalarda premorbid ve güncel IQ'da sağlıklı kontrollere göre hafif seviyede düşüşler görülmüş, düşük IQ seviyesi olanlarda

psikoza dönüşüm riskinin yükseldiği bildirilmiştir. (67) Klinik yüksek risk (CHR) grubuyla sağlıklı kontrollerin çoklu nörokognitif fonksiyonlarının değerlendirildiği birçok araştırmada CHR grubunda koku tanıma, sözel ve görsel-uzamsal çalışma belleği başta olmak üzere düşük-orta düzeyde bozulmalar gözlenmiş; ilk atak psikoz hastalarıyla CHR grubunun karşılaştırıldığı çalışmalarda ise CHR grubunda dikkat/uyanıklık, işleme hızı, sözel öğrenme/bellek ve çalışan bellek performansının anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir (67).

Klinik yüksek risk (CHR) vakalarında sosyal kognisyonunu incelendiği çalışmalarda duygu tanıma/işleme, zihin teorisi başta olmak üzere global sosyal kognisyonda nörokognitif performanslara benzer şekilde düşük-orta düzeyde bozulmalar gözlenmiştir (67). Kognitif performansta bozulmaların psikoza dönüşüm için bir risk oluşturduğu bilinmekte ancak prediksyon açısından bakıldığında farklı bulgular elde edilebilmektedir. Psikoza dönüşüm açısından değerlendirildiğinde görsel ve sözel hafıza ön plana çıkmakta; sözel akıcılık, bilişsel esneklik gibi yürütücü işlevler ve sözel öğrenme gibi parametreler bireysel risk hesaplarına dahil edildiğinde psikoza dönüşümde yordayıcılık oranları %90'lara ulaşmaktadır. Sosyal kognisyonun değerlendirildiği çalışmalarda ise özellikle duygu işleme ve negatif semptomların şizofreniyi %95'e varan oranlarda predikte edebildiği gösterilmiştir.

2.1.4.2. Nörogörüntüleme Çalışmaları

Psikotik bozukluklarda gri madde hacminde progresif bazı lokalize değişiklikler görüldüğü bilinmekte olup CHR grubu ile yapılan çalışma bulguları heterojendir (68). Klinik yüksek risk (CHR) vakaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı yapısal MRI görüntüleme çalışmalarında ise gri madde volümünde ve kortikal kıvrımlaşma ve yüzey alanındaki belirgin azalmanın, gelecekteki psikoz gelişim riskini ve yakın dönem global fonksiyonelliği yordadığı bildirilmiş ve özellikle hipokampus, anterior singulat gyrus, sağ inferior frontal gyrus, sağ superior temporal gyrus değişiklikleri ilişkili bulunmuştur (68). Yakın dönemde CHR vakalarının psikoz gelişim sürecinde kronolojik ve nöroanatomik beyin yaşlarının da hesaplanarak yapılan bir nörogörüntüleme çalışması bulgularına göre superior ve medial prefrontal korteks kalınlığında azalma, üçüncü ventrikül genişleme hızında artış izlenmiştir (69). Kortikal kıvrımlaşma, kortikal ve subkortikal volum,

yaş ve cinsiyet etkilerinin dahil edilerek oluşturulan bu risk hesaplama modeline göre tahmin pozitif tahmin değeri %67-73'e yükseltilmiştir (70). Tahmin değerini arttırmaya yönelik yapılan yapısal MRI görüntüleme çalışmalarıyla %80'lere varan bir oran elde edilebilmiştir (71). Başka bir uzunlamasına izlem çalışmasına göre korpus kallosum, kaudat nucleus, thalamus, pallidum, amigdala, serebellum gibi subkortikal yapıların bazal volümleriyle uzun dönem fonksiyonel işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (70).

Psikoz hastalarındaki bulgulara benzer şekilde Task-based fonksiyonel MRI (fMRI) çalışmaları da prefrontal korteks, anterior singulat korteks, bazal ganglia, serebellum anomalileri görülmüş, resting-state fMRI çalışmalarına göre ise Klinik yüksek risk (CHR) populasyonun thalamus ve frontotemporal bölgeleri içeren fonksiyonel bağlantılarda farklılıklar saptanmıştır (68).

Difüzyon tensor MRI (DTI) çalışmaları beyaz madde yolaklarının yönelim ve organizasyonunu baz alarak anatomik bağlantılar hakkında bilgi sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında beyaz madde entegrasyonunda bozulma olduğu gösterilmiş, Klinik yüksek risk (CHR) vakaları ile kontrol grubunu kıyaslayan çalışmalarda CHR grubunda beyaz madde entegrasyonunda longitudinal bir azalma olduğu, bununla birlikte; beyaz madde entegrasyon bozukluğunun fonksiyonelliği de yordayabilen bir özellik olduğu bildirilmiştir (68).

Klinik yüksek risk (CHR) vakalarıyla yapılan elektroensefalogram (EEG) tabanlı çalışmalar kapsamında uyarana yanıt olarak oluşan EEG sinyali şeklinde tanımlanan event related potentials (ERP) -P300 sinyali, frontal theta ve delta, oksipito-parietal alfa pik frekansı gibi "bozulmuş" sinyaller bildirilmiştir (68).

Proton MR spektroskopisi çalışmaları bulguları dahilinde azalmış hipokampal glutamat konsantrasyonu, artmış striatal dopamin düzeyi ile ilişkili olup bu durum özellikle uzun dönemde psikoz geliştiren bireylerde belirgindir. Resting state medial prefrontal korteks ve sol hipokampal GABA düzeyleri psikoz riski ile ilişkili bulunmuş ancak başka bir çalışmada bu ilişki tekrarlanamamıştır (68).

Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmaları kapsamında mezostriatal bölgede artmış dopamin sentez kapasitesi ve bu doğrultuda prefrontal ve medial

temporal korteksteki aktivite artışı psikoz gelişimi ile ilişkili bulunmuş olup bu bulgular psikoz patogenezinde artmış dopaminerjik aktivitenin anahtar rol oynadığı görüşü ile uyumludur. Klinik yüksek risk (CHR) vakalarında GABA-A ve 5-HT2A reseptörlerine yönelik PET çalışmaları bulgularına göre striatum reseptör yoğunluğu her iki liganda azalmış bulunmuştur (68).

2.1.4.3. Risk Hesaplayıcılar

Klinik yüksek risk (CHR) varlığını değerlendirmeye yönelik görüşmelerin prediktif değerini yükseltmek amacıyla ilgi odağı olan bir diğer alan “bireysel risk hesaplanması” olmuştur. Structured Interview of Psychosis Risk Synromes (SIPS) görüşmesinde CHR + olarak belirlenen vakalar için önerilen bu hesaplamalara; yaş, Prodromal semptomlar ölçeği (SOPS) P1, P2 item puanları, reaksiyon hızı, sözel öğrenme, bellek fonksiyonları, sosyal işlevsellik, çocukluk çağı travmaları, stresli yaşam olayları, birinci derece aile bireylerinde psikotik bozukluk öyküsü varlığı gibi prediktörler modele dahil edildiğinde C-index 0.70'lere yaklaşmaktadır (72). Bu tip hesaplayıcılarda kullanılan prediktörler demografik, klinik, nörokognitif ve psikososyal olmak üzere kabaca 4 ana başlık altında toplanabilir (72).

Psikotik bozuklukların nörogelişimsel bağlamda değerlendirilmesiyle beyin gelişimsel yaşı ile psikoz gelişimi arasında bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Risk gruplarının heterojenitesini azaltmak adına, geniş populasyon dataları “*öğrenen modeller*” (machine learning) aracılığıyla sınıflanarak, klinik yüksek risk (CHR) + vakanın bireysel nörogörüntüleme bulgularının prognostik değerini arttırmakta ve bazı modellerde bu oran %90'lara ulaşabilmektedir (68).

2.1.5. Klinik Sonuçlar ve Prognoz

Klinik yüksek risk (CHR) vakaları oldukça heterojen bir gruptur. Risk grubu olarak tanımlanan CHR+ vakaların yaklaşık %35'i 3 yıl içerisinde psikoz geliştirirken, yaklaşık %20'sinde prodromal semptomlar hafiflemekle birlikte persiste etmekte, yaklaşık %24'ü ise tamamen iyileşmekte; bazıları ise psikotik olmayan başka bir psikiyatrik bozuk tanısı almaktadır (68,73).

Bir doğum kohortu çalışmasında 11 yaşındaki psikotik semptomların, erişkin dönem şizofreni spektrum bozukluğu tanısı için prediktif değeri olduğu ortaya konmuştur (74).

Psikoza dönüşmeyen klinik yüksek risk (CHR) + vakaların büyük bir kısmının uzun dönemde dahi klinik semptomları ve işlevsellik kaybı devam etmektedir ve yaklaşık %52-68'i en az bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu tanısını karşılamaktadır (75,76).

Klinik yüksek risk (CHR) + vakalarda tedaviye rağmen psikoz dönüşümünden bağımsız olarak psikososyal işlevsellik kaybı devam etmekte ve uzun dönemde dahi mevcut semptomlar ve yıkım nedeniyle tedavi arayışı sürebilmektedir (76). Psikoza dönüşümden ziyade bazal nörokognitif performans ve premorbid işlevsellik, bu vakalarda uzun dönem sonuçları ve global fonksiyonelliği belirleyen ana etmenlerdir (77).

2.1.6. Tedavi

Klinik yüksek risk (CHR) vakalarının oldukça heterojen bir grup olması nedeniyle, müdahalelerin etkinliğinin işlevsellik için değil yalnızca psikoz gelişimi için geçerli olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra hangi spesifik müdahalenin etkili olduğu, tedavi süresi ve müdahalelerin algoritması konusu netlik kazanmamıştır (5). Ultra yüksek risk (UHR) hastalarına yönelik birkaç klinik tedavi kılavuzu bulunmakta olup bu kılavuzlardaki ana öneriler;

- Riskli mental durum şüphesi olan hastaların bir uzman tarafından değerlendirilmesi.
- Bireysel bilişsel davranışçı terapi (BDT) (aile müdahaleleri içeren veya içermeyen)
- Duygudurum ve anksiyete bozuklukları varsa, bunların tedavisi
- Sosyal, akademik veya mesleki sorunlara yönelik müdahaleler
- Psikolojik tedaviler etkisizse, ağır ve ilerleyici hafif psikotik semptomlar varsa, işlevsellik etkileniyorsa, düşük doz ikinci kuşak antipsikotikler denemeli.

- Semptomların devamı halinde 3 yıla kadar yapılandırılmış araçlarla düzenli aralıklarla takip edilmeli.

Yapılan çalışmalarda BDT, aile terapisi, kognitif düzenlemeler, entegre psikososyal terapi, risperidon + BDT, omega 3 yağ asitleri, NMD-r modulatörleri, antidepresanlar, antipsikotikler denenmiş olup ön planda BDT uygulamaları önerilmekte, İkinci kuşak antipsikotikler bazı hastalarda tedaviye eklenebilmektedir. Bu spesifik tedaviler rutin izlem ve tedaviye göre 1 yıllık psikoz dönüşüm oranında belirgin azalma ile ilişkili olup uzun dönem sonuçlar bilinmemektedir (5). Son dönemde yapılan bir çalışmada poliansatüre yağ asitlerinin uzun dönem işlevselliği arttırdığına dair bulgular mevcuttur (78).

Tablo 5: Klinik yüksek risk (CHR+) vakalarında BDT Uygulaması Bileşenleri (79)

<u><i>Uygulama</i></u>	<u><i>Hedef</i></u>
Kognitif modele dair psiko eğitim	Anksiyete ve sürdürücü faktörleri hakkında farkındalık kazandırmak, hipervijilansın self-stigma ve katastrofik yanlış yorumları tanımlamak
Klinik yüksek risk (CHR) tanımı ile ilgili psiko eğitim	CHR semptomlarını öğrenmek, prevalans ve muhtemel benign gidiş hakkında bilgilendirerek danışanın deneyimlerini normalize etmek
Gevşeme teknikleri	Sıkıntı hissettiren durumlara yönelik kognitif tekniklere yardımcı gevşeme becerileri kazandırmak
Kognitif Yeniden Yapılandırma	Mental deneyimlere dair yorumları katastrofik olmaktan çıkararak nötralize etmek

Klinik yüksek risk (CHR) + vakalarla yapılan antipsikotik ve antidepresanların karşılaştırıldığı çalışmalarda tedaviye uyum ve psikoz dönüşüm oranları açısından antidepresanlar antipsikotiklere üstün bulunmuş, BDT+ antidepresanlar ile BDT+antipsikotiklerin karşılaştırıldığı bir uzunlamasına çalışma bulgularına göre ise BDT+ antidepresan grubunda psikoza dönüşüm oranlarında anlamlı bir azalma saptanmıştır (80).

Çocuk ve ergen Klinik yüksek risk (CHR) + yaş grubuyla yapılan, antipsikotiklerin değerlendirildiği çalışmalarda amisulpirid ve olanzapinin klinik

belirtiler ve psikososyal işlevsellik üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiş ancak olası yan etki riski de vurgulanmış; aripipirazol ve perospiron bu anlamda umut vaadeden ajanlar olup daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmakta; risperidon ile yapılan çalışmalarda ise kısa dönemde dönüşüm oranlarını azaltsa da uzun dönemde bu etki sürdürülememiştir (80).

Tablo 6: Avrupa Psikiyatri Birliği (EPA) Kılavuzu Önerileri (European Psychiatric Association (EPA) guideline) (38)

1) Yalnızca ilk atak psikozun önlenmesi değil sosyal, fonksiyonel, akademik işlevsellik gibi yıkım alanlarına yönelik önleme çalışmaları da yapılmalıdır.
2) Psikoz-önleme çalışmaları kapsamında hangi ekol baz alınacak olursa olsun, öncelikle Klinik yüksek risk (CHR) tanısı geçerli araçlarla netleştirilmelidir.
3) Erişkin Klinik yüksek risk (CHR) vakalarında ilk atak psikozu önleme veya geciktirme amacıyla öncelikle psikososyal tedaviler olmak üzere farmakolojik tedaviler de uygulanabilir.
4) Aşamalı müdahale uygulanmalı ve başlangıçta BDT gibi daha benign yaklaşımlar ilk seçenek olarak denenmelidir. BDT uygulamaları etkisizse, UHR semptomları ağır ve ilerleyiciyse (içgörüsü az <i>hafif pozitif semptom sendromu</i> (APS) veya sıklığı artan <i>kısa aralıklı psikotik sendrom</i> (BLIPS)) erişkin hastalarda düşük doz ikinci kuşak antipsikotik (İKA) eklenmelidir. İKA eklenmesinde amaç psikolojik müdahalelerin etkili olabilmesi amacıyla semptom stabilizasyonu sağlamaktır ve bu nedenle önleme amaçlı uzun dönem antipsikotik kullanımı önerilmemektedir.
5) Ultra yüksek risk (UHR) hastalarında depresyon ve anksiyete gibi komorbiditeler, kendi tedavi şemalarına uygun olacak şekilde tedavi edilmelidir.
6) Çocuk ve ergen yaş grubunda UHR kriterlerinin prediktif değeri ve psikolojik/farmakolojik müdahalelerin etkinliği net değildir.
7) Çocuk ve ergenlerde işlevsellikte iyileştirme hedeflenerek spesifik psikolojik müdahaleler diğer psikososyal müdahalelere eklenmeli; komorbid mental durumlar kendi kılavuzlarına göre tedavi edilmeli; bu yaş grubu hastalığın progresyonu açısından daha uzun süre takip edilmelidir.

Riskli mental durumlara yönelik tedavi araştırmaları ağırlıklı olarak erişkin yaş grubunda yürütülmüştür. Çocuk ve ergen yaş grubunda risk sendromları ile birlikte, eş tanıların, psikososyal ve nöropsikolojik işlevselliğin araştırılmasına ihtiyaç vardır (81). Bu yaş grubunda tanı görüşmelerinin prediktif değerinin düşük olması nedeniyle mevcut durum aileye ve çocuğa açıklanırken dikkatli olunması önerilmekte ve bu bağlamda stres azaltımı, psikolojik dayanıklılığın artırılması, sosyal beceri eğitimi, alkol ve yasa dışı ilaçlarla ilgili bilgilendirmeler, uyku

hijyeninin sağlanması, BDT uygulamaları gibi daha benign tedaviler öncelikli düşünülmeli, komorbid durumların tedavisi (genellikle BDT ve antidepresanlar ile) yapılmalı, bu yaş grubunda artmış yan etki riski nedeniyle antipsikotikler seçilmiş vakalarda tercih edilmelidir (74).

2.2. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Psikiyatri alanında sıklıkla kullanılan ölçme/değerlendirme araçlarının psikometrik özellikleri araştırmaların bilimselliği açısından oldukça önemlidir. Güvenilirlik, bir ölçme aracıyla ölçüm yapıldığında aynı koşullarda benzer sonuçlar elde edilmesidir (82). Geçerlilik ise, bir ölçüm aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka değişkenlerle karıştırmadan doğru bir şekilde ölçebilmesidir (83).

2.2.1. Ölçeğin Psikolinguistik yapısının çalışılması

Günümüzde bir ölçüm aracının farklı dillerde kullanılabilmesi için dilbilimsel içeriğin yanı sıra kültürel uyarlanmanın da yapılması gerektiği düşünülmektedir. (84) Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission-ITC)'nun yaklaşımları doğrultusunda sırasıyla, Türkçe ve İngilizceyi iyi düzeyde bilen en az iki uzman tarafından çevirinin yapılması, Türkçeye çevrildikten sonra semantik değerlendirmenin yapılması, uzman değerlendirmesi, geri çeviri aşaması, pilot uygulama ve son sürümün oluşturulması aşamaları gerekmektedir (84).

2.2.2. Güvenilirlik

Güvenilirlik, ölçme aracının belirlenen değişkene yönelik farklı ölçümlerde tutarlı ve benzer sonuçlar vermesi şeklinde tanımlanır. Ölçek güvenilirliğini değerlendirmede farklı yollar mevcuttur. Güvenilirlik katsayısı (r) 0 ila 1 arasında değişir (83).

2.2.2.1. Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi

Aynı davranış kalıplarını değerlendiren farklı maddelerin oluşturduğu iki eşdeğer formun aralıksız olarak aynı anda ya da farkı zamanlarda uygulanması ile güvenilirlik katsayısı, formlar arası korelasyon hesaplanarak elde edilir (83).

2.2.2.2. İç Tutarlılık

İç tutarlılık güvenilirliği, bir ölçüm aracının bir kez uygulanması ile güvenilirlik tahmini yapılması yöntemidir (83).

Cronbach Alfa Katsayısı: Ölçek maddelerinin ilgili değişkeni ölçüp ölçmediğini, maddelerinin kendi aralarındaki tutarlılığını belirleyen ve likert tipi ile ölçeklerde iç tutarlılık hesaplamasında tercih edilen yöntem Cronbach alfa katsayısının hesaplanmasıdır. 0 ile 1 arasında değişmekle birlikte; $0.00 \leq \alpha < 0.40$ → ölçek güvenilir değil, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ → ölçek düşük güvenilirlikte, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ → ölçek oldukça güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ → ölçek yüksek derecede güvenilir şeklinde yorumlanabilir (82).

2.2.3. Geçerlilik

Geçerlilik bir ölçüm aracının, başka değişkenlerle karıştırmadan sadece ölçülmek istenen değişkeni ölçmesi olarak tanımlanır (83). Ölçek sonucu elde edilen değerler ile belirlenen kriter arasındaki ilişki geçerlilik katsayısıdır ve -1.00 ile $+1.00$ arasında hesaplanır (83).

2.2.3.1. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği ölçek maddelerinin ölçülmek istenen soyut kavramı (faktörü) doğru ölçebilmesi ve faktörler arasındaki ilişkilerin teorik alt yapıyla uyumlu olmasıdır (82). Yapı geçerliliğini incelemek amacıyla faktör analizi tekniğinden yararlanılabilir.

Faktör Analizi: Faktör analizi, aynı yapıyı ölçen çok sayıda değişkenden, daha az sayıda ve anlamlı yeni değişkenler elde etmeye yarayan bir tekniktir (85). Bir maddenin kavramsal yapıyla olan ilgisi faktör yüküyle değerlendirilir. Faktör

analizi açıklayıcı (exploratory) ve doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi şeklinde uygulanabilir. Ölçek uyarlaması kapsamında yapı geçerliliği Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile değerlendirilir (82). Açıklayıcı faktör analizinde (AFA) faktör yüklerinin 0.50 ve üzeri olması istenirken, doğrulayıcı faktör analizinde uyum indeksleri değerlendirilir. (Tablo 7)

Tablo 7: DFA uyum indeksleri

	Değişim Aralığı	İstenen Değerler
P değeri		$p > 0.05$
CMIN/df (relative chi square index)		2:1-3:1 (<5)
GFI (goodness of fit)	0-1	>0.90
AGFI (adjusted goodness of fit)	0-1	>0.90
CFI (comperative fit index)	0-1	>0.90
RMSEA (root mean square residual)	2-3	0'a yakın

2.2.4. Roc Analizi ve Kesim Noktası

Tanı koymak amacıyla duyarlılığın seçiciliğe oranıyla sürekli bir değişkenin değişim aralığı içinde aldığı tüm değerler için sırasıyla kesim noktaları hesaplanarak **Receiver Operating Characteristic (ROC)** eğrisi oluşturulur. Receiver Operating Characteristic (ROC) eğrisi altında kalan alan (**Area Under Curve-AUC**) için ayırma yeteneği belirli aralıklar için yorumları; 0.90-1 mükemmel, 0.80-0.90 iyi, 0.70-0.80 orta, 0.60-0.70 zayıf, 0.50-0.60 başarısız olarak değerlendirilir.

Yeni testin gerçekte hasta olan bireylerin ne kadarını saptayabildiğini gösteren tanı testi performans kriterine **Duyarlılık** (Sensitivity/DP) denir. 1'e yaklaştıkça o kadar başarı yüksek olur.

Hasta olan ve olmayan bireylere uygulanan test sonucunda testin hasta olmayanları doğru ayırma başarısına **Özgüllük** (Specificity/DN) denir. 1'e yaklaştıkça o kadar başarı yüksek olur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK PROSEDÜRLER

Yale University School of Medicine, PRIME Research Clinic ekibi tarafından hazırlanan **The Psychosis-Risk Syndrome Handbook for Diagnosis and Follow-up** kitabının ilk yazarı Prof. Dr Thomas H. McGlashan ile mail yoluyla irtibata geçilip görüşmenin Türkçe geçerlilik/güvenilirlik çalışmasının yapılma izni alınmış ayrıca yayın haklarını bulunduran **Oxford Publishing Limited** (Company number – 01748118) (Licensor) ile de irtibata geçilerek gerekli izinler alınmıştır (EK-1).

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmaya katılan bireyler ve ebeveynlerinden sözlü ve yazılı izinler ile ilgili bölümden vaka grubu için sözel izin alınmıştır. Ayrıca araştırma için İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Komisyonundan 347 protokol numaralı Etik Kurul izni (Karar Tarihi: 03.09.2019) alınmıştır (Ek 2).

Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) görüşmesi geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sırasında, ölçeğin psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/ dil uyarlaması ve psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlilik-güvenirlilik) olmak üzere toplam iki aşamada gerçekleştirilecektir.

3.2. PSİKOLİNGÜİSTİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ/ DİL UYARLAMASI

Ölçeğin dil uyarlaması ana dili Türkçe olan ve İngilizce bilen iki bağımsız çevirmen tarafından Türkçeye çevrilmiş, bu çeviriler iki araştırmacı ve tez danışman öğretim üyeleri tarafından düzenlendikten sonra, anketin İngilizce formunu görmeyen, her iki dili (Türkçe- İngilizce) anlayan ve konuşan, iki çevirmen uzman tarafından Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çevirideki ifadeler orijinal İngilizce ifadeler ile karşılaştırıldıktan sonra Prof. Dr Thomas H. McGlashan'a da gönderilmiş, gelen öneriler doğrultusunda Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilmiş ve içerik geçerliliği için 4 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Alınan öneriler ve yapılan

düzeltilmelerden sonra ölçek, araştırma kapsamına alınmayan 10 bireye uygulanmış, anlaşılmakta zorlanılan maddeler, okunabilirlik ve madde formatı açısından değerlendirilerek, önerilen değişiklikler doğrultusunda son durumuna ulaşmıştır.

3.3. ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi kliniğine Ekim 2019 - Mayıs 2020 tarihleri arasında herhangi bir psikiyatrik semptomla yönelik *yardım arayışıyla* kliniğimize başvuran 12-18 yaş aralığındaki sıralı 140 ergen oluşturmuştur. "*Yardım arayışı olan*" popülasyonda kullanımı desteklenen SIPS görüşmesi ile klinik yüksek risk (CHR) + saptanan 70 kişi vaka grubunu, CHR- olarak saptanan 70 kişi ise karşılaştırma grubunu oluşturmuştur (55).

Klinik örnekleme önceki çalışmalarda 0.10 prevalans (%5.5- %38.3) ile görülmekte olduğu bildirilmiş CHR vakaları için (15); yaklaşık 7200 kişilik popülasyon hacmi olan kliniğimizde %95 güven aralığı ve %5 hassasiyette belirtilen prevalans için gerekli minimum örneklem genişliği 136 olarak hesaplanmıştır (85).

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 12-18 yaş arasında olma
- Çocuklara ve ailelere araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmayı gönüllülük esasınca kabul etmiş ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları.
- SIPS görüşmesine göre psikotik semptomların varlığı- psikotik sendrom (PS) (presence of psychotic symptoms-POPS) tanısı almak: 1. Grup
- SIPS görüşmesine göre klinik yüksek risk (CHR) tanılarından birini almak- psikoz risk sendromu varlığı (PRS) (CHR pozitif: *kısa aralıklı psikotik sendrom (BLIPS), hafif pozitif semptom sendromu (APS), genetik risk ve işlevsellikte azalma sendromu (GRD)*): 2. grup
- Psikiyatri kliniğine yardım arayışıyla başvuran ancak tanımlanmış veya tanımlanmamış herhangi bir psikotik semptom olmayan (psikotik semptom veya psikoz prodrom sendromlarından birine sahip olmayan) hastalar:

Klinik yüksek risk (CHR) negatif: Kontrol Grubu: 3. Grup

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Çocukta veya ailede klinik görüşmeyi engelleyecek şekilde bilişsel yetersizlik olması
- Psikiyatrik semptomu neden olabilecek medikal veya nörolojik hastalık öyküsü

3.4. İŞLEM

Araştırmaya polikliniğimize Ekim 2019- Mayıs 2020 tarihleri arasında psikotik semptomlarla ya da diğer sebepler nedeniyle başvuran, görüşmeyi engelleyecek düzeyde bilişsel yetersizliği olmayan ergenlere ve ailesine araştırmanın amacı, uygulanacak görüşme ve testler açıklandıktan sonra gönüllü onam belgesi alınacaktır. Çalışma kesitsel olarak planlanmış bir vaka-kontrol ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasıdır.

Araştırmada veri toplanması SIPS görüşmesi için eğitilmiş klinisyen tarafından uygulanan 4 görüşme ve vakalar tarafından doldurulan 2 ölçek olmak üzere 2 aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk bölüm sosyodemografik veri formu, SIPS görüşmesi ve Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) (K-SADS) görüşmesinin görüşmeci tarafından uygulanması şeklindedir. K-SADS görüşmesi yapılarak mevcut ve geçmiş DSM-5 tanıları değerlendirilmiş, SIPS görüşmesi ile de psikoz, klinik yüksek risk (CHR) + (*kısa aralıklı psikotik sendrom-BLIPS*, *hafif pozitif semptom sendromu-APS*, *genetik risk ve işlevsellikte azalma sendromu-GRD*), CHR - şeklinde sınıflanmıştır. Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) değerlendirmesi ile Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) bulguları karşılaştırılmıştır. Faktör analizi ve diğer geçerlilik güvenilirlik analizleri, psikoz risk sendromlarının belirlenmesinde ana rolü oynayan Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ile yapılmıştır. İkinci bölüm ise Beck Depresyon Ölçeği ve ÇATÖ özbildirim ölçeklerinin vakalar tarafından doldurulması şeklindedir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

1. Bilgilendirilmiş onam formu (EK-3)

2. Sosyodemografik veri formu (Görüşme) (EK-4)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan bir form olup görüşmeci tarafından katılımcılarla görüşülerek doldurulacaktır. Bu bilgi formu araştırmaya dahil edilen bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile psikiyatrik öyküleri, kullandıkları ilaçlar, yakın dönem stresli yaşam olayları gibi bilgilerden oluşmaktadır.

3. Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes- (SIPS) Görüşmesi (Psikoz Risk Sendromları için Yarı Yapılandırılmış Görüşme)

1997 yılında McGlashan ve arkadaşları, psikotik düzeyde semptomları (Psychiatric Rating Scale), Pozitif ve negatif semptom ölçeği-PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), Semptom ve öyküye yönelik tamamlayıcı değerlendirme (Comprehensive Assessment of Symptoms and History) gibi bilinen ölçeklerden farklı olarak riskli hastaların subklinik semptomlarını derecelendirmeye yönelik Prodromal Semptomlar Ölçeğini (SOPS) geliştirmiştir. Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) yarı yapılandırılmış görüşmesi; SOPS ölçeği, modifiye bir Global Değerlendirme Ölçeği (GAF) ve şizotipal kişilik bozukluğu DSM kriterleriyle birleştirilerek oluşturulmuştur (6). Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ilk kez 1998 yılında 81 hasta ile yapılan çalışmada gösterilmiş ve güvenilirlik analizinde $\kappa=0.81$ (%95 CI=0.55–0.93) şeklinde; prediktif validitesi ise 6. ayda %46 12. ayda %54 olarak hesaplanmıştır (6). 15'ten fazla çalışmada görüşmeciler arası güvenilirlik "mükemmel" ($\kappa > 0.7$) olarak değerlendirilmiştir. Çalışma bulgularına göre SIPS görüşmesinin psikoz için prediktif sensitivitesi 0.95 (95% CI 0.88–0.99), spesifitesi 0.39 (95% CI 0.32–0.46) olarak değerlendirilmiştir. Psikoz ve klinik yüksek risk (CHR) + ayrımı açısından örtüşürücü (convergent) ve ayırıcı (diskriminant) geçerliliğini destekler nitelikte kanıtlar mevcuttur (15).

4. Aile ile Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış görüşme:

Çocuk ve ergenlerin DSM-5 tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve bu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Ölçeğin DSM-5'e adapte edilmiş versiyonunun 2018 yılında Türk örnekleme için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (86). Son yıllarda yapılan bir araştırmada özellikle çocukla yapılan KIDDIE-SADS görüşmesi ile saptanan eşik altı halüsinasyon veya eşik altı delüzyon varlığı, SIPS görüşmesi ile tanımlanan klinik yüksek risk (CHR) pozitifliği ile güçlü bir şekilde örtüşmektedir (87).

5. Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) (Ek-5)

Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS), Pozitif Belirtiler ölçeği (7 madde), Negatif Belirtiler Ölçeği (7 madde) ve Genel Psikopatoloji Ölçeği (16 madde) olmak üzere toplamda 30 madde ve 3 alt birimden oluşur. Maddeler semptom şiddetine göre 1 ile 7 arasında görüşmeci tarafından yapılan yarı yapılandırılmış bir değerlendirme ile kılavuz tanımlamalarına göre puanlanır. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji skorları ve toplam PANSS skoru elde edilir (88). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (89).

7. Beck Depresyon ölçeği (BDÖ) (Ek-6)

Beck ve arkadaşları (1961, 1988) tarafından geliştirilen ve Türkçeye Hisli (1989) tarafından uyarlanan bu ölçek, depresyonda görülen ve vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri 0-3 arasında değerlendiren 21 maddeden oluşmaktadır (90,91).

8. Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (Ek-7)

Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) - Çocuk formu Birmaher ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olup; Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çakmakçı ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılmıştır (92,93). Belirtinin şiddetine göre 0,1,2 puan olacak şekilde puanlanır ve 41 maddeden oluşmaktadır. Toplam puan ve 5 alt ölçek puanı elde edilir. Toplam puan kesim noktası 25 puan olup bir anksiyete bozukluğu varlığını düşündürür:

- √ Panik Bozukluk ve Somatik Belirti: 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ve 38. maddenin toplam puanı 7 ve üzeri;
- √ Yaygın Anksiyete Bozukluğu: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 ve 37. maddenin toplam puanı 9 ve üzeri;
- √ Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ve 31. maddenin toplam puanı 5 ve üzeri;
- √ Sosyal Anksiyete Bozukluğu: 3, 10, 26, 32, 39, 40 ve 41. maddenin toplam puanı 8 ve üzeri;
- √ Okul Fobisi: 2, 11, 17 ve 36. maddenin toplam puanı 3 ve üzeri olarak hesaplanmaktadır.

3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Verilerin çözümlenmesinde ölçeklerde sürekli yapıdaki verilen istatistiği yapılırken ortalama ve standart sapma, özelliklerin minimum ve maksimum değerleri, kategorik değişkenleri tanımlarken frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için Kikare analizi uygulanmıştır. Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) görüşmesi ana ölçeği olan Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ve alt maddelerinin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach's Alpha katsayısı yöntemi uygulanmıştır. Ayrıca güvenilirlik sınaması için, iki ölçek arası uyumu belirlemek amacıyla Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı test istatistiği kullanılmıştır. Ölçeğin vaka ve kontrol gruplarındaki ortalama puanlarını karşılaştırmak için Student's t test istatistiği, üç grup ortalamalarını karşılaştırmak için Anova testi kullanılmıştır. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ölçeğinin alt

maddelerinin yapı geçerliliği Açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve Doğrulatoryıcı faktör analizi (DFA) ile değlendirilmiştir. Ölçeğin duyarlılık, özgüllük ve AUC (eğri altı alan) analizleri Receiver Operating Characteristic (ROC) eğrisi çizilerek yapıldı. Herbir madde için toplam puanları hesaplanarak risk düzeyi oranları ve % 95 güven aralıkları verilmiştir. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Verilerin değlendirilmesinde IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 25 Armonk, New York, USA), IBM SPSS AMOS istatistik programı ve www.e-picos.com New York istatistik paket programı kullanılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Örnekleme, 79 psikotik sendrom (20) ve prodromal sendrom (59) tanılı vaka ve psikotik sendromu (PS) ve/veya psikoz risk sendromu (PRS) olmayan (kontrol) 71 ergen olmak üzere 150 ergen ile eşlik eden ebeveynleri dahil edilmiştir. Vaka grubu; psikotik sendrom (PS) tanılı 20 hasta (%13.3) ve psikoz risk sendromu (PRS) tanılı 59 hastadan (%39,3) oluşmaktadır.

4.1.1. Yaş

Örneklemedeki ergenlerin yaş ortalaması 14.7 ± 1.6 olarak bulunmuştur. (Tablo 1) Vaka grubu ve kontrol grubu arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup ($p=0.10^*$), Psikotik sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grupları kendi içinde karşılaştırıldığında PS grubu yaş ortalaması diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. ($p=0.002$)

4.1.2. Cinsiyet

Örneklemedeki ergenlerin cinsiyet dağılımı Tablo 8'de yer almakta olup 69 erkek (%46), 81 kız (%54) ergen bulunmaktadır. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.66$).

Tablo 8: Katılımcıların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları

	Vaka n=79	Kontrol n=71	Toplam n=150	p değeri
Yaş, ortalama \pm Std. Sapma	15.0 \pm 1.6	14.5 \pm 1.5	14.7 \pm 1.6	0.10*
Cinsiyet				
Kız, n (%)	44 (55.7)	37 (52.1)	81 (54)	
Erkek, n (%)	35 (44.3)	34 (47.9)	69 (46)	0.66**

*Bağımsız örneklem T testi

**Kikare testi

Tablo 9: PS, PRS ve kontrol grupları yaş ortalamaları

	PS n=20	PRS n=59	Kontrol n=71	p değeri
Yaş, ortalama ± Std. Sapma	15.9 ± 1.3	14.6 ± 1.5	14.5 ± 1.5	0.002*

*One-Way Anova

Psikotik sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grupları arasında yaş ortalamaları arasında anlamlı fark olup, bu fark PS grubunun yaş ortalamasının yüksekliğinden kaynaklanmaktadır. (p=0.002) (Tablo 9)

4.1.3. Eğitim Düzeyleri

Çalışmaya katılan bireyler ilkokul, ortaokul, lise ve açıköğretim/devamsız olmak üzere 4 farklı eğitim düzeyine göre değerlendirilmiş olup, vakaların %45.6'sı (n=36), kontrollerin %59.2'si (n=42) lise düzeyinde olduğu görülmüştür. Vaka grubunun %22.8'i (n=18), kontrol grubunun %4.2'si (n=3) açıköğretim/ devamsız olarak değerlendirilmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (p=0.008) (Tablo 10)

Tablo 10: Katılımcıların eğitim düzeyleri

	Vaka n=79 (%)	Kontrol n=71 (%)	Toplam (n=150)	X²	p değeri
Eğitim Durumu					
İlkokul, n (%)	1 (1.3)	0 (0)	1 (0.7)	11.9	0.008*
Ortaokul, n (%)	24 (30.4)	26 (36.6)	50 (33.3)		
Lise, n (%)	36 (45.6)	42 (59.2)	78 (52.0)		
Açıköğretim/ Devamsız, n (%)	18 (22.8)	3 (4.2)	21 (14.0)		

*Kikare testi

4.3.4. Başarı Durumu

Katılımcılar dönem sonu not ortalamalarına göre 70 puan ve üzeri, 50-70 puan ve arası, 50 puan ve altı ve sınıf tekrarı (üst üste iki dönem 50 puan ve altı) şeklinde 4 grup olarak değerlendirilmiştir. Vaka grubunun %35.4'ü (n=28) 50-70 puan arası, kontrol grubunun %43.7'si (n=31) 50-70 puan arası düzeyde olduğu görülmüştür. Vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. (p=0.19) (Tablo 11)

Tablo 11: Katılımcıların başarı düzeyleri

	Vaka n=79 (%)	Kontrol n=71 (%)	Toplam (n=150) (%)	X²	p değeri
Başarı Durumu					
70 puan ve üzeri, n (%)	15 (19.0)	19 (26.8)	34 (22.7)	4.7	0.19*
50-70 puan arası, n (%)	28 (35.4)	31 (43.7)	59 (39.3)		
50 puan ve altı, n (%)	22 (27.8)	15 (21.1)	37 (24.7)		
Sınıf tekrarı, n (%)	14 (17.7)	6 (8.5)	20 (13.0)		

*Kikare testi

Analizler psikotik sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grupları şeklinde tekrarlandığında PS grubunda 50 ve üzeri puan düzeylerinin diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. (p=0.007) (Tablo 12)

Tablo 12: PS, PRS ve kontrol gruplarına göre katılımcıların başarı düzeyleri

	PS (n=20)	PRS (n=59)	Kontrol (n=71)	Toplam (n=150)	<i>p</i> değeri
Başarı Durumu					
70 puan ve üzeri, n (%)	3 (15)	12 (20.3)	19 (26.8)	34 (22.7)	
50-70 puan arası, n (%)	3 (15)	25 (42.4)	31 (43.7)	59 (39.3)	< 0.007
50 puan ve altı, n (%)	6 (30)	16 (27.1)	15 (21.1)	37 (24.7)	
Sınıf tekrarı, n (%)	8 (40.0)	6 (10.2)	6 (8.5)	20 (13.3)	

*Kikare testi

4.1.4. Aile Özellikleri

Katılımcılar anne-babanın birlikte olması, bir sebeple ayrı olması veya diğer durumlar olacak şekilde aile yapısı açısından değerlendirildiğinde vaka ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.948$). Katılımcılar birlikte yaşanan kişiler açısından değerlendirildiğinde ise tüm bireylerin %81.3'ü her iki ebeveyniyle birlikte yaşadığı görülürken iki ebeveyn ile birlikte yaşıyor olma durumu vaka grubunda (%86.1), konrollere göre (%76.1) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0.040$). Katılımcıların ailelerinin medyan çocuk sayısı 2 olup minimum 1 ve maksimum 11 arasında değişmektedir. Vaka ve kontrol grupları arasında kardeş sayısı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p=0.108$) (Tablo 13)

Tablo 13: Katılımcıların aile özellikleri

	Vaka n=79 (%)		Kontrol n=71 (%)		Toplam (n=150) (%)		p değeri
Aile Yapısı (anne-baba)							
Birlikte n (%)	64	(81.0)	56	(78.9)	120	(80)	0.948*
Ayrı n (%)	14	(17.7)	14	(19.7)	28	(18.7)	
Diğer n (%)	1	(1.3)	1	(1.4)	2	(1.3)	
Yaşanılan Ortam							
İki Ebeveyn ile, n (%)	68	(86.1)	54	(76.1)	122	(81.3)	0.040*
Tek Ebeveyn ile n (%)	5	(6.3)	14	(19.7)	19	(12.7)	
Diğer, n (%)	6	(7.6)	3	(2)	9	(6)	

* *Ki-kare testi*

4.1.5. Anne/Baba Eğitim Düzeyi

Katılımcılar anne eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %58'i ilkokul mezunu olup eğitim durumu lise ve üniversite olan bireylerin oranı % 23.4'tür. Vaka ve kontrol grubu arasında anne eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p= 0.120$). Katılımcılar baba eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde ise %48.7 oranında ilkokul düzeyinde iken %28.7'si lise ve üniversite düzeyindedir. Vaka ve kontrol grubu arasında baba eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktur. ($p=0.123$)

4.1.6. Anne ve Babaların Çalışma Durumu

Vaka ve kontrol grupları annelerin çalışma durumu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p= 0.23$). Katılımcıların annelerinin %37.3'ü çalışmaktadır. Babaların çalışma durumu değerlendirildiğinde vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olup ($p=0.001$),

kontrol grubundaki babaların %97'si çalışmaktayken vaka grubundaki babaların %75.7'si çalışmaktadır.

4.1.7. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Vaka grubunun % 29.1'i sigara kullanmakta iken kontrol grubunun %25.4'ünde sigara kullanımı mevcut olup gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.60$). Alkol kullanımı vaka grubunda %10.1 iken kontrol grubunda %5.6'dır ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.31$). Madde kullanımı açısından değerlendirildiğinde ise vaka grubunda bu oran %3.8, kontrol grubunda %4.2'dir ve gruplar arasında anlamlı fark yoktur. (Tablo 14)

Tablo 14: Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımı

	Vaka n=79 (%)	Kontrol n=71 (%)	Toplam (n=150)	p değeri	X ²
Sigara Kullanımı	23 (29.1)	18 (25.4)	41 (27.3)	0.60*	0.26*
Alkol Kullanımı	8 (10.1)	4 (5.6)	12 (8)	0.31*	1.02*
Madde Kullanımı	3(3.8)	3(4.2)	6 (4)	0.99**	

*Kikare testi

**Fisher Kesin Testi

4.1.8. Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD) ve Suisidatile Durumları

Katılımcılar kendine zarar verme davranışı (KZVD) açısından değerlendirildiğinde vaka grubunun %35.4'ü, kontrol grubunun ise %22.5'inde KZVD varlığı saptanmış ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.08$). Gruplar intihar düşüncesi ve intihar girişimi açısından değerlendirildiğinde ise vaka grubunda iki değişken de (sırasıyla %38; %27.8) kontrol grubuna göre (sırasıyla %21.1; %14.1) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (sırasıyla $p=0.02^*$, $p=0.04^{**}$) (Tablo 15)

Psikotik Sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grupları arasında analizler tekrarlandığında KZVD ve intihar girişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken (sırasıyla $p=0.11$, $p=0.11$), intihar düşüncesi PRS grubunda PS ve kontrol gruplarına göre anlamlı şekilde yüksektir. ($p=0.01$)

Tablo 15: Katılımcıların KZVD ve suisidalite durumları

	Vaka n=79 (%)	Kontrol n=71 (%)	Toplam (n=150) (%)	p değeri	X ²
KZVD	28 (35.4)	16 (22.5)	44 (29.3)	0.08	3.0
İntihar Düşüncesi	30 (38)	15 (21.1)	45 (30)	0.02	5.05
İntihar Girişimi	22 (27.8)	10 (14.1)	32 (21.3)	0.04	4.22

Kikare testi

4.1.9. Psikiyatrik Öykü/Aile Öyküsü

Katılımcılar psikiyatrik ilaç kullanımı açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %60'ında ilaç kullanımı varlığı mevcut olup, vaka grubunun %58.2'si, kontrol grubunun ise %62'si ilaç kullanmakta ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0.64$). Geçmiş psikiyatrik ilaç kullanımı açısından değerlendirildiğinde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.26$) (Tablo 16).

Psikotik sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grupları açısından analizler tekrarlanmıştır. Mevcut ve geçmiş ilaç kullanımları açısından 3 grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.18$, $p=0.26$).

Tablo 16: Katılımcıların psikiyatrik ve aile öyküleri

	Vaka n=79 (%)	Kontrol n=71 (%)	Toplam (n=150)	p değeri	X²
Geçmiş Psikiyatrik İlaç Kullanımı Varlığı	48 (60.8)	39 (54.9)	87 (58.0)	0.26	2.65
Psikiyatrik İlaç Kullanımı Varlığı	46 (58.2)	44 (62)	90 (60.0)	0.64	0.21
Psikiyatri Yatış Öyküsü Varlığı	17 (21.5)	6 (8.5)	23 (15.3)	0.02	4.91
1. Derece Akrabalarda Psikotik Bozukluk Varlığı	9 (11.4)	0 (0)	9 (6)	0.003**	8.60
Ailede Psikiyatrik Bozukluk varlığı	48 (60.8)	40 (56.3)	88 (58.7)	0.58	0.30

Kikare testi

*Fisher Kesin Testi***

Katılımcılar psikiyatri yatış öyküsü açısından değerlendirildiğinde vaka grubunda oran %21.5, kontrol grubunda ise %8.5 olup bu oranlar istatistiksel açıdan anlamlıdır. (p=0.02) (Tablo 16)

Birinci derece akrabalarda psikotik bozukluk varlığı incelendiğinde ise vaka grubunda bu oran %11.4, kontrol grubunda ise sıfır(0)'dır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0.003). Psikotik sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grupları arasında 1. derece akrabada psikoz varlığı değerlendirildiğinde PS grubunda %15, PRS grubunda %10.2 kontrol grubunda ise sıfır (0) olarak saptanmış olup gruplar arasında tüm gruplardan kaynaklanacak şekilde anlamlı fark mevcuttur (p=0.01). Ailede psikiyatrik öykü varlığı oranı vaka grubunda %60.8, kontrol grubunda ise %56.3 olup gruplarda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.58).

4.1.10. Psikiyatrik İlaç kullanımı

Katılımcılar metilfenidat, atomoksetin, antidepresan, antipsikotik, duyurum düzenleyici (DDD), sedatif/hipnotik kullanımı açısından değerlendirilmiş olup, tüm

grup içinde bu ilaçların kullanım oranları sırasıyla %19, %6, %55, %44, %6, %22'dir. Metilfenidat kullanımı kontrol grubunda vaka grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek iken ($p=0.003$), atomoksetin ve antidepresan kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla ($p=0.42$, $p=0.74$) (Tablo 17).

Antipsikotik kullanımı vaka grubunda %39.2, kontrol grubunda %18.3 olup gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur ($p=0.005$). Gruplar DDD kullanımı açısından değerlendirildiğinde, vaka grubundaki oran %6 iken kontrol grubunda sıfır (0)'dır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0.03$). Katılımcıların sedatif/hipnotik kullanımı değerlendirildiğinde vaka grubunda kullanım oranı %27.8, kontrol grubunda %8.5 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.002$) (Tablo 17).

Tablo 17: Katılımcılar psikiyatrik ilaç kullanımı

	Vaka n=79 (%)	Kontrol n=71 (%)	Toplam (n=150) (%)	p değeri	X ²
İlaç Kullanımı					
Metilfenidat	4 (5.1)	15 (21.1)	19 (12.7)	0.003*	8.72
Atomoksetin	2 (2.6)	4 (5.7)	6 (4.1)	0.42**	
Antidepresan	28 (35.4)	27 (38)	55 (36.7)	0.74*	0.108
Antipsikotik	31 (39.2)	13 (18.3)	44 (29.3)	0.005*	7.90
Duygudurum Düzenleyici	6 (7.6)	0 (0)	6 (4)	0.03**	
Sedatif/Hipnotik	22 (27.8)	6 (8.5)	28 (18.7)	0.002*	9.26

*Kikare

**Fisher Kesin Testi

Psikotik sendrom (PS),psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol gruplar mevcut ilaç kullanımını açısından post-hoc analizle değerlendirilmiştir. Psikotik sendrom grubunda antipsikotik, DDD ve sedative/hipnotik kullanımı diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksektir (sırasıyla p=0.01, p<0.001, p<0.001) (Tablo 18).

Tablo 18: PS, PRS ve kontrol gruplarının mevcut psikiyatrik ilaç kullanımı

	PS n=20 (%)	PRS n=59 (%)	Kontrol (n=71) (%)	p değeri	X ²
İlaç Kullanımı					
Metilfenidat	0 (0)	4 (6.8)	15 (21.1)	0.009*	9.34
Atomoksetin	0 (0)	2 (3.4)	4 (5.7)	0.49	1.39
Antidepresan	5 (25)	23 (39)	27 (38)	0.50	1.36
Antipsikotik	12 (60)	19 (32.2)	13 (18.3)	0.01	13.40
Duygudurum Düzenleyici	4 (20)	2 (3.4)	0 (0)	< 0.001	16.3
Sedatif/Hipnotik	13 (65)	9 (15.3)	6 (8.5)	< 0.001	33.6

Kikare testi

4.1.11. Mevcut/Geçmiş Psikiyatrik Tanılar

Katılımcılar mevcut ve geçmiş psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %71.3 ünde anksiyete bozukluklarından bir veya daha fazlası, %42.7'sinde ise depresif bozukluk tanısı mevcuttur. Anksiyete bozuklukları içinde en sık özgül fobi (%41.3) mevcut olup bunu yaygın anksiyete bozukluğu (%34.7) ve sosyal fobi (%32.7) izlemektedir. 2 veya daha fazla anksiyete bozukluğuna sahip bireylerin oranı psikotik sendrom (PS) grubunda %15 (n=3),

psikoz risk sendromu (PRS) grubunda %62.7 (n=37) kontrol grubunda ise %26.8 (n=19)'dur ve PRS grubundaki oran diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. ($p < 0.001$) Vaka grubunun değerlendirmesinde, depresif bozukluk ($p=0.006$), anksiyete bozuklukları ($p=0.04$), yeme bozukluğu (0.06), geçmiş obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ($p=0.02$), geçmiş travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ($p=0.01$) ve geçmiş manik atak ($p=0.04$) varlığı vaka grubunda kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Mevcut depresif bozukluk varlığı açısından psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grupları arasında yapılan post hoc analizde PRS grubunda depresif bozukluk oranı %61, kontrol grubunda ise %31 olup anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$). Geçmiş TSSB varlığını değerlendirme amacıyla yapılan post-hoc analizlerde, PRS grubunda (%16.9) kontrol grubuna göre (%4.2) anlamlı yükseklik saptanmıştır. ($p=0.01$)

Vaka grubunda özgül fobi sıklığı, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir. ($p=0.01$) Post-hoc analizlerde bu farkın psikoz risk sendromu (PRS) grubundan kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0.04$). Yine post-hoc analizlerde PRS ve kontrol grupları arasında yaygın anksiyete bozukluğu açısından (sırasıyla %49.2, %31.0) anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.03$). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) varlığı kontrol grubunda (%57.7) vaka grubuna (%27.8) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. ($p < 0.001$) (Tablo 19)

Tablo 19: Katılımcıların mevcut/geçmiş psikiyatrik tanıları

	Vaka n=79 (%)	Kontrol n=71 (%)	Toplam (n=150) (%)	p değeri	X²
Mevcut Psikiyatrik Tanılar					
Depresif Bozukluk	42 (53.2)	22 (31.0)	64 (42.7)	0.006	7.51
Manik Atak	3 (3.8)	0 (0)	3 (2)	0.24**	
Anksiyete Bozuklukları (tümü)	62 (78.5)	45 (63.4)	107 (71.3)	0.04	4.17
Panik Bozukluk	8 (10.1)	3 (4.2)	11 (7.3)	0.16	1.91
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	30 (38)	22 (31)	52 (34.7)	0.36	0.80
Özgül Fobi	40 (50.6)	22 (31.0)	62 (41.3)	0.01	5.95
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	7 (8.9)	1 (1.4)	8 (5.3)	0.07**	
Sosyal Fobi	29 (36.7)	20 (28.2)	49 (32.7)	0.26	1.24
Obsesif Kompulsif Bozukluk	10 (12.7)	10 (14.1)	20 (13.3)	0.79	0.06
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	6 (7.6)	4 (5.6)	10 (6.7)	0.74**	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	22 (27.8)	41 (57.7)	63 (42)	<0.001	13.7
Yeme Bozukluğu	5 (6.3)	0 (0)	5 (3.3)	0.06**	
Geçmiş Psikiyatrik Tanılar					
Depresif Bozukluk	29 (36.7)	23 (32.4)	52 (34.7)	0.57	0.30
Manik Atak	9 (11.7)	2 (2.8)	11 (7.3)	0.04	4.04
Anksiyete Bozuklukları (tümü)	29 (36.7)	32 (45.1)	61 (40.7)	0.29	1.08
Panik Bozukluk	3 (3.8)	1 (1.4)	4 (2.7)	0.62**	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	7 (8.9)	10 (14.1)	17 (11.3)	0.31	1.01
Özgül Fobi	3 (3.8)	6 (8.5)	9 (6)	0.30**	
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	8 (10.1)	8 (11.3)	16 (10.7)	0.82	0.05
Sosyal Fobi	15 (19.0)	14 (19.7)	29 (19.3)	0.91	0.01
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3 (3.8)	10 (14.1)	13 (8.7)	0.02	4.99
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	13 (16.5)	3 (4.2)	16 (10.7)	0.01	5.87
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	25 (31.6)	30 (42.3)	55 (36.7)	0.18	1.81
Yeme Bozukluğu	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.7)	0.47**	

*Kikare testi****Fisher Kesin Testi*

4.2. ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRMELERİ

Tüm katılımcıların görüşmeci tarafından puanlanan SIPS görüşmesi ana ölçeği olan Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS); Pozitif ve Negatif Semptom ölçeği (PANSS), Global değerlendirme ölçeği (GAF-şimdi), (GAF-geçmiş) ortalama puanları, vaka ve kontrol gruplarının ortalama puanları ve standart tablolar tabloda verilmiştir. Katılımcılar tarafından doldurulan tüm örneklem, vaka ve kontrol grubu Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ortalama puanları ve ÇATÖ panik bozukluk, ÇATÖ yaygın anksiyete bozukluğu, ÇATÖ ayrılık anksiyetesi bozukluğu, ÇATÖ sosyal anksiyete bozukluğu, ÇATÖ okul fobisi alt ölçek ortalama puanları da tüm örneklem, vaka ve kontrol grupları karşılaştırmalı şekilde değerlendirilmiştir. Bir katılımcının BDÖ ölçeğini doldurmamış olması nedeniyle analizlerden çıkarılmıştır.

Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) toplam puan ortalaması ve SOPS pozitif, negatif, dezorganize ve genel alt ölçek puan ortalamaları açısından vaka ve kontrol grupları arasında vaka grubunda yüksek olmak üzere, anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.000$). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam puan ortalaması ve PANSS pozitif, negatif ve genel alt ölçek puan ortalamaları açısından vaka ve kontrol grupları arasında vaka grubunda yüksek olacak şekilde anlamlı fark mevcuttur ($p=0.000$). Global Değerlendirme Ölçeği (GAF) şimdi ve GAF geçmiş puan ortalamaları açısından vaka ve kontrol grupları arasında vaka grubunda yüksek olacak şekilde anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.000$). BDÖ. ve ÇATÖ toplam puan ortalamaları açısından vaka ve kontrol grupları arasında vaka grubunda yüksek olacak şekilde anlamlı fark bulunmaktadır (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.01$). ÇATÖ panik bozukluk alt ölçek puan ortalamaları açısından vaka ve kontrol grubu arasında vaka grubunda yüksek olacak şekilde anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.000$) (Tablo 9). Katılımcıların her bir maddelerin aldıkları ortalama puan ve standart sapmalar Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20: Katılımcıların SOPS maddeleri ortalama puan ve standart sapmaları

	Ortalama ± SS
Pozitif Semptomlar:	N (150)
P1. Olağandışı düşünce içeriği/sanrılar	3.6 ± 1.8
P2. Şüphencilik/kötülük görme düşünceleri	2.8 ± 1.9
P3. Büyüklük Düşünceleri	1 ± 1.5
P4. Algısal anormallikler/ varsanılar	3.1 ± 1.9
P5. Dezorganize iletişim	1.3 ± 1.6
Negatif Semptomlar:	
N1. Sosyal anhedoni	2.9 ± 1.8
N2. İsteksizlik	3.3 ± 1.8
N3. Duyguların ifade edilmesi	2.2 ± 1.8
N4. Duyguların ve kendiliğın deneyimlenmesi	2.2 ± 1.9
N5. Düşünce içeriğinde zenginlik	2.1 ± 1.6
N6. Mesleki işlevsellik	3.4 ± 1.7
Dezorganize belirtiler:	
D1. Garip görünüm veya davranış	1.4 ± 1.6
D2. Tuhaf düşünce	1.2 ± 1.6
D3. Odaklanma ve dikkatle ilgili güçlük	2.5 ± 1.2
D4. Kişisel bakım	1.2 ± 1.4
Genel belirtiler:	
G1. Uyku düzensizlikleri	2.3 ± 1.5
G2. Disforik duygudurum	3.7 ± 1.8
G3. Motor düzensizlikler	1.1 ± 1.3
G4. Normal strese toleransta bozulma	3.6 ± 1.8
SOPS/(t)	2.4 ± 1.1

Tablo 21: PS, PRS ve kontrol grupları ve tüm grup (toplam) SOPS maddeleri ortalama puan ve standart sapmaları

	PS n=20 Ort ± SS	PRS n=59 Ort ± SS	Kontrol n=71 Ort ± SS	p değeri
Pozitif Semptomlar:				
P1. Olağandışı düşünce içeriği/sarılar	5.7± 0.9	4.3 ±1.4	2.5 ±1.5	< 0.001
P2. Şüphencilik/kötülük görme düşünceleri	5.1± 1.7	3.4 ±1.4	1.5 ±1.3	< 0.001
P3. Büyüklük Düşünceleri	2.4 ±2.1	1.3 ±1.7	0.4 ±0.7	< 0.001
P4. Algısal anormallikler/ varsanılar	4.8± 1.7	3.9 ±1.8	1.9 ±1.5	< 0.001
P5. Dezorganize iletişim	3.1± 2.1	1.6 ±1.6	0.6 ±0.9	< 0.001
SOPS/P	4.2 ±1.0	2.9 ±1.1	1.4 ±0.7	
Negatif Semptomlar:				
N1. Sosyal anhedoni	4.7± 1.8	3.5 ±2.1	2 ±1.9	< 0.001
N2. İsteksizlik	4.7 ±1.5	4.1 ±1.4	2.3 ±1.5	< 0.001
N3. Duyguların ifade edilmesi	3.9± 1.3	2.7 ±1.6	1.2 ±1.5	< 0.001
N4. Duyguların ve kendiliğın deneyimlenmesi	3.4 ±1.8	3.0 ±1.7	1.3 ±1.6	< 0.001
N5. Düşünce içeriğinde zenginlik	3.6± 1.1	2.3 ±1.5	1.4 ±1.5	< 0.001
N6. Mesleki işlevsellik	5.2 ±0.7	3.7 ±1.4	2.6± 1.5	< 0.001
SOPS/N	4.2 ±1.0	3.2 ±1.2	1.8 ±1.1	
Dezorganize belirtiler:				
D1. Garip görünüm veya davranış	3.7 ± 1.8	1.7 ±1.5	0.5 ±0.8	< 0.001
D2. Tuhaf düşünce	2.8 ± 2.0	1.8 ±1.7	0.3 ±0.8	< 0.001
D3. Odaklanma ve dikkatle ilgili güçlük	3.6 ± 1.3	2.7 ±0.9	2.0 ±1.1	< 0.001
D4. Kişisel bakım	3.0 ± 1.7	1.4 ±1.3	0.4 ±0.8	< 0.001
SOPS/D	3.3 ± 1.2	1.9 ±0.9	0.8 ±0.5	
Genel belirtiler:				
G1. Uyku düzensizlikleri	3.5 ± 1.4	2.9 ±1.2	1.5 ±1.3	< 0.001
G2. Disforik duygudurum	4.7 ± 1.3	4.5 ±1.3	2.8 ±1.9	< 0.001
G3. Motor düzensizlikler	1.9 ± 1.5	1.4 ±1.2	0.6 ±1.1	< 0.001
G4. Normal strese toleransta bozulma	4.9 ± 1.6	4.2 ±1.4	2.7 ±1.7	< 0.001
SOPS/G	3.8 ±1.0	3.3 ±0.9	1.9 ±1.0	

One-Way Anova, Post-hoc analiz için Tukey's testi kullanılmıştır. SOPS P4 için PS ve PRS grupları arasında p=0.97, SOPS N1 için PS ve PRS grupları arasında p=0.06, SOPS N2 için PS ve PRS arasında p=0.40, SOPS N4 için PS ve PRS arasında p=0.60, SOPS G1 için PS ve PRS arasında p=0.21, SOPS G2 için PS ve PRS arasında p=0.92, SOPS G3 için PS ve PRS arasında p=0.25, SOPS G4 için PS ve PRS arasında p=0.17. bulunmuş, diğer ikili karşılaştırmalar için p < 0.05 saptanmıştır.

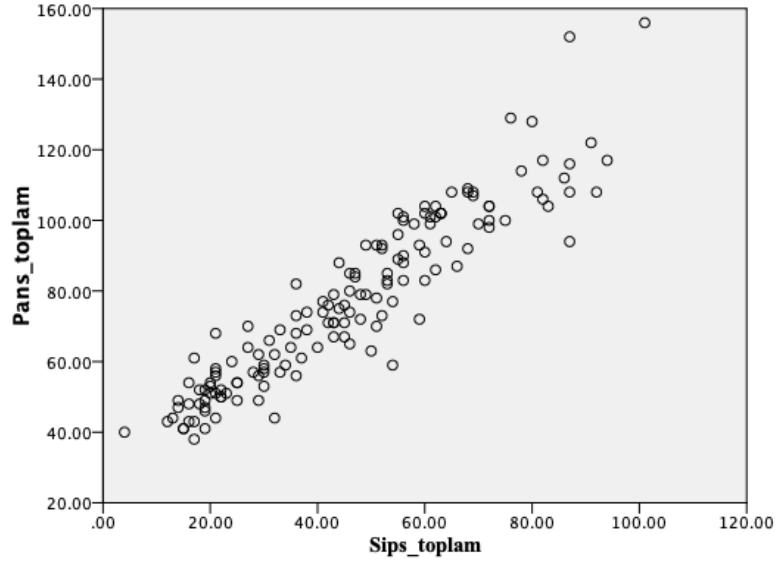
Psikotik sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PSR) ve kontrol grupları Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) maddeleri açısından değerlendirildiğinde bütün maddelerde anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 21). PRS ve kontroller tüm maddeler açısından anlamlı farklılığa sahiptir. Psikotik sendrom ve PRS grupları arasında P4 maddesi, N1, N2, N4 maddeleri ve G1, G2, G3, G4 maddeleri arasında anlamlı fark saptanamamıştır.

Vaka ve kontrol grupları toplam ölçek ve alt ölçek puan ortalama ve ss'ları Tablo 22'de gösterilmiştir. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ve PANSS toplam puan dağılım grafiği Figür 8'de sunulmuştur.

Tablo 22: Katılımcıların toplam ölçek ve alt ölçek puanları açısından değerlendirilmesi

	Vaka (n=79)	Kontrol (n=71)	Toplam (n=150)	p değeri
SOPS Toplam (t), ortalama ± SS	60.5± 17.5	29.4± 13.0	45,78±21,91	< 0.001
SOPS/P (t) ortalama ± SS	16.5± 6.2	7.6± 3.8	12 ± 6,9	< 0.001
SOPS/N (t), ortalama ± SS	21.2± 7.5	11.0± 6.8	16,3 ± 8,7	< 0.001
SOPS/D (t), ortalama ± SS	9.1± 8.4	3.5± 2.3	6,4 ± 4,7	< 0.001
SOPS/G (t), ortalama ± SS	13.7± 14.0	7.8± 4.2	10 ± 5	< 0.001
PANSS Toplam, ortalama ± SS	48.0± 14.2	48.0± 14.2	73,86±24,46	< 0.001
PANSS/P (t), ortalama ± SS	22.6± 6.2	14.0± 3.9	18,5±6,77	< 0.001
PANSS/N (t), ortalama ± SS	24.2± 8.9	15.0± 5.9	16,35±8,76	< 0.001
PANSS/G (t), ortalama ± SS	45.0± 11.0	32.3± 9.1	39±12,02	< 0.001
GAF (şimdi), ortalama ± SS	35.5± 17.0	57.6± 14.4	45.8 19.2	< 0.001
GAF (geçen yıl), ortalama ± SS	53.0± 14.8	69.4± 12.6	60.7 16.0	< 0.001
BDÖ, ortalama ± SS	23.5± 13.6	15.7± 11.0	20,3±12,8	< 0.001
ÇATÖ (t), ortalama ± SS	36.0± 18.2	28.9± 15.0	33,14±16,8	0.01
ÇATÖ/PB ortalama ± SS	10.7± 6.7	6.7± 6.2	8.8± 6.8	< 0.001
ÇATÖ/YAB ortalama ± SS	8.7± 5.3	8.1± 4.9	8.4± 5.1	0.46
ÇATÖ/AAB ortalama ± SS	6.0± 3.9	5.1± 3.1	5.6± 3.6	0.11
ÇATÖ/SAB ortalama ± SS	7.9± 4.0	7.3± 4.1	7.6± 4.0	0.40
ÇATÖ/OF ortalama ± SS	2.5± 2.2	1.6± 1.7	2.1± 2.0	0.01

Bağımsız Örneklem T testi



Figür 8: SOPS ve PANSS toplam puan dağılım grafiği

4.3. SOPS ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) görüşmesi ana ölçeği olan Prodromal Semptomlar Ölçeğinin (SOPS) geçerlilik analizleri kapsamında faktör analizi ile elde edilen ölçek yapısının değerlendirilmesi amacıyla benzer ölçek geçerliği, Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ve alt ölçekleri ile Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) ve alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar, duyarlılık ve özgüllük analizleri uygulanmıştır. SOPS güvenilirlik analizi için *Cronbach alpha katsayıları* hesaplanmış; ölçekler arası uyum, *intraclass korelasyon katsayısı* yöntemiyle değerlendirilmiştir.

4.3.1. Yapı Geçerliliği

4.3.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ölçeği yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı Faktör analizi hesaplamalarında, SOPS/t için Keiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü ve Bartlett testi ile verilerin faktör analizine uygunluğu test edilmiş olup,

KMO değeri 0.913 olarak saptanmış ve uygunluğun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (KMO>60, p<0,05) (Tablo 15).

Dört Faktörlü Yapı

İlk değerlendirmede analiz öncesi 4 faktör atayarak özdeğerleri (eigenvalue) 1'i aşan 4 faktör elde edilmiştir. Toplam varyansın %67,4'ni açıklayan bu faktörlerin direct oblimin rotasyonu sonrasındaki sonuçlarına göre Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ölçeği 19 madde ile değerlendirilmiş ve 4 boyuta ayrılmıştır. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) negatif semptom alt ölçek maddeleri genel olarak 1. faktöre, (madde N1, N2, N3, N4, N6, G1, G2, G4); SOPS pozitif semptom alt ölçeği genel olarak 2. faktöre (madde P1, P2, P3, P4, D2), SOPS dezorganize semptomlar alt ölçeği (madde P5, N5, D1, D3, D4) 3. faktöre ve G3 maddesi tek başına 4. faktöre yüklenmiştir (İlgili alt boyuttaki maddeler kalın yazılmıştır) (Tablo 15).

Tablo 23: SOPS *Principal Component* faktör analizi - 4 boyutlu yapı (faktör yükleri > 0.3 olan maddeler gösterilmiştir)

N=150	Boyut			
	1	2	3	4
P1. Olağandışı düşünce içeriği/sanrılar	0.338	0,656		
P2. Şüphencilik/kötülük görme düşünceleri	0.452	0,579		
P3. Büyüklük Düşünceleri		0,741		
P4. Algısal anormallikler/ varsanılar		0,761		
P5. Dezorganize iletişim			0,583	
N1. Sosyal anhedoni	0,680			
N2. İsteksizlik	0,761			
N3. Duyguların ifade edilmesi	0,578		0.501	
N4. Duyguların ve kendiliğin deneyimlenmesi	0,804			
N5. Düşünce içeriğinde zenginlik			0,84	
N6. Mesleki işlevsellik	0,527		0.348	
D1. Garip görünüm veya davranış		0.435	0,522	
D2. Tuhaf düşünce		0,841		
D3. Odaklanma ve dikkatle ilgili güçlük			0,481	0.365
D4. Kişisel bakım			0,414	
G1. Uyku düzensizlikleri	0,695			
G2. Disforik duygudurum	0,797			
G3. Motor düzensizlikler				0.944
G4. Normal strese toleransta bozulma	0,796			
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)	0,913			
Bartlett's Test p değeri	<0,001*			

Üç Faktörlü Yapı

Dördüncü faktöre tek maddenin yüklenmesi ve odaklanma ve dikkat güçlüğü, kişisel bakım ve motor düzensizlikler maddelerinin 0.5'ten az yüklenmesi nedeniyle faktör sayısı atamaksızın özdeğerleri (Eigenvalue) 1'i aşan 3 faktör elde edilmiştir. Toplam varyansın %62,7 sini açıklayan bu faktörlerin direk oblimin rotasyonu sonrasındaki sonucunda, SOPS ölçeği 19 madde ile değerlendirilmiştir. Faktör analizi sonunda bu maddeler 3 boyuta ayrılmıştır. (Tablo 24)

- SOPS negatif alt ölçek maddeleri genel olarak 1. boyutta (N1, N2, N3, N4, N6, G1, G2 ve G4 maddeleri) (“yeni negatif”-YN)
- SOPS pozitif alt ölçek maddeleri genel olarak (P1, P2, P3, P4, D2, G3 maddeleri) 2. boyutta (“yeni P”-YP)
- SOPS dezorganize semptomlar alt ölçeği genel olarak (P5, N5, D1, D3, D4 maddeleri) 3. boyutta (“yeni D”-YD) yer almaktadır.

Üç faktörlü çözümde G3 “motor düzensizlikler” maddesi hariç tüm maddeler ilgili boyutta 0.5 ve üzeri olacak şekilde yüklenmiştir. 4 faktörlü çözümdeki “negatif” ve “dezorganizasyon” itemleri. 3 faktörlü çözümde aynı kalmış, yalnızca G3 maddesi “pozitif” boyuta dahil olarak 3 faktörlü çözüm elde edilmiştir.

Tablo 24:SOPS *Principal Component* faktör analizi- 3 boyutlu yapı (faktör yükleri > 0.3 olan maddeler gösterilmiştir)

N=150	Boyut		
	1	2	3
P1. Olağandışı düşünce içeriği/sanrılar	0.414	0,622	
P2. Şüphecilik/kötülük görme düşünceleri	0.521	0,552	
P3. Büyüklük Düşünceleri		0,787	
P4. Algısal anormallikler/ varsanılar		0,672	
P5. Dezorganize iletişim		0.321	0,671
N1. Sosyal anhedoni	0,663		
N2. İsteksizlik	0,744		
N3. Duyguların ifade edilmesi	0,561		0.506
N4. Duyguların ve kendiliğin deneyimlenmesi	0,800		
N5. Düşünce içeriğinde zenginlik			0,792
N6. Mesleki işlevsellik	0,516		0.381
D1. Garip görünüm veya davranış	0.406		0,546
D2. Tuhaf düşünce		0,790	
D3. Odaklanma ve dikkatle ilgili güçlük			0,626
D4. Kişisel bakım			0,519
G1. Uyku düzensizlikleri	0,709		
G2. Disforik duygudurum	0,845		
G3. Motor düzensizlikler		0,432	
G4. Normal strese toleransta bozulma	0,780		
<i>KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)</i>	0,913		
<i>Bartlett's Test p değeri</i>	<0,001*		

Diğer psikometrik incelemeler elde edilen 3 faktörlü yapı üzerinden gerçekleştirilmiştir. (Tablo 25)

Tablo 25: Faktör analizi sonrası yeni SOPS alt ölçek grupları

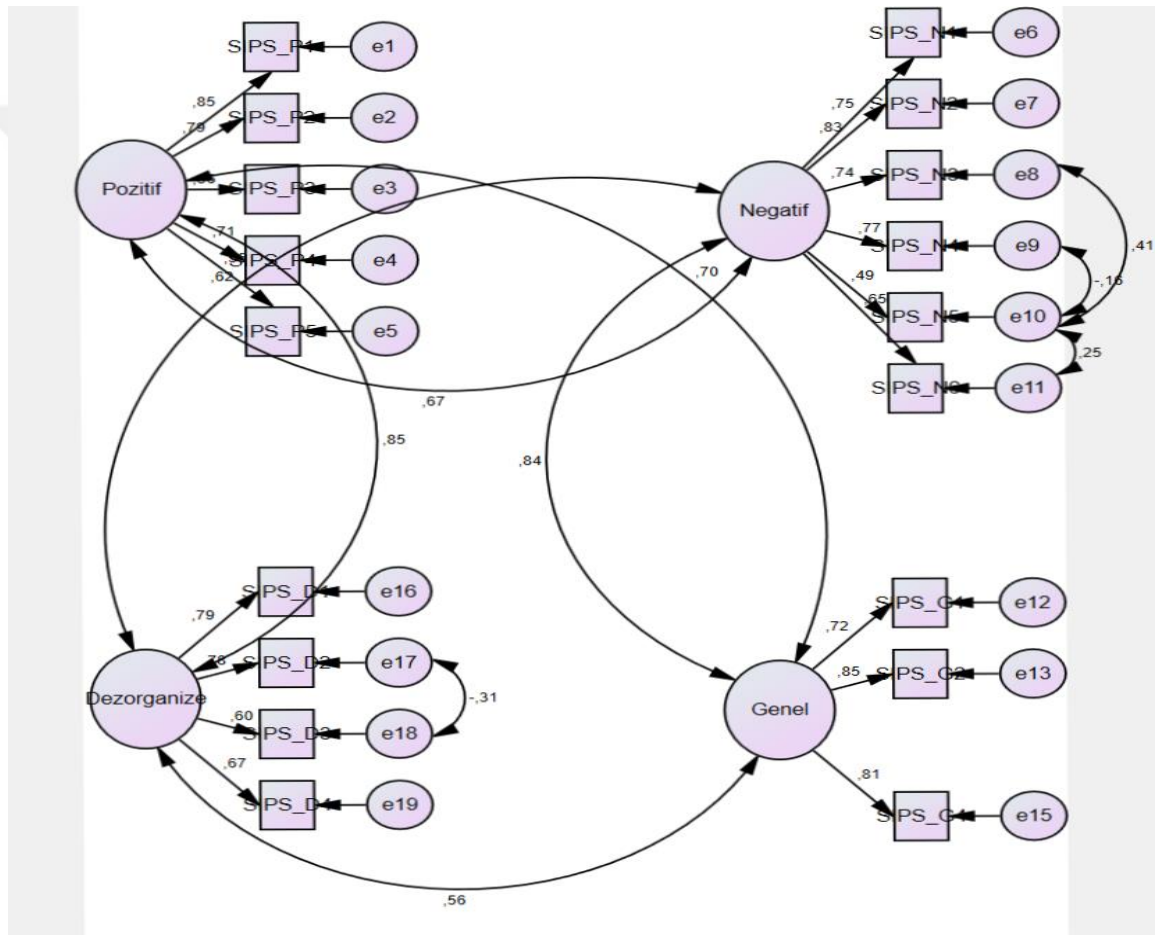
Yeni Pozitif Semptom Grubu (SOPS/YP)	Yeni Negatif Semptom Grubu (SOPS/YN)	Dezorganize Semptom Grubu (SOPS/YD)
P1. Olağandışı düşünce içeriği/sanrılar (YP1)	N1. Sosyal anhedoni (YN1)	P5. Dezorganize iletişim (YD1)
P2. Şüphencilik/kötülük görme düşünceleri (YP2)	N2. İsteksizlik (YN2)	N5. Düşünce içeriğinde zenginlik (YD2)
P3. Büyüklük Düşünceleri (YP3)	N3. Duyguların ifade edilmesi (YN3)	D1. Garip görünüm veya davranış (YD3)
P4. Algısal anormallikler/ varsanılar (YP4)	N4. Duyguların ve kendiliğin deneyimlenmesi (YN4)	D3. Odaklanma ve dikkatle ilgili güçlük (YD4)
D2. Tuhaf düşünce (YP5)	N6. Mesleki işlevsellik (YN5)	D4. Kişisel bakım (YD5)
G3. Motor düzensizlikler (YP6)	G1. Uyku düzensizlikleri (YN6)	
	G2. Disforik duygudurum (YN7)	
	G4. Normal strese toleransta bozulma (YN8)	

4.3.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Prodromal Semptomlar Ölçeği'nin (SOPS) çok faktörlü yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Çalışmada DFA için tüm katılımcılardan elde edilen (n= 150) veriler kullanılmıştır. Buna göre bulunan uyum indeksleri; $\chi^2= 390.082$, $df= 146$, $RMSA= 0.105$, $GFI= 0.779$, $CFI= 0.842$, $AGFI= 0.713$ ve $CMIN/DF= 2.672$ olarak bulunmuştur. Faktör yüklerinin 0.268-0.847 arasında değiştiği gözlenmiştir. Özellikle G3 iteminde oldukça düşük faktör yükü tespit edilmesi nedeniyle analizden çıkarılarak ortak kovaryansı açıkladığı düşünülen hatalar arasında düzeltme uygulandı. Yapılan düzeltme sonucunda $RMSA= 0.096$, $GFI= 0.817$, $CFI= 0.884$ $AGFI= 0.750$ ve $CMIN/DF= 2.398$ olarak bulundu. Bulgular özet olarak Tablo 26'da verilmiştir. Düzeltme sonrası çoklu faktör yapısını gösteren diyagram Şekil 3'de sunulmuştur.

Tablo 26: Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri (Düzeltilme Sonrası)

RMSEA	CFI	AGFI	GFI	CMIN	CMIN/df
0.096	0.884	0.750	0.817	299.763	2.398



Figür 9:DFA analizi ile elde edilen yapısal model

4.3.2. İç Tutarlılık-Güvenilirlik Analizi

Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ve alt boyutlarının iç tutarlığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,93 saptanmıştır. Ölçek alt boyutları ve

Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27: SOPS ve PANSS Toplamı ve Alt Boyutlarının İç Tutarlık Katsayıları (n:150)

	Maddeler	Cronbach’s Alpha*
<u>SOPS ve Alt Boyutları</u>		
SOPS Toplam	19 madde	0,92
Yeni Pozitif Semptomlar (SOPS/YP)	YP1-YP6	0,85
Yeni Negatif Semptomlar (SOPS/YN)	YN1-YN8	0,91
Yeni Dezorganize Semptomlar (SOPS/YD)	YD1-YD5	0,83
<u>PANSS ve Alt Boyutları</u>		
PANSS Toplam	30 madde	0,92
Pozitif Semptomlar	P1,P2,P3,P4,P5,P6,P7	0,80
Negatif Semptomlar	N1,N2,N3,N4,N5,N6,N7	0,91
Genel Semptomlar	G1,G2,G3,G4,G5,G6,G7,G8, G9,G10,G11,G12,G13,G14,G15,G16	0,84

4.3.3. SOPS ve PANSS Ölçekler Arası Uyum Geçerliliği (Concurrent Validiy)

Ölçüt geçerliliğinin alt tipi olan uyum geçerliliği bu alanda kullanılan PANSS ölçeğinin eş zamanlı uygulaması ile değerlendirilmiş olup Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ve PANNS ölçekleri arasındaki uyum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) toplam puanlaması grup (vaka-kontrol) ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) toplam puanlaması, grup (vaka-kontrol) ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 11). Güvenirlilik değerlendirmesi amacıyla iki ölçek arası uyumu belirlemek

için Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı test istatistiği kullanılmıştır. Uyum katsayısı yüksek derecede olup 0,945'dir.

Tablo 28: SOPS(t) ve PANSS(t) puanlarının sınıf içi korelasyon katsayısı ile değerlendirilmesi

n=150	SOPS		
	Ortalama±SS	Min-Max	p değeri
Grup			
Vaka	60,46 ±17,46	21-101	<0.001*
Kontrol	29,45 ± 1 2,975	4-60	
	PANSS		
Grup			
Vaka	88,74 ± 20,11	46-148	
Kontrol	57,25 ± 17,07	32-104	<0.001*

Student's T-testi

4.3.4. Ayırt Edici (Diskriminant) Geçerlilik

İçerik geçerliliği kapsamında yeni Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) alt ölçeklerinin prodromal ve/veya psikotik sendromu olanları kontrollerden ayırt edip etmediğine yönelik ayırt edici geçerlilik açısından değerlendirilmesi ve ortalama puan, standart sapma değerleri Tablo 12'de gösterilmiştir. Vaka ve kontrol gruplarında tüm toplam SOPS ve SOPS yeni alt ölçek puanları anlamlı olarak farklı saptanmıştır ($p < 0.001$). Yeni SOPS alt ölçeklerinin psikotik sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol gruplarına yönelik ayırt edici geçerlik analizleri de yapılmıştır. (Tablo 29)

Tablo 29: SOPS/t ve alt grup toplam puanlarının vaka ve kontrol grubu ortalama ve standart sapmaları

	Vaka (n=79)	Kontrol (n=71)	p değeri
YP1-YP6, ortalama ± SS	18.05± 7.07	7.56± 4.27	< 0.001
YN1-YN8, ortalama ± SS	30.6± 9.26	16.61± 9.07	< 0.001
YD1-YD5, ortalama ± SS	11,81± 6,08	5,26± 3,41	< 0.001
SOPS (toplam), ortalama ± SS	60.4± 17.4	29.4 ± 12.7	< 0.001

Bağımsız örneklem T-testi

Tablo 30: SOPS/t ve alt gruplarının P, PRS ve kontrol grubu ortalama puan ve standart sapmaları

	PS (n=20)	PRS (n=59)	Kontrol (n=71)	p değeri
YP1-YP6, ortalama ± SS	22.9 ± 6.38	16.4 ± 6.56	7.56 ± 4.27	< 0.001
YN1-YN8, ortalama ± SS	35.3 ± 8.29	29.01± 9.09	16.61 ± 9.07	< 0.001
YD1-YD5, ortalama ± SS	17.2 ± 5.99	9.98 ± 4.96	5.26 ± 3.41	< 0.001
SOPS (t), ortalama ± SS	75.4 ± 15.3	55.4 ± 15.1	29.4 ± 12.7	< 0.001

Tek yönlü ANOVA; Post-Hoc için Tukey's analizi kullanılmıştır.

Psikotik sendrom (PS), psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grupları arasında yeni Prodromal semptomlar ölçeği (SOPS) alt ölçek ve SOPS toplam (t) puanları açısından anlamlı fark bulunmuş (< 0.001) ve post-hoc analizlerde bu farklılığın tüm gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır. (Tablo 22)

4.3.4. Örtüştürücü (Konverjan) Geçerliliği

Örtüştürücü geçerliliği, ölçülen parametrelerle ilgili bir başka ölçekle uyumun incelenmesidir ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ile değerlendirilmiştir. (94) Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) yeni alt ölçek ve PANSS alt ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon analizi değerlendirmesinde, korelasyon katsayısı r ; SOPS/YP ve PANSS/P alt ölçekleri arasında pozitif yönde 0.92 katsayılı çok yüksek korelasyon, SOPS/YN ve PANSS/N alt ölçekleri arasında pozitif yönde 0.94 katsayılı yüksek korelasyon, SOPS/YD ve PANSS/P alt ölçekleri arasında pozitif yönde 0.68 katsayılı yüksek korelasyon, SOPS/YD ve Global Değerlendirme Ölçeği (GAF), PANSS/N alt ölçekleri arasında pozitif yönde 0.72 katsayılı yüksek korelasyon saptanmış olup tüm değerlendirmeler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.001$) (Tablo 31)

Tablo 31: Tüm örneklemede SOPS alt ölçek puanları ile PANSS alt ölçek puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

Alt Ölçekler	SOPS/ YP, toplam	SOPS/YN, toplam	SOPS/ YD, toplam	PANSS/P, toplam	PANSS/N, toplam	PANSS/G, toplam
SOPS/ YP, kor. kat. p değeri	1.0 -	0.57 <0.001	0.63 <0.001	0.91 <0.001	0.53 <0.001	0.68 <0.001
SOPS/ YN kor. kat. p değeri		1.0 -	0.62 <0.001	0.62 <0.001	0.94 <0.001	0.75 <0.001
SOPS/ YD kor. kat. p değeri			1.0 -	0.68 <0.001	0.72 <0.001	0.66 <0.001
PANSS/P, toplam kor. kat. p değeri				1.0 -	0.57 <0.001	0.69 <0.001
PANSS/N, toplam kor. kat. p değeri					1.0 -	0.71 <0.001
PANSS/G, toplam kor. kat. p değeri						1.0 -

Pearson korelasyon analizi

Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) (t) ve PANSS toplam puanları arasındaki korelasyon analizi değerlendirmesinde, korelasyon katsayısı r 0.95 saptanmış olup ölçekler arasında pozitif yönde çok yüksek korelasyon olduğu görülmüştür. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) (t) ve Global Değerlendirme Ölçeği (GAF) (§) puanları arasındaki korelasyon analizi değerlendirmesinde korelasyon katsayısı r , -0.76, PANSS ve GAF (§) puanları arasındaki korelasyon katsayısı ise -0.73 saptanmış olup her iki değerlendirmede de ölçekler arasında negatif yönde yüksek korelasyon olduğu görülmüştür. Tüm değerlendirmeler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.001$) (Tablo 32)

Tablo 32: Tüm örnekleme SOPS (t) puanları, PANSS ve GAF (§) puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

	SOPS (t)	PANSS (t)	GAF (§)
SOPS (t) kor. kat.	1.0	0.95	-0,76
PANSS kor. kat.		1.0	-0.73
GAF (§) kor. kat.			1.0

Pearson korelasyon analizi

Negatif ve genel semptom itemlerinin çoğunu (N1,N2,N3,N4,G1,G2,G4) bulunduran 1. faktörün PANSS/N ile korelasyon katsayısı BDÖ ile korelasyon katsayısından belirgin derecede yüksektir. PANSS/G itemleri Global Değerlendirme Ölçeği (GAF) ile SOPS/YN korelasyonuna bakıldığında ise benzer düzeyde olduğu gözlenmiştir. (Tablo 33)

Tablo 33: Faktör analizi sonrası elde edilen 3 boyutlu yapının “yeni negatif” itemlerinin korelasyon analizi

	PANSS/N	PANSS/G	BDÖ	GAF
SOPS/YN kor. kat.(rho)	0.82	0.76	0.50	-0,78

Spearman Korelasyon Analizi ($p < 0.001$)

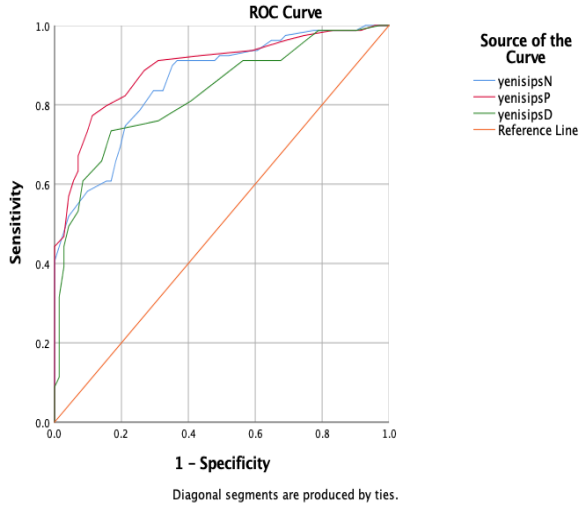
4.4. ROC ANALİZİ VE KESİM PUANI

Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) (t) ve yeni alt ölçekler için kesim noktaları hesaplanarak ROC eğrileri oluşturulmuştur (Şekil 4, Şekil 5). Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) (t) için AUC 0.92 olup mükemmel seviyede; duyarlılığı %81, özgüllüğü %90 olup yüksek derecede saptanmıştır. Bu duyarlılık ve özgüllük oranları için SOPS toplam puanı kesim değeri 46'dır. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS)/YP alt ölçeği için hesaplanan AUC 0.89'dur ve iyi seviyede olarak değerlendirilmiş; duyarlılık %77.2, özgüllük %88.7 olup, kesim değeri 12'dir.

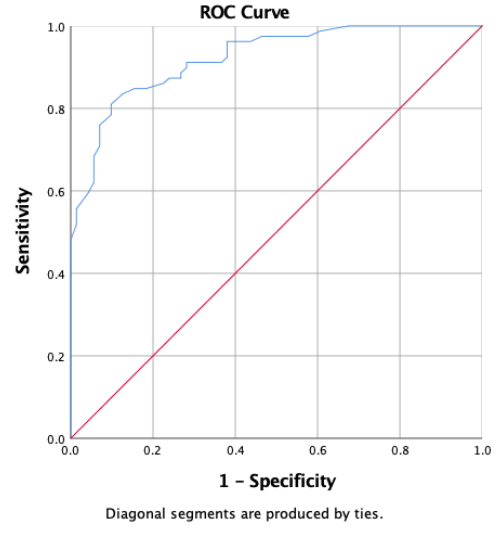
Tablo 34:Hastalar ile kontrol grubu arasında SOPS ve alt ölçekleri toplam değerleri için ROC, kesim puanı ve ilgili puanın sensitivite, spesifite, LR+, LR-, AUC değerlerinin hesaplanması

ROC İSTATİSTİKLERİ							
	Duyarlılık	Özgüllük	AUC	Pozitif Olabilirlik Oranı	Negatif Olabilirlik Oranı	p değeri	Kesim Puanı
SOPS/YP	77,2	88,73	0,89	6,85	0,26	<0,0001*	>12
SOPS/YN	89,87	64,79	0,86	2,55	0,16	<0,0001*	>20
SOPS/YD	73,42	83,10	0,83	4,34	0,32	<0,0001*	>7
SOPS (t)	81	90	0,92	8,22	0,21	<0,0001*	>46

Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) (t) için pozitif olabilirlik oranı (LR +) 8.22, negatif olabilirlik oranı (LR -) 0.21 olup, 46 puan ve üzerindeki değerler gerçek psikoz risk sendromlarını ayırt edebilme oranı artmakta, 46 puanın altındaki değerlerde gerçekte psikoz risk sendromu olmayanların saptanma oranı (kontrol) belirgin seviyede artmaktadır. (Tablo 34)



Figür 10: SOPS/YP, SOPS/YN ve SOPS/YD için ROC eğrileri.



Figür 11: SOPS (t) için ROC eğrisi

5. TARTIŞMA

Psikoz risk sendromları yaklaşık 20 yıldır psikiyatri araştırmalarında önem kazanmış; geline noktada psikoz gelişimine dair multidisipliner ve çok yönlü prediksyon mekanizmaları oluşturulmuştur. Özellikle yıkımın ve prognozun kötü olduğu hastalıklarda prodrom tanımı ve erken müdahale paradigmaları tıbbın her alanında odak noktası haline gelmiş, psikiyatri ana akımının da konuya yönelişi ile riskli mental bozuklukların gelişimine dair tahmin oranları diğer tıbbi patolojilerdeki tahmin oranlarıyla kıyaslanabilir hale gelmiştir (55). Yapılandırılmış görüşmeler bu hastaları belirlemede kullanılan ilk adım olmakta; prodromal vakaların doğru saptanmasından sonra nörobiyolojik, immünolojik, nöroradyolojik çalışmalar, tedaviye, gidişe ve prognoza yönelik değerlendirmeler mümkün olabilmektedir (95). Bu amaçla kullanılan en önemli yapılandırılmış görüşmeler SIPS, CAARMS gibi görüşmelerdir. Bugüne dek yalnız Pubmed’de SIPS görüşmesinin kullanıldığı yaklaşık 3000 adet çalışma bulunmaktadır ve bu haliyle bu alanda altın standart görüşmeler içerisinde en sık kullanılan görüşme olduğu söylenebilir (64). Bu çalışmada psikoz üzerinde en çok çalışılmış değerlendirme araçlarından birisi olan ve birçok ülkede kullanılmakta olan SIPS görüşmesinin Türkçe’ye uyarlanarak, Türk dili ve kültüründe geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE AİLE ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Psikotik bozuklukların ortaya çıkma yaşı sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde denk gelmektedir (Figür 4). Bu nedenle erken müdahale yaklaşımları sıklıkla ergenlik döneminin ilgi odağı haline gelmiştir. Prodromal semptomların başlaması ise çoğunlukla ergenlik dönemi hatta preadölesan dönemde olabilmektedir. Bu çalışmada da PRS grubu yaş ortalaması erken adölesan döneme

denk gelmekte ve prodromal araştırmalarda bu döneme odaklanılması gerektiğini vurgulayan literatür bulgularını desteklemektedir (15).

Psikotik bozukluklar akademik, sosyal, rol işlevselliği gibi birçok alanda ileri derecede yıkıma sebep olabilmekte, yapılan çalışmalarda klinik yüksek risk (CHR) vakalarında da belli derecelerde işlevsellik kaybı olduğu bilinmektedir (77). Bu çalışmada rol işlevselliğini kısmi bir yönüyle değerlendiren “sınıf tekrarı yapma oranı” PS grubunda diğer gruplara göre belirgin derecede yüksek bulunmuş, 50 puan ve altı alan bireylerin sıklığı ile psikotik semptom şiddetinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgular akademik işlevsellik gibi bir takım işlevsellik alanlarında düşüşün sadece aşıkar psikotik sendromla değer prodrom varlığıyla da ilişkili olduğuna dair çalışmaları destekler niteliktedir (96,97).

Klinik yüksek risk (CHR) vakalarına sıklıkla diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği bilinmektedir. nceki çalışmalarda ocuk ve ergen popülasyonunda en sık %43-68 oranında duygudurum bozuklukları, %17-51 oranında anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği bildirilmiştir (98,99). Bu çalışmada psikoz risk sendromu (PRS) grubunda en sık eşlik eden tanı anksiyete bozuklukları iken ve 2. sıklıkla eşlik eden yanı ise depresyon olarak saptanmıştır. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu komorbiditesinin literatür bulgularına göre hafif bir miktar yüksek oluşunun nedeni, örneklemimizde aslen özgül fobinin yüksek olması olabilir. Yaş küçüldükçe kognitif anlamlandırma yapılmasının zorlaşması ve nedensel düşünce içeriğinin ifadesinde güçlük oluşabilmesi gibi sebepler; örneğin karanlık korkusu gibi durumsal anksiyetelerin prodromal doğada olmasına rağmen özgül fobi olarak değerlendirilmesine yol açabilir.

Prodromal semptomlar ve yeme bozuklukları ilişkisine dair veriler kısıtlıdır. Özellikle kısıtlayıcı tip anoreksiya nervosa vakalarındaki beden algısına kognitif bozukluğu şizofrenidekine benzer olduğuna dair yayınlar bulunmaktadır. Yeme bozukluğu ve psikotik belirtilerin bir arada bulunması ile ilgili birtakım hipotezler ne sürülmüştür. Bunlar, yalnızca tesadüf; açlık, metabolik ve elektrolitik düzensizlikler; beden algısı ile ilgili bozukluğu aan nörolojik mekanizmanın prodromal görüngünün bir şekli olma ihtimali; veya paranoid düşüncelerin yol açtığı yeme bozukluğu gibi netlik kazanmamış ihtimallerdir. Bu hastalarda mortalitenin

oldukça yüksek oluşu da klinik ilgiyi arttırmaktadır (100,101). Bu çalışmada yeme bozukluklarının prodromal dönemde kontrol grubuna göre anlamlı yüksek oluşu, yeme bozukluğunun prodromal bir görüngü olabileceğine dair hipotezi destekleyebilir.

TSSB semptomları ile, paranoya ve halüsinasyonların ilişkili olduğuna ve bu nedenle travma belirtilerinin prodromal semptomlardan ayırımında zorlanılabileceğine dair bulgular mevcuttur. Bununla birlikte kognitif bozulmalar, mantıksız düşünme ve negatif semptomların prodromal vakalarda daha fazla oluşu ile TSSB olgularından ayırıcı tanı yapılabilmektedir (102). Bu çalışmada literatür ile benzer şekilde vaka grubunda geçmiş TSSB varlığı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (102). Psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grubu karşılaştırıldığında geçmiş TSSB varlığı, PRS grubunda kontrollere göre anlamlı şekilde yüksek bulunuşu da travma ile psikotik semptomun ilişkisine dair önceki literatür bulgularıyla uyumludur (103). TSSB ve prodrom binişikliğın yüksek olması ve semptomların da benzerliğı sebebiyle ayırıcı tanı önemli hale gelmektedir.

Klinik yüksek risk (CHR) vakalarının tedavisine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Prodromal vakalara yönelik müdahaleler bireysel değerlendirmeler ile BDT, antidepresanlar, antipsikotikler, aile odaklı terapiler gibi oldukça geniş bir çerçevede yer almaktadır (5). Çalışmamızda psikiyatrik ilaç kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmayışı kontrol grubunun “yardım arayışı olan” bireylerden oluşması ve çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozukluklar arasında DEHB varlığının oldukça sık olması, bu grupta da öncelikli tedavinin ilaç tedavisi olması olabilir. Nitekim kontrol grubunda metilfenidat kullanımının (%2.1) vaka grubuna (%5.1) göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Depresyon ve anksiyete bozukları vaka grubunda kontrollere göre anlamlı yüksek olmasına rağmen antidepresan kullanımının her iki grupta benzer oluşu, özellikle pozitif semptomların varlığında antidepresan başlanması halinde psikoz riskinin artacağına dair endişelere bağlı olabilir. Psikoz risk sendromu (PRS) ve kontrol grubunun antipsikotik kullanımı açısından da benzer oranlarda olması, prodromal grubun prodromal olmayan bireylerden klinik anlamda yeterince ayırt edilemiyor oluşundan veya ergen

yaş grubundaki tedavi algoritmalarına dair literatürün kısıtlı oluşundan kaynaklanabilir (38,97).

Psikotik bozukluk varlığında intihar oranlarının arttığı bilinmekte; yoğun disfori, anksiyete, paranoid düşünceler veya işitsel halüsinasyonlar gibi çok çeşitli sebepleri olabilmektedir (104,105). Bu çalışma da genel anlamda psikotik semptomlarla suisidalite arasında bir ilişki olduğuna dair görüşü desteklemektedir. Çalışmamızda prodromal grupta intihar düşünceleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olup, psikoz ve prodrom grupları arasında intihar girişimi oranlarının benzer oluşu, hastada psikoz tablosu yerleştikçe intihar düşüncelerin eyleme dökülme sıklığının artabildiğine dair bir soru işareti oluşturmakla birlikte, prodrom grubu yaş ortalamasının psikoz grubuna göre ortalama 1.5 yaş daha fazla olması da eyleme geçebilirlik anlamında bu durumun bir sebebi olabilir.

Psikotik bozukluklar ile aile ilişkisi üzerine birçok çalışma mevcut olup; özgül olmayan mental bozukluklardan ziyade, özellikle 1. ve 2. derece akrabalarda psikotik bozukluk varlığı, bireysel risk hesabına yönelik çalışmalar ve erken tarama çalışmaları gibi çeşitli alanlarda bir parametre olarak değerlendirilmiştir (106,107). Bu çalışmada da 1. derece akrabalarda psikotik bozukluk varlığı psikoz ve prodrom grubunda kontrollere göre anlamlı şekilde yüksek olup bu bulgu literatür ile uyumludur (32,106).

5.2. ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ergen yaş grubunda prodromal semptomlar yaş azaldıkça özgülüğünü yitirmekte, psikoz benzeri yaşantıların bu yaş grubundaki normal popülasyonda da sıklığı artmaktadır. Komorbitinenin de sık oluşu nedeniyle kişilik örüntüsü, stres reaksiyonu, disosiyatif fenomen gibi bozukluklardan ayrımı zorlaşmaktadır (108). Özellikle algı bozuklukları (özellikle yorum yapan, emir veren) başta olmak üzere diğer pozitif semptomların da prodroma özgü olmadığı, diğer klinik popülasyonda da sıklıkla görülmekte olduğu bildirilmiştir (52). Bizim çalışmamızda ise algı bozuklukları psikotik ve prodromal grupta benzer düzeyde olup, kontrol grubundan ise anlamlı derecede yüksekti. Literatürde bildirilenin aksine psikoz risk sendromu

(PRS) ve kontrol grupları arasındaki farkın en yüksek olduğu madde P4 maddesiydi. Bu durumun sebebi bu çalışmaya preadölesanların dışlanıp 12 yaş ve üzeri adolesanların dahil edilmesi olabilir. Yaş ilerledikçe soyutlama, neden-sonuç ilişkisi kurma, çıkarım ve atıflar ile ilgili kognitif yeteneklerin artması ile algısal semptomlar gerçek bir riskin göstergesi haline geliyor olabilir. Pozitif semptomlar değerlendirilirken çocuğun nörokognitif gelişim düzeyi de mutlaka ele alınmalı, özellikle 12 yaş ve üzeri çocuklarda algı bozuklukları varlığı normalin bir varyantı olarak değerlendirilmemeli, dikkatle incelenmelidir. Genellikle öğretmen veya ebeveyni tarafından yardım amaçlı yönlendirilmiş olan çocuklar, özellikle pozitif semptomlar anlamında savunucu bir tutum sergileyebileceğinden, pozitif semptomların stigmatize edici yükünün oldukça fazla olabileceğinden ve sorulardan kastedilen anlaşılamayabileceğinden en az bir ebeveynin görüşmeye eşlik etmesi ve öğretmen bilgi formlarının da dikkate alınması ile bu semptomlara çocuğun atfı daha net değerlendirilebilir (18). Semptomların kendisinden ziyade semptomlara olan atfın ön plana çıktığı bu maddenin hasta tarafından nasıl algılandığı, ailenin ve yaşanan çevrenin kültürel yapısının yanı sıra ebeveyn-ergen ilişkisinin dinamikleri ve bireysel karakter özelliklerine göre değişebilmekte, bu nedenle görüşmenin uygulama şekli önem kazanabilmektedir (52,109).

Algı bozuklukları Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) item puanları açısından değerlendirildiğinde prodromal/ psikotik olmakla, olmamayı belirleyen faktörün “kişiyi rahatsızlık verip vermemesi” olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte prodromdaki pozitif semptomlar işlevselliği belirgin ve global derecede etkiler boyuta geldiğinde ise psikotik semptom ortaya çıkmaktadır denilebilir. SIPS görüşmesi amaç itibarıyla psikotik hastalara yönelik olmadığı için ergenlerde SOPS ölçeğinin psikometrik özelliklerinin psikotik ve prodromal ve klinik kontroller açısından karşılaştırıldığı çalışmalar oldukça azdır. Bu çalışmada ise psikotik bozukluğu olan ergenler de prodromal grup ile karşılaştırma amacıyla dahil edilmiştir.

Çocuk ve ergenlerde sanrılar da ortaya çıkabilmektedir ancak özellikle 16 yaş altında sıklıkla yapılanmamıştır, müphemdir ve gerçeklikten ayrımı zordur (örn alay edilme, dışlanma gibi) (110). Prodromal semptomları tanımlamaya yönelik SIPS,

CA-ARMS gibi görüşmeler sıklıkla 15 yaş üzeri ve erişkin grupta çalışılmıştır ve 18 yaş altına adapte edilmiş tek ölçek ise SPI-CY'dir (111). Bu çalışmada ise ergen popülasyonda uygulanmasına rağmen tüm pozitif semptomlar ve diğer tüm Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) maddeleri prodromal grupta kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ve SOPS ölçeği prodromaları kontrollerden ayırmaya yönelik ayırt edici geçerliliği vardır. Görüşmelerin klinisyen tarafından uygulanmış olması ve anlaşılmayan sorularda hastanın yaşına uygun şekilde örnekler üzerinden açıklamalar yapılmış olması bu duruma katkı sağlamış olabilir (81). Prodromal olmayan bireyler ile gerçek prodromal semptomların ayırımında sözel içeriğin yanı sıra hastanın afektif katılımı, görüşmeciye karşı tutumu, mentalizasyon süreçleri (örn. stigmatizasyon), ebeveyn- çocuk ilişkisi gibi özellikler de dikkate alınması gereken alanlardır.

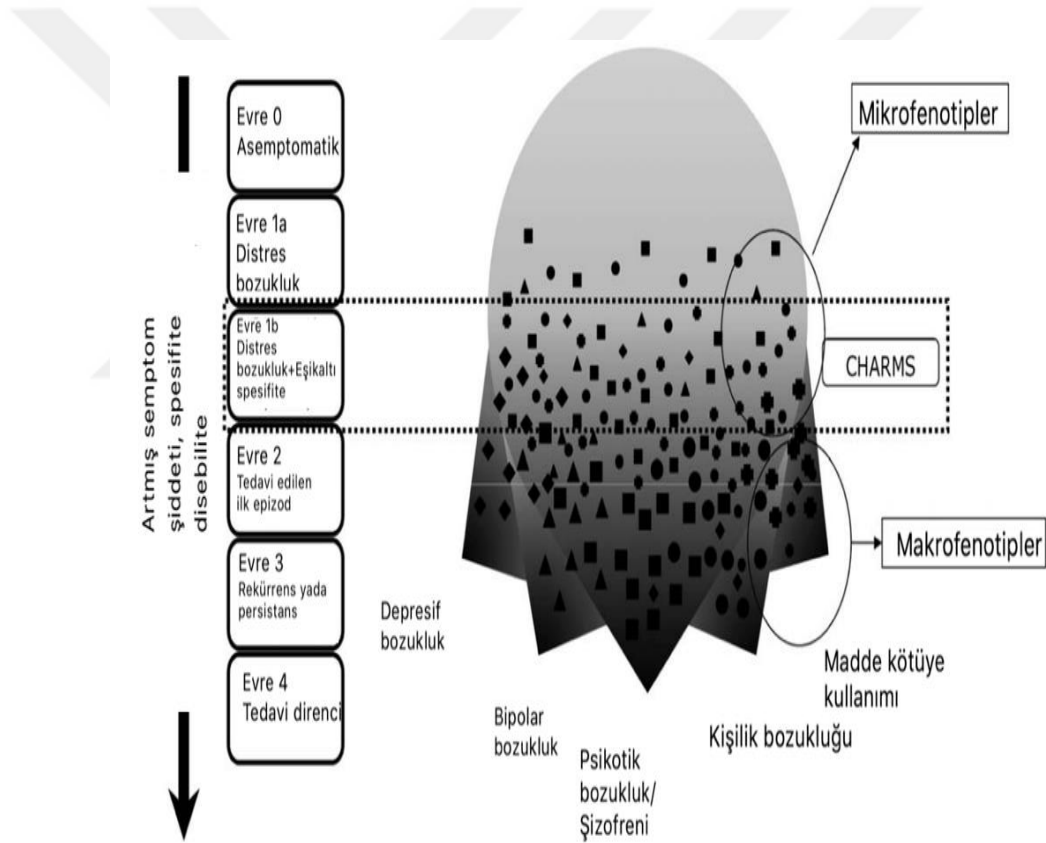
Son dönem risk değerlendirmesi yaklaşımlarında yaş grubu da dikkate alındığında semptomların bu dönemde ayrışmamış olabileceği ve genel anlamda bir riskli mental duruma işaret edebileceği düşünülmektedir (10,112). Hawkins ve arkadaşları tarafından Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) faktör yapısının değerlendirildiği çalışmada genel semptom ortalama puanları daha hafif bulunmuş ve bu durumun prodromal hastaların semptom prezantasyonunun hafif oluşundan kaynaklanabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada ise tüm genel alt ölçek (G1, G2, G3, G4) maddeleri açısından psikotik sendrom (PS) ve psikoz risk sendromu (PRS) grupları arasında anlamlı fark saptanmazken, her iki grupta da kontrollere göre anlamlı yüksek oluşu, prodromal grupta işlevselliğin psikotik hastalıklardaki kadar bozulabileceğine ve hastaya yaklaşımda pozitif semptomlardan ziyade genel semptom durumu ve global fonksiyonelliğin ön plana alınması gerektiğini bildiren çalışmalarla uyumludur (77).

Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ölçeğinin 0 ile 6 arasında değişen likert puanlamasına göre teorik orta nokta 3 (orta derece) olarak kabul edilmektedir (6). Hawkins ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan ve SOPS faktör yapısını araştıran çalışmada ise ortalama puan 2.12 puan olarak saptanmış, bu durum mevcut popülasyonun semptomlarının daha hafif olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir. Benzer şekilde bu çalışmada da tüm katılımcıların ortalama item puanları 2.4 iken,

pozitif semptom alt ölçek ortalamasının 2.9 oluşu (teorik ortalama olan 3'e oldukça yakın); semptomların totaline bakıldığında görece hafif bir semptomatoloji varlığını düşündürebilir (bkz. Figür 4). Alt ölçek ortalama puanları açısından değerlendirildiğinde ise sözü geçen çalışmada genel semptom alt ölçeğinde puan ortalaması 2.0, bizim çalışmamızda ise G alt ölçek ortalama puanı 3.3 olup aradaki puan farkı dikkat çekmektedir. Benzer bir puan farkı N alt ölçek itemleri ortalamalarında da mevcuttur. Bir diğer bulgu ise psikoz ve prodrom grupları arasındaki ayrımın negatif semptomlar ve genel semptomlardan ziyade, pozitif semptomlar ve dezorganizasyon semptomlarından kaynaklanmasıdır.

Ek olarak en düşük ortalama puan dezorganizasyon alt ölçek grubuna ait olup, 1.9 olarak hesaplanmıştır. Genel semptomlar, sosyal anhedoni, isteksizlik, kendiliğın deneyimlenmesi itemlerinde prodromal grup ortalama puanlarının psikoz grubu ortalama puanlarına benzer şekilde yüksek oluşu, her iki grubun yaş ortalamaları göz önünde bulundurulduğunda, özgün olmayan genel semptomlar ve motivasyon/duygu alanlarındaki işlevsellik kayıplarının pozitif prodromal semptomlardan çok daha önce ortaya çıktığına dair bir gösterge olabilir. Bununla birlikte teorik anlamda bakıldığında, dezorganizasyon semptomlarının geç prodromal evrede veya ilk atak psikoz döneminde ortaya çıktığına dair literatürü destekler niteliktedir (113). Prodromal semptom alt tipleri düşünüldüğünde, önceki çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada da D itemlerinin ortalama puanlarının düşük oluşu, SIPS prodromal sendromlar klasifikasyonda bu boyutun yer almamasını göz ardı edilebilir kılabilir. Ancak G ve N itemlerinin klinik görüngüye dair önemli bilgiler verebilmesine rağmen prodromal klasifikasyonda değerlendirmeye alınmadığı düşünüldüğünde, çocuk ve ergen popülasyonunda da klinik evreleme modelleri konsepti ile farklı bir bakış açısı getirilmesi faydalı olabilir (114). Çocuk ve ergen yaş grubu açısından bakıldığında DSM-5-Eşikaltı Psikoz sendromu tanı ölçütleri de genel semptomlar ve negatif belirtilere dair herhangi bir kriter içermemekte, yalnızca "işlev bozukluğu varlığı" gerekmektedir (115); bu durum ergen yaş grubunda prodromal vakaların bir kısmının gözden kaçmasına sebep olabilir. Sözü geçen semptom boyutlarının yaş grubuna yönelik prezantasyonlarının daha net anlaşılmasına ihtiyaç vardır.

Psikotik semptomu olan bireylerde tanı almamış olsa da anksiyete, depresyon, bunaltı, iritabilite gibi semptomların sıklıkla eşlik ettiği bilinmektedir. Önceki bir çalışmada psikotik semptomu olan bireyler sağlıklı yaşlılarına göre daha şiddetli depresyon ve anksiyete belirtileri bildirmiştir (110). Son dönemde özellikle ergen popülasyonda mental bozukluklarla pluripotens kavramına uygun olarak prodromal sendromlarda da klinik semptomatoloji diagnostik çerçeveye uygun olmayacak şekilde üst üste biniyor olabileceğine dair görüşler bulunmaktadır (116) (Figür 12). Bu çalışmada vaka grubundaki ortalama BDÖ ve ÇATÖ (t) ölçek puanlarının kontrollere göre yüksek oluşu bu bulguları desteklemektedir.



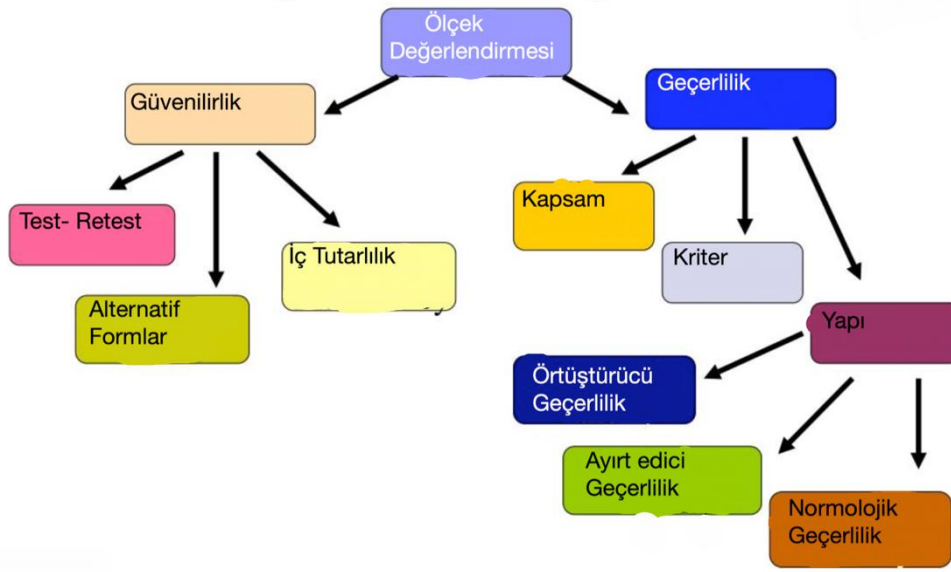
Figür 12: Klinik evreleme konseptine göre yeni transdiyagnostik klinik yüksek riskli mental durum paradigması (McGorry ve arkadaşları, 2018) (117)

5.3. PRODROMAL SEMPTOMLAR ÖLÇEĞİ (SOPS) ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ölçek değerlendirilmesi amaçlı geçerlilik ve güvenilirlik kavramlarına dair bir şema Figür 13'te gösterilmiştir.

5.3.1. Yapı Geçerliliği

Örtüştürücü geçerlilik, ayırtıcı geçerlilik ve faktör geçerliliği gibi kavramlarla sınıanabilmektedir.



Figür 13: Geçerlilik ve Güvenilirlik Kavramları (Marketing Research: an applied approach: 3rd European Edition: Pearson education; 2007) (118)

5.3.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi-Üç Faktörlü Yapı

Ölçek maddelerinin ölçülmek istenen değişkenle ilişki derecesini ve değişkenler arasındaki ilişkinin oluşturulan modele uyumunu değerlendirmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır (82). Ölçek geçerliliğine yönelik yapıla faktör analizinde maddelerin faktör yüklerinin 0.30 ve üzeri olması istenmektedir (82,119). Önceki çalışmalarda Hawkins ve ark. ile Lemos ve ark. çalışmalarında Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ölçeği yalnızca prodromal vakalarda faktörleştirilmişken, Tso ve ark. çalışmasında psikotik ve prodromal grup

bulunmaktaydı. Comparelli ve ark. çalışmasında ise psikotik, prodromal ve psikotik/prodromal olmayan yardım arayışı olan grup olacak şekilde 3 gruptan oluşmuştu (113,120-122). Bu çalışma örneklem seçimi bakımından, özellikle klinik yüksek riskli (CHR) vaka sayısının fazla olması ile Comparelli ve ark çalışmasına benzemekte ve elde edilen 3 faktörlü modelin; hem psikoz, hem prodrom hem de yardım arayışı olan (ancak prodromal veya psikotik olmayan) ergen popülasyonunda geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

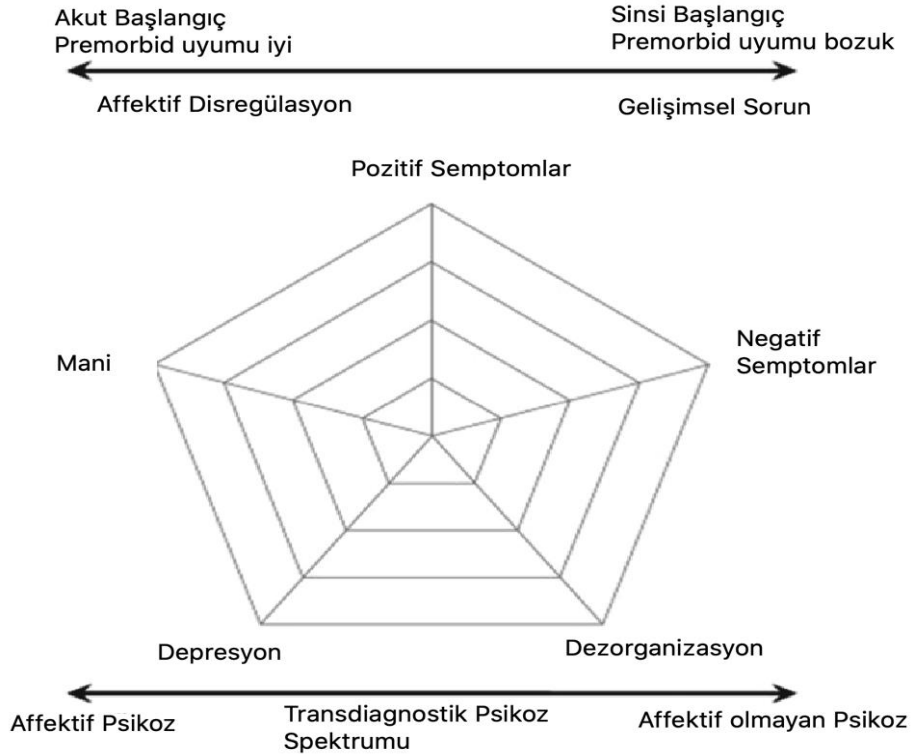
Negatif Semptomlar

McGlashan ve arkadaşlarının 2010 yılındaki çalışmasında Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) N1 “sosyal içe çekilme” itemini paranoid belirtilerden kaynaklı anlaşılabilirliği düşüncesiyle “sosyal anhedoni” olarak değiştirilmiştir (6). Bizim çalışmamızda yeni negatif semptom boyutunda en güçlü yüklenmeler “disforik duygudurum”, “duyguların ve kendiliğin deneyimlenmesi”, “normal strese toleransta bozulma”, “isteksizlik” maddelerinde olmuştur ve “düşünce içeriğinde zenginlik” maddesi hariç tüm N itemleri bu boyutta toplanmıştır.

Prodromal Semptomlar Ölçeğinde (SOPS) negatif semptomları yansıttığı bilinen N itemleriyle birlikte en güçlü yüklenmenin olduğu maddenin “disforik duygudurum” oluşu dikkat çekicidir. Bu itemlerle beraber “uyku düzensizlikleri” iteminin de güçlü yüklenmesi akla *depresyon* semptomlarını getirmektedir. Klaassen ve ark. çalışmasında depresyon ile negatif belirtilerin ayırıcı tanısında “disforik duygudurum” kullanılması önerilmiştir (123). Bu çalışma bulguları da değerlendirildiğinde disforik duygudurumun varlığı, depresyonun bilişsel komponentini içermeyebileceğinden, depresyon semptomatolojisinden ziyade olumlu duyguların yokluğu sonucunda ortaya çıkan “duyguların ve kendiliğin deneyimlenmesinde azalma” ile yerini “disforik duygulanım” a bırakıyor olabilir. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) N3 iteminin değerlendirme skalası incelendiğinde duyguların ve kendilik deneyimlenmesinin azalması semptomları ağırlaştıkça “genel bir olumsuz duygudurum” ve “depersonalizasyon” bulgularının eşlik ettiği görülür. Özellikle depersonalizasyon mekanizmasının güçlü olumsuz duygulara yönelik bir savunma düzeneği olarak ortaya çıkabileceği görüşü de göze

alındığında, disforik duygudurumla korele bir içeriği olduğu da görülebilir. Disforik duygudurum transdiagnostik yaklaşım bakış açısıyla negatif alt boyut belirtilerine eşlik eden duygulanım disregülasyonu olarak tanımlanabilir (116) (Figür 14).

Bununla birlikte “duyguların ifade edilmesi” maddesi sözü geçen itemlerle birlikte yeni negatif alt boyutta yer almasına rağmen yeni dezorganizasyon boyutuna da belirgin derecede yüklenme göstermiştir. Bu 3 item arasında “disforik duygudurum” ve “duyguların ve kendiliğin deneyimlenmesi” daha çok duygulanım ile “duyguların ifade edilmesi”nin ise daha çok hissedilenin verbal ve/veya non-verbal ekspresyonuyla ilişkili olduğu düşünülebilir.



Figür 14: Afektif ve afektif olmayan psikozların transdiagnostik fenotipi (McGorry ve arkadaşları, 2018) (117)

Distres semptomlarının önemi önceki çalışmalarda da vurgulanmıştır (121). Tso ve arkadaşları “disforik duygudurum”, “uyku toleransında bozulma” ve “normal stres toleransında bozulma” maddelerini distres boyutu olarak nitelendirmiştir (121). Distres semptomlarının kendisinin yanı sıra sebebinin de psikoz prodromunda yol gösterici olma ihtimali yüksektir. Örneğin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin

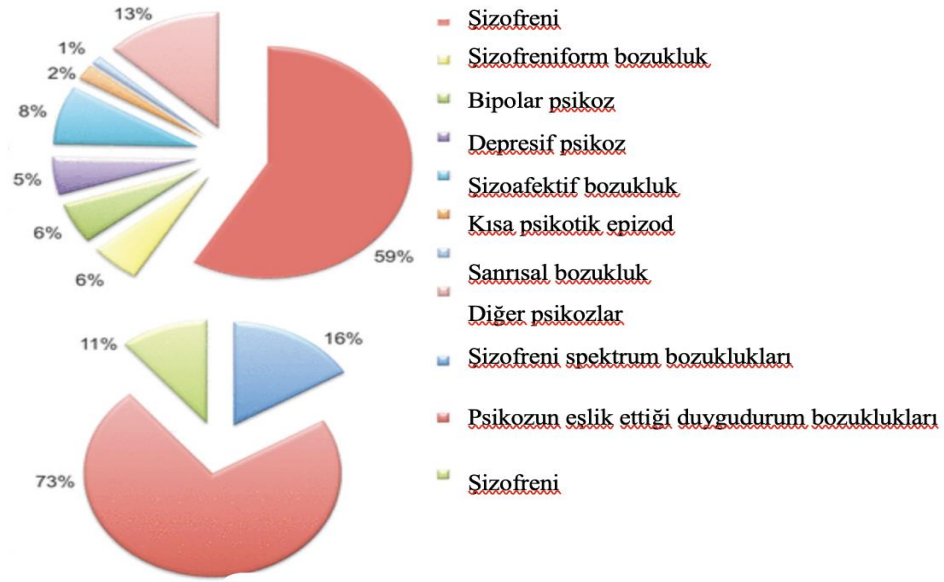
(PANSS) psikoz örnekleminde ölçtüğü distres boyutu daha çok pozitif semptomların bir sonucu olarak, Prodromal Semptomlar Ölçeğinin (SOPS) prodromal popülasyonunun distres alt boyutu negatif semptomlara bağlı olabilir (124). Prodromal Semptomlar Ölçeğinde (SOPS) pozitif semptomların, tanım itibarıyla sınırlı süreli olduğu ve işlevselliği etkiledikçe “psikoz sınırına” yaklaştığı için, sözü geçen distres belirtileri pozitif belirtilerden ziyade negatif belirtilerin işlevsellik kayıplarına sonucu ortaya çıkıyor olabilir. Bizim çalışmamızda ise yeni negatif itemlerle birlikte yüklenmesi en güçlü olan diğer maddeler “normal stres toleransında bozulma” ve “uyku düzensizlikleri”dir ve bu “distres” maddeleri büyük ölçüde negatif itemlerle birlikte kümelendiği için bu semptomların negatif semptomların bir sonucu olma ihtimalini göz ardı etmemek adına “yeni negatif boyut” olarak isimlendirmeyi tercih ettik.

Şizofreni negatif belirtileri ile depresyon komorbiditesi ayırıcı tanısı Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) faktör analizinin de inceleme konusu olmuştur (113,125). Genel semptomlardan “uyku düzensizlikleri”, “disforik duygudurum”, “normal strese toleransta bozulma”; “negatif” itemlerin yoğunlukta olduğu “yeni negatif” boyutunda yüksek bir yüklenme göstermişlerdir. Çalışmamızda SOPS/YN olarak tanımlanan bu faktörün BDÖ ölçeğinden ziyade PANSS/N ölçeği ile çok daha yüksek seviyeli bir korelasyonu olduğu görülmüştür. Bu durum, disforik duygudurumun depresif doğada olmaktan ziyade negatif belirtilerle birlikte gelen çoklu alanlardaki işlevsellik kayıplarının bir klinik görüngüsü olabileceğini düşündürmektedir. Negatif semptomlarla PANSS/G ve Global Değerlendirme Ölçeğinin (GAF) yüksek korelasyonu da bunu destekler niteliktedir.

Pozitif Semptomlar

DSM, ICD gibi uluslararası tanılama ve sınıflama sistemleri, pozitif semptomları klinik prezantasyonları ve konsepti bağlamında bir takım tanı başlıkları dahilinde değerlendirmişlerdir (bkz. Figür 15). Günümüzde pozitif semptomların ortaya çıkışında felaketleştirme, sonuca atlama, olumsuz atıflarda bulunma gibi bozulan bilişsel süreçlerin önemi vurgulanmıştır. Zamanla seçici dikkatin bu semptomlar üzerinde yoğunlaşmasıyla sürecin hızlandığı ve bu nedenle prodromal

dönemde BDT'nin ilk sıra tedavi olarak önerildiği bilinmektedir (126,109,127). Bizim çalışmamızda Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) pozitif semptomlarının P5 hariç tümünü içeren maddeler “Olağandışı düşünce içeriği/sanrıları”, “Şüphencilik/kötülük görme düşünceleri”, “Büyüklik Düşünceleri”, “Algısal anormallikler/ varsanılar” ve ek olarak “tuhaf düşünme” ve “motor düzensizlikler” maddeleri “yeni pozitif semptom alt ölçeği” başlığı altında bulunmakta ve en çok yüklenmenin “büyüklik düşünceleri”, “tuhaf düşünme” ve “algısal anomaliler/varsanılar” maddelerinde olduğu görülmüştür. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) pozitif semptom grubunda bulunan bu maddeler motor düzensizlikler hariç düşünce süreçleri ve çıkarımlarda-otomatik düşüncelerde ve atıflarda bir bozulmaya işaret ediyor gibi görünmektedir. Bu bağlamda örneğin “ses duyma”nın işitilenden ziyade nasıl yorumlandığı önem kazanıyor olabilir ve pozitif semptomlar ancak “düşünce süreçleriyle ilgili bozulma” ile birlikte bulunduğu klinik önemi olacak bir şiddete erişebiliyor olabilir.



Figür 15: Aşık psikoz tanısı alan hastaların klinik yüksek riskli olarak tanımlandıkları dönemde ICD ve DSM tanıların tanımlayıcı bir analizi (Fusar-Poli ve arkadaşları, 2012) (128)

Fenomenolojik bağlamda “olağandışı düşünce içeriği” ve “tuhaf düşünme” terimleri deneyimleme biçimi açısından farklı kavramlar olsa da içerik anlamında benzeşebilmektedirler (129). “Tuhaf düşünme” nin şizofreni tanısı açısından oldukça önemli bir semptom olmasına rağmen güvenilirliğinin düşük olduğuna dair araştırmalar mevcuttur (129). Bu durum Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ölçeği faktör yapısı çalışmalarına da yansımıştır. Tso ve arkadaşlarının 2014 yılındaki çalışma bulguları ile bizim çalışmamızın pozitif item dağılımı oldukça benzerdir (121). Bizim çalışmamızda SOPS pozitif semptomlardan ilk 4 maddeye ek olarak tuhaf düşünme de “yeni pozitif alt ölçek” başlığında yüklenmiştir ve bu bulgu teorik alt yapıyla da tutarlıdır. SOPS ölçeği prodromal sınıflamada P itemlerini baz aldığı için, D itemleriyle olan bu geçişmelerin ele alınması SOPS’ın prediktif validitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Motor anormalliklerle psikoza yatkınlık arasında ortak bir nöral mekanizma olabileceği görüşü mevcuttur (130,131). Motor anormalliklerin prodromal süreçte prediktif bir öneme sahip olduğu ve motor semptom şiddetiyle prodromal semptomların şiddetinin korele olduğunu ve yıkımla ilişkisi daha önce bildirilmiştir (132). Mittal ve arkadaşlarının çalışmasında motor semptomaloloji video görüntüleri ile klinisyen tarafından değerlendirilmiştir (132). PANSS’in klinik yüksek risk (CHR) popülasyonundaki faktör yapısının değerlendirildiği bir çalışmada “motor bozukluklar”ın birden çok faktöre yüklenmesi net tanımlanmamış bir fenomenoloji olmasından ziyade, semptomun kompleks görüngüsü ile ilişkilendirilmiştir (36). Çalışmamızda “motor düzensizlikler” maddesi en çok yeni pozitif boyutta olacak şekilde her 3 boyutta da bir miktar yüklenme göstermiş ve bu madde çıkarılarak yapılan doğrulayıcı faktör analizinde uyum indeksleri daha iyi hale gelmiştir. Aslen motor anomalilerin yeni pozitif semptom boyutunda değerlendirilmesi, pozitif semptomların belirginleşmesiyle karakterize psikotik sendrom aşamasında, yani prodromal spektrumun oldukça geç bir döneminde görülmesiyle ilişkili olabilse de, negatif semptomlarla ve dezorganizasyon bulgularıyla da belli bir korelasyonu görece erken prodromal aşamada da sürdürdüğü düşünülebilir.

Klinik anlamda da bu madde puanlanırken sorulan sorular muhtemelen yaş grubundan kaynaklı olarak anlaşılammakta ve değerlendirme ortamındaki kısıtlı

zaman diliminde klinisyen tarafından gözlenmesi zor olabilmektedir. Faktör yükleri düşük-orta dereceli olan “motor bozukluklar”, “kişisel bakım” veya “garip görünüm veya davranış” itemlerinin teorik anlamda psikoza yönelik bir artmış riske işaret ettiği düşünüldüğünden görece zayıf faktör yükleri bu semptomların süreç içinde daha geç bir dönemde ortaya çıkma ihtimali olabilir. Bununla birlikte riskli mental durum değerlendirmelerde, bu semptomlar hafif şiddetli de olsalar ölçüm aracının özgüllüğünü arttırabileceklerinden prediktif güce katkı sayılabilir.

Hawkins ve arkadaşlarının SOPS faktör yükleri “motor bozukluklar” ile “kişisel bakım” ve “şüphelilik/kötülük görme düşünceleri” “rol fonksiyonunda azalma” maddeleri 0.5’ten az yüklenmiştir (110). Bu çalışmada ise yalnızca “motor bozukluklar” maddesi 0.5’ten az yüklenmiş benzer şekilde “kişisel bakım”, “rol fonksiyonunda azalma” en az yüklenmenin olduğu maddelerdir. “Kişisel bakım” ve “rol fonksiyonunda azalma” itemleri, belli ölçülerde pozitif, negatif ve dezorganizasyon boyutlarıyla ilişkili olabilecek spesifik olmayan semptomatolojik görünüm olabilir.

Dezorganize Semptomlar

Teorik anlamda dezorganize belirtiler; uygunsuz affekt, anlamsız/mantıksız konuşma, formal düşünce bozukluğu gibi semptomları içermektedir. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) dezorganizasyon alt ölçeği, önceki yayınlarda da kognitif süreçlerle ilişkili bir dezorganizasyon semptomu-konseptüel dezorganizasyon olarak değerlendirilmiştir (133). Bu bağlamda “dezorganize iletişim” maddesinin bir pozitif alt ölçek itemi olmasına rağmen yeni dezorganizasyon boyutunda da orta dereceli yüklenmesi teorik bilgiyle uyumlu görünmektedir.

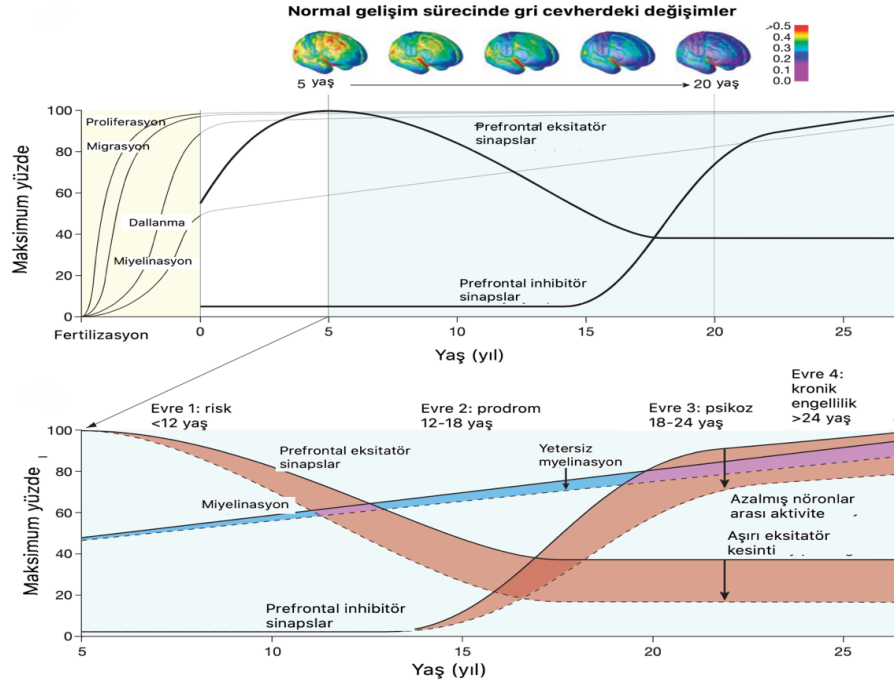
“Odaklanma ve dikkatle ilgili güçlükler” maddesinin, nedenselliğinin hasta bazında değişebilmesi sebebiyle kısmen dezorganizasyon boyutunda, kısmen negatif boyutta yer alabileceğine dair bildirimler mevcuttur (134). Bu çalışmada da “odaklanma ve dikkatle ilgili güçlükler” maddesi ağırlıklı olarak “yeni dezorganizasyon” boyutunda yüklense de az miktarda hem “yeni pozitif” hem de “yeni negatif” boyutta yüklenme göstermiştir. Bu bilgiler ışığında odaklanmayı güçleştiren unsurun hem pozitif semptomlar hem de negatif semptomlardan

kaynaklandığı söylenebilir, ancak aslen konseptüel dezorganizasyon denilen kognitif süreçlerde bir bozulma ile ilişkili gibi görünmektedir.

Prodromal vakalarda da görece daha hafif olacak şekilde dezorganize semptomlar bulunabilmekte ve bu semptomların varlığı uzun dönem işlevsellik kaybı ve kötü prognoza dair bir gösterge olabilmektedir (115). Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) faktör yapısını inceleyen önceki çalışmaların çok azında dezorganizasyon boyutu elde edilebilmiş, D itemlerinin diğer boyutlar altında dağıldığı görülmüştür (120,135). Bizim çalışmamızda İngiliz, İspanyol ve İtalyan çalışmalarında önemli bir fark, bu çalışmada D itemlerinin genel anlamda homojen bir dağılım göstermesi ve “yeni dezorganizasyon” boyutu altında toplanmasıdır. Bu durumun bir sebebi bu çalışmanın diğer çalışmalara göre daha homojen bir yaş grubunda yapılması olabilir. Tso ve ark. çalışmasında katılımcılar 12-25 yaş aralığında olup ortalama yaş 17.0 ± 3.3 ; bizim çalışmamızda ise 14.7 ± 1.6 'dır (121). Her iki çalışmada, prodrom, psikoz ve klinik kontrol grupları mevcuttu. P maddeleri açısından karşılaştırıldığında ise bizim çalışmamızda bütün gruplarda P madde ortalama puanları daha yüksek olsa da çalışmamızın ortalama item puanının teorik ortalamaya (3) oldukça benzer oluşu nedeniyle, örnekleminizin küçük yaş ortalamasına rağmen genel semptom şiddetinin SIPS görüşmesi prodrom semptom şiddetinin teorik varsayıma uygun şekilde “ortalama” seviyede olduğu düşünülebilir. Yani Tso ve ark, örneklemi daha “hafif” semptomlara sahipken bizim örnekleminizde görece “orta şiddetli” semptomlar mevcuttur. D itemlerinin ortalama puanları her iki çalışmada da benzer seviyede ve “hafif” derecede olmasına rağmen örneklem yaş ortalamamız daha düşük ve standart sapmalara bakıldığında dağılımı daha homojendir. Önceki çalışmalarda dezorganizasyon itemlerinin aynı boyutta toplanmasındaki sorunlar düşünüldüğünde, semptom şiddeti hafif de olsa daha homojen örneklem grupları dahil edildiğinde, dezorganizasyon semptomları belirli bir bağlam altında toplanabileceği düşünülebilir. Dezorganizasyon semptomları teorik anlamda kognisyon ve yürütücü işlevlerle ilişkili olduğundan (115) ve prodromal vakalarda nörokognitif süreçlerdeki bozulmaların önemi de göz önüne alındığında, bu semptomların takvimsel yaş ve beyin yaşını göz önünde bulundurarak incelenmeleri yararlı olabilir (yaş grubu ile beyin gelişiminin şizofreni gelişim süreci üzerindeki etkisi için bkz. Figür 16).

Bununla birlikte “dezorganize iletişim” ve “düşünce içeriğinde zenginlik” itemlerinin de dezorganizasyon boyutunda en az diğer D itemleri kadar güçlü yüklenmeleri ilgi çekicidir. Yalnızca formal düşünce bozukluğu değil, düşünce içeriği ve yapısındaki diğer bozulmalar, bu karmaşık etiyojolojiye sahip dezorganizasyon semptomlarının erken yaş grubu prodromal vakalardaki prezantasyonuna dair farklı bir bakış açısı kazandırabilir.

DSM-5, şizofreni kliniğini pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve dezorganize semptomlar olmak üzere 3 boyutta değerlendirir (136). Psikoz prodromunu saptamaya yönelik bir görüşme aracı olan Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) orjinal faktör analizi (İngilizce), İspanyolca ve İtalyanca yapılan analizlerde pozitif, negatif ve genel semptomlar olmak üzere 3 faktörlü yapılar elde edilmiştir. EDIPP çalışması kapsamında yürütülen faktör yapısı incelemesinde ise pozitif semptomlar distres, negatif semptomlar ve düşünce süreçlerinde bozulma olmak üzere 4 boyut elde edilmiştir. Önceki çalışmalarda istatistiksel olarak *principal component analysis* ve *orthogonal* rotasyonların uygulandığı görülmüştür. (113,120,123,124). Ancak bu çalışmada Tso ve ark. benzer şekilde *principal component analysis* ve *oblique (direct oblimin)* rotasyon uygulanmıştır (121). Şizofreni semptom yapısına dair teorik bilgi dahilinde faktörlerin ve itemlerin yüksek korelasyonları olacağı düşünülerek *oblimin* rotasyonunun yapılması daha uygun gibi görünmektedir (137,138). Bu çalışmada ise şizofreni teorik yaklaşımına uygun olacak şekilde “pozitif”, “negatif” ve “dezorganizasyon” olmak üzere 3 alt boyut elde edilmiş, bu modelle toplam varyansın % 62.7’si açıklanabilmiş ve bu yapı çocuk ve ergen yaş grubu psikoz, prodrom ve psikotik/prodromal olmayan klinik popülasyonda uygun bulunmuştur.



Figür 16: Şizofreni nörogelişimsel modeli (Insel ve arkadaşları, 2010) (16)

Hawkins ve ark. (İngilizce, org.), çalışmasında pozitif itemlerin ağırlıkta olduğu boyut, pozitif itemler açısından görece daha homojen iken, Comparelli ve ark. (İtalya) pozitif-negatif-dezorganize maddelerden, Lemos ve ark (İspanya) ise pozitif-dezorganize maddelerden oluşmaktadır (113,120,122). Bu çalışmada ise pozitif item dağılımı görece daha homojen olup Hawkins ve ark. çalışmasındaki pozitif (3.) boyuta oldukça benzerdir. Bunun sebebi İspanyol ve İtalyan versiyonların çalışmasında prodromal örneklem boyutunun görece daha az olması olabilir (113,120,122). Prodromal sendrom varlığı ve alt tipine pozitif alt ölçek maddelerinin aldığı puan değerlendirilerek karar verildiği düşünüldüğünde önerdiğimiz modelin, orijinal faktör yapısı çalışmasına büyük oranda benzerlik göstermesi bu yapının uygunluğunu destekleyen bir diğer gösterge olabilir.

Tso ve ark.'nın 4 boyutlu faktör modelinde, G3 maddesi düşük faktör yükü nedeniyle analizlerden çıkarılmış ve P itemleri D2 itemiyle birlikte aynı boyutta toplanmış olup, bu bulgular Hawkins ve arkadaşlarının çalışmasına ve bizim çalışmamıza benzemektedir. Çalışmada pozitif semptomlar, distres, negatif

semptomlar ve bozulmuş düşünce süreçleri boyutları, Emsley ve arkadaşlarının erken dönem şizofreni hastalarında PANSS çalışmasındaki boyutlar ile yüksek korelasyonudur.

5.3.1.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA ölçek maddelerinin ölçülmek istenen değişkeni ne kadar ölçtüklerini ve birbirleri arasındaki ilişkileri belirlemek adına uygulanan bir yöntem olup teorik alt yapısı bilinen ve kullanımda olan bir model üzerinden çalışır. Elde edilen modelin belirlenmiş örnekleme uyup uymadığını saptamak için ise uyum indeksleri değerlendirilir. Çeşitli uyum indeksleri sonuçlarına göre modelin uygun olup olmadığına karar verilmektedir (139). Bu çalışmada önceki çalışmalardan farklı olarak, çocuk ve ergen yaş grubu ile sınırlanan örneklem grubu nedeniyle doğrulayıcı faktör analizi de yapılmış, elde edilen modelde G3 “motor düzensizlikler” itemi düşük yüklenmesi nedeniyle analizlerden çıkarılarak tekrarlanmıştır. Düzeltmeler sonrası elde edilen modelde uyum indeksleri açısından kabul edilebilir değerler elde edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizinde de G3 itemi düşük yüklenmesiyle ve heterojen dağılımıyla dikkat çekmiş olup hem AFA hem de DFA bulguları tutarlı görünmektedir.

5.3.1.2. Örtüştürücü (convergent) geçerliliği

Örtüştürücü geçerlilik, ölçülen özellik ile ilişkili olduğu düşünülen başka bir ölçekle uyum olarak ifade edilebilir (140). Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) örtüştürücü geçerliliğinin değerlendirildiği bir gözden geçirme yazısında bugüne kadar farklı ülke ve kültürlerde yapılan 21 araştırma incelenmiş ve örtüştürücü geçerliliği mevcut olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların büyük çoğunluğunda 15 yaş ve üzeri bireyler değerlendirilmiş, yalnızca 1 çalışmanın katılımcılarının 12-18 yaş arası grupta olduğu izlenmiştir (15). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) faktör yapısının klinik yüksek risk (CHR) popülasyonunda değerlendirildiği bir çalışmada ise 5 faktörlü bir yapı oluşturulmuş ve N itemlerinin birçoğu ve bazı G maddeleri (N1, N2, N3, N4, N6, N7, G5, G7, G10, G12 maddeleri) “negatif” alt ölçek başlığı altında toplanmıştır. “Konuşma akışı ve

spontanlığı bozulması”, “manyerizm ve postür alma”, “motor retardasyon”, “düşük uyum” gibi faktör yükleri ortalama- yüksek sayılabilecek bazı maddeler klinik anlamda *dezorganizasyon* tablosu ile ilişkili bulunmuştur. (36, 141) Bu çalışmada örtüştürücü geçerliliği karşılaştırma amacıyla PANSS ölçeği kullanılmıştır. SOPS/YP itemleri, PANSS P itemleriyle, SOPS/YN itemleri PANSS N itemleriyle oldukça yüksek korelasyona sahiptir. (sırasıyla $r > 0.91$, $r > 0.94$) Bununla birlikte SOPS/YD ölçeğinin PANSS alt ölçeklerinden “negatif” alt ölçek ile 0.72 katsayılılık bir korelasyonu, “pozitif” alt ölçek ile ise 0.68 katsayılılık bir korelasyonu olduğu saptanmıştır. SOPS/YD, dezorganize iletişim, düşünce içeriğinde zenginlik, garip görünüm veya davranış, odaklanma ve dikkat güçlüğü, kişisel bakım maddelerinden oluşmuştur. Bu maddelerin tümünün “dezorganizasyon” kavramının bileşenleri olduğu düşünülebilir ve PANSS ölçeğinin uygulanması ile elde edilen faktör yapısındaki “negatif” alt ölçeğinde bu maddelerin bazılarını içermekte; itemlerin faktör yükleri 0.50 ve üstü şeklinde dağılmaktadır. Tüm incelemeler doğrultusunda SOPS/Türkçe ölçeğinin örtüştürücü geçerliliği mevcuttur denilebilir.

5.3.1.3. Ayırt Edici (Diskriminant) geçerliliği

SIPS görüşmesinin psikoza tanımlamaya yönelik geçerliliği ve güvenilirliğine dair kanıtlar yetersizdir. Yapılan çalışmalarda Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) örtüştürücü ve ayırt edici geçerliliği varlığı gösterilmiş olmakla beraber, ayırt edici geçerliliğe dair kanıtlar görece daha azdır (15). Bunun nedeni SOPS ölçeğiyle ilgili çalışmaların genellikle klinik yüksek risk (CHR) vakalarında yapılması ve psikotik bozukluğu olan hastaların da dahil edildiği çalışmaların görece az oluşudur. Psikoz spektrumunun genişliği düşünüldüğünde CHR vakalarının psikotik vakalardan ayırımı zaman zaman zor olabilmekte ve bu durum tedavi düzenlenmesinde oldukça önem kazanmaktadır. Bu nedenle psikotik vakaların dışlanmadığı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir (15,142). Bu çalışmada psikoz ve prodromal vakaların dahil edilmesi ile SOPS ölçeği orijinal hali ve faktör analizi sonrası elde edilen 3 alt boyut, psikoz ve prodromal vakaları birbirinden anlamlı şekilde ayrılabilmiştir ve SOPS ölçeğinin psikoz/prodrom vakaları için ayırt edici geçerliliği vardır denilebilir. Ek olarak kontrol grubu ile vaka grubu

arasında da ayırt edici geçerlilik mevcuttur. Bu çalışma çocuk ve ergen yaş grubunda SOPS ölçeğinin diskriminant geçerliliğini araştıran az sayıda çalışmadan biridir. Özellikle bu yaş grubunda medikasyon kullanımının riskleri ve literatürel bilgi bağlamında SIPS görüşmesi prediktif değerinin nispeten azlığı göz önüne alındığında; oldukça heterojen bir grup olarak bilinen prodrom vakalarının tanımlanmasına yönelik araçların ayırt edici gücünün önemi artmaktadır.

5.3.2. Ölçüt Geçerliliği

Hem geçerliliğe hem de güvenilirliğe katkısı olan ölçüt geçerliliği eş zamanlı (concurrent) geçerlilik ve prediktif geçerlilik olmak üzere 2 alt birim ile incelenebilir. Bu çalışmada Prodromal Semptomlar Ölçeğinin (SOPS) eş zamanlı geçerlilik incelemesi sonucunda ölçüt geçerliliği vardır denilebilir.

5.3.2.1. Eş zamanlı (Concurrent) Geçerlilik

Hali hazırda kullanımı olan başka bir ölçekle yeni ölçeğin *aynı anda* uygulanarak aralarındaki korelasyonu değerlendirilir. SIPS/Kore versiyonunun geçerlilik güvenilirliğini inceleyen bir çalışmada, 5 boyutlu PANSS alt ölçekleri ile korelasyon katsayıları 0.49-0.72 arasında değişmekteydi (135). Çalışmamızda da ölçüt geçerliliğinin gösterilmesi amacıyla görüşmeci tarafından SIPS görüşmesiyle aynı anda uygulanmış olan PANSS ölçeği orijinal alt ölçekleri ile aralarındaki korelasyonları değerlendirilmiş ve uyum katsayısı yüksek dereceli saptanmıştır. Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) ile aralarında kökensel anlamda ampirik bir bağ bulunan ve psikoz/prodromal spektrumu değerlendirmede oldukça yaygın kullanılan PANSS ölçeğinin orijinal yapısıyla yüksek korelasyon; nispeten daha sınırlı prodromal popülasyonda kullanımı olan SIPS görüşmesinin de daha yaygın kullanımına dair teorik istatistiksel temele katkı sağlayabilir.

5.4. GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

5.4.1. İç Tutarlılık Analizi

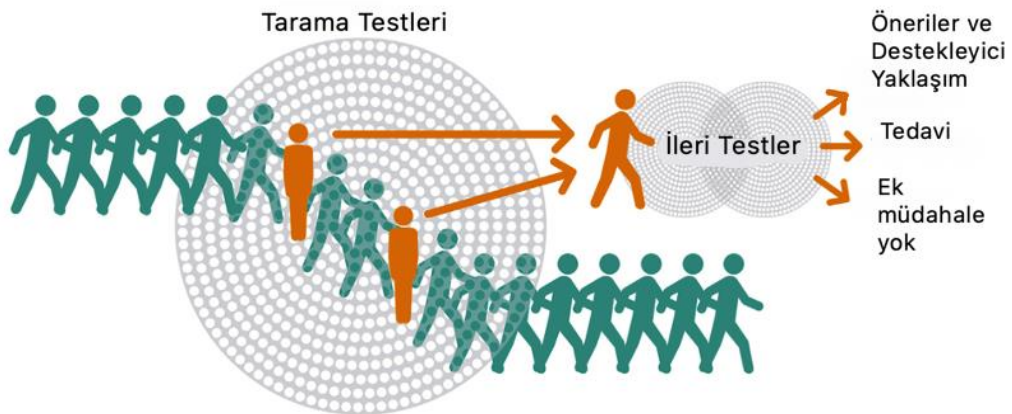
Bir güvenilirlik ölçütü olan iç tutarlılık analizi sıklıkla Cronbach alpha katsayısı ile değerlendirilmektedir. Bu çalışmada faktörleşen boyutlar üzerinden yapılan değerlendirme sonucunda Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) toplam ölçek ve bütün yeni alt boyutların Cronbach alpha katsayısı 0.80'in üzerindedir ve oldukça yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir.

Tso ve arkadaşlarının 4 faktörlü yapısının iç tutarlılık analizleri sonucu hesaplanan Cronbach alfa katsayıları 0.53 ile 0.75 arasında değişmektedir ve düşük-orta derecede güvenilir olarak yorumlanabilir (121). Jung ve arkadaşlarının SIPS/Kore dili geçerlilik ve güvenilirlik analizi çalışmasında Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) genel ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.83, pozitif semptom alt ölçeği için 0.50, negative semptom alt ölçeği için 0.78, dezorganize semptom alt ölçeği için 0.56, genel semptom alt ölçeği için 0.48 olarak hesaplanmıştır (135). Sözü geçen çalışmalarda özellikle dezorganizasyon ve genel semptom item dağılımlarında heterojenite sorunları olması bu duruma bir etken olabilir. Bizim çalışmamızda ise toplam skor ve dezorganizasyon alt ölçeği dahil tüm alt ölçekler Cronbach alfa katsayılarının *yüksek dereceli güvenilirlik* olarak değerlendirilen 0.80 sınırının üstünde; toplam ölçek ve negatif alt ölçek katsayıları ise 0.90 üzerinde olup, *oldukça yüksek dereceli* olarak saptanmıştır. Bu çalışmadaki Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) toplam ve alt ölçekler iç tutarlılığının İtalyan, Kore, İspanyol versiyonlara göre daha yüksek oluşu; alt ölçek itemlerinin teorik şizofreni 3 boyutlu semptom yapısına uygun şekilde dağılmasından, örneklem sayısının yeterli derecede olmasından, yaş aralığının daha dar oluşu sebebiyle görece daha homojen bir grupta edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Teorik anlamda da bakıldığında erken, orta ve geç erkenlik dönemleri ile erken erişkinlik dönemleri arasında hem kognitif gelişim hem de şizofreni prezantasyonu anlamında belirgin farklar vardır (bkz. Figür3). Erken başlangıçlı şizofreni, ayrı bir klinik antite olduğu göz önüne alındığında homojen gruplar oluşturmanın önemi belirgin hale gelmektedir. Önceki çalışmalarda SOPS faktör yüklerinin yüksek dereceli yüklenmemeleri ve heterojenliği; üzerinde durulan bir konu olduğu için bizim çalışmamızda alt

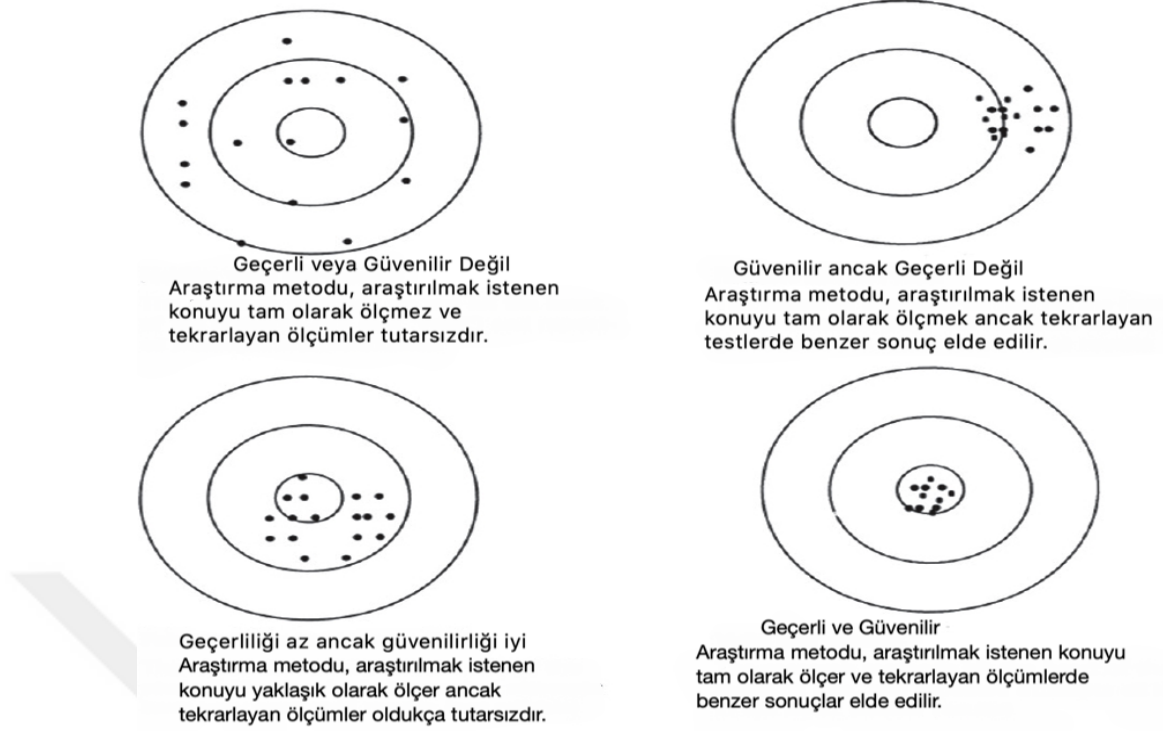
boyutların iç tutarlılığının yüksek dereceli olması, bu yeni boyutların *benzer* semptom yapısını ölçtüğüne dair ek bir kanıt sağlayabilir.

5.5. ROC ANALİZİ VE KESİM DEĞERİ

Bir ölçeğin özgüllük, duyarlılık ve kesim değerinin ölçeğin kullanım amacı doğrultusunda belirlenmesi amacıyla (bkz. Figür 14) ROC eğrisi çizilebilir. Önceki çalışmalarda prodromal vakaları saptamaya yönelik olan yarı yapılandırılmış görüşmelerin zaman aldığı, eğitilmiş görüşmeciler gerektirmesi ve yalnızca seçilmiş hastalara uygulanabildiği gerekçesiyle yoğun klinik koşullarında prodromal semptomları tarama ve pratik kullanım amaçlı SCID, KIDSADS, CBCL, PQ B, CAPE-15, gibi görüşmeler ve özbildirim ölçekleri SIPS, CAARMS gibi altın standart ölçeklerle kıyaslanarak uyarlanmaya çalışılmıştır (37,143). Ek olarak DSM-EPS kriterlerinin prognostik tutarlılığı da (AUC 0.76) kabul edilebilir düzeydedir ve uygulama süresi çok daha kısadır (41). Bu konuda yapılmış bir sistematik derlemede, SIPS ve CAARMS altın standart prosedür olarak kabul edilerek bir dizi ölçme aracı değerlendirilmiş ve bu araçların duyarlılık-özgüllükleri 0.60-0.90 arasında değiştiği gözlenmiştir. Bu araçların birçoğu özbildirim ölçekleri olup, hızlı taramaya olanak sağlamaktadırlar (144) (bkz. Figür 17).



Figür 17: Tarama programları; Genel Yaklaşım (Soneson ve arkadaşları, 2020) (145)



Figür 18: Yeni ölçüm metodunun geçerlilik ve güvenilirlik yaklaşımları açısından değerlendirilmesi (De Souza ve arkadaşları, 2017) (146)

Bizim çalışmamızda SIPS görüşmesi ile elde edilen vaka ve kontrol gruplarının ayırımında kullanmak amacıyla yapılan analizde Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS)/YP alt grubu ile SOPS toplam itemler için çizilen ROC eğrilerine göre; SOPS/YP toplam puanı 12 ve üstü değerler için hesaplanan duyarlılık %77.2, özgüllük %88.7, SOPS (t) toplam puanı 46 üstü değerler için saptanan duyarlılık %81, özgüllük %90 olarak hesaplanmıştır. AUC değeri SOPS/YP alt ölçeği için 0.89 ve toplam ölçek için 0.92 olup birbirine oldukça benzerdir. Bu çalışmada YP itemlerinin pozitif olabilirlik oranını yaklaşık 7 olarak değerlendirirsek, SOPS'un tamamı yerine sadece YP itemleri uygulandığında her 7 doğru prodromal vakaya karşılık, 1 yanlış prodrom tanısı konulması anlamına gelir. Tüm Prodromal Semptomlar Ölçeği (SOPS) itemleri ile karşılaştırıldığında YP alt itemi duyarlılığı ve özgüllüğünün yüksek seviyede olması, yoğun klinik koşullarında yalnızca YP itemlerinin uygulanmasına olanak sağlamakla birlikte ileri değerlendirmeye yönlendirme amacıyla klinisyene fikir verebilir. Çocuk ve ergenlerde *pretest risk*

zenginleştirmenin düşüklüğü göz önüne alındığında SOPS/YP alt ölçeği; altın standart değerlendirme öncesi klinisyen tarafından uygulanabilir bir değerlendirme gibi görünmektedir.

5.6. SINIRLILIKLAR

Çalışma kesitsel desenli bir çalışma olması ve bu nedenle prediktif geçerlilik incelemesi yapılamamış olması ve özellikle psikoz grubu olmak üzere örneklem sayısının az olması önemli bir sınırlılıktır. Ek olarak tek bir değerlendirmeci mevcut olması sebebiyle görüşmeciler arası güvenilirliğinin değerlendirilmemesi de bir diğer sınırlılıktır.

Bu çalışmada psikoz, prodrom ve kontrol gruplarının varlığı bir avantaj olmasına rağmen; ilk atak psikoz, kronik psikoz, prodromal alt gruplar, klinik kontroller, sağlıklı kontroller olmak üzere grupların arttırılması fayda sağlayabilir. Önceki çalışmalara göre yaş grubu görece daha homojen olmasına rağmen özellikle 12-15 yaş ile 15-18 yaş aralıkları arasında nörogelişimsel, fenomenolojik ve görüşme araçları ile ilgili birtakım farklılıklar olabilmesi sebebiyle daha homojen gruplarla çalışılması yararlı olabilir.

6. SONUÇ

Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) /Türkçe görüşmesi Türk dil ve örnekleminde 12-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde prodromal sendromları saptamaya yönelik geçerli, güvenilir ve kullanıma uygun bir görüşmedir.

Bu çalışma önceki çalışmalardan farklı olarak, nörogelişimsel süreçlerin semptomatoloji üzerinde etkili olabileceği varsayımıyla daha homojen bir yaş grubunun dahil edilip Prodromal Semptom Ölçeği (SOPS) faktör yapısının değerlendirilmesiyle; psikoz fenomenolojisini incelemeyi amaçlayan bildiğimiz kadarıyla ilk kontrollü çalışmadır. Structured Interview of Psychosis Risk Syndromes (SIPS) görüşmesinin prognostik tutarlılığının, uygulandığı popülasyona göre değiştiğine dair bilgiler örneklem seçiminin önemini vurgulamaktadır.

Bu çalışmada Prodromal Semptom Ölçeği (SOPS) pozitif, negatif ve dezorganizasyon boyutları olmak üzere 3 faktörlü bir yapı ile incelenmiş, önceki çalışma bulgularından farklı olarak yeni dezorganizasyon itemleri, şizofreni teorik semptomatolojisine uygun şekilde aynı boyutta faktörleşmiştir.

Önceki çalışmalara göre çocuk ve ergen yaş grubunda “pretest risk zenginleştirimi” nin düşüklüğü göz önüne alındığında, SOPS/YP itemleri bu popülasyonda yoğun poliklinik koşullarında *pretest değerlendirme* olarak uygulanabilir.

Şizofreni prodromal olgularının tespit, değerlendirilmesi ve müdahale amacıyla ileriye dönük, multidisipliner, geniş örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Starling J, I F. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. JM R, editor: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5th ed: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. McGorry PD, Ratheesh A, O'Donoghue B. Early Intervention-An Implementation Challenge for 21st Century Mental Health Care. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):545-6.
4. MCGORRY PD, KILLACKEY E, YUNG A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2008;7(3):148-56.
5. Nelson B, McGorry P. The Prodrome of Psychotic Disorders: Identification, Prediction, and Preventive Treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2020;29(1):57-69.
6. Thomas H. McGlashan M. *The Psychosis-Risk Syndrome Handbook for Diagnosis and Follow-up*: Oxford University Press; 2010.
7. Yalcin O. Erken Başlangıçlı Şizofrenide Prodromal Dönem ve Klinik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry*. 2015 ;Special Topics (1(3)):6-16.
8. Salazar de Pablo G, Catalan A, Fusar-Poli P. Clinical Validity of DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome: Advances in Diagnosis, Prognosis, and Treatment. *JAMA Psychiatry*. 2019.
9. McGorry PD. Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):859-60.
10. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*. 2015;30(3):405-16.
11. Vollmer-Larsen A, Handest P, Parnas J. Reliability of measuring anomalous experience: the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. *Psychopathology*. 2007;40(5):345-8.
12. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(11-12):964-71.
13. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Cannon T, Ventura J, et al. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull*. 2003;29(4):703-15.
14. 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 Intervention in Psychiatry*. 2012;6:58-.
15. Woods SW, Walsh BC, Powers AR, McGlashan TH. Reliability, validity, epidemiology, and cultural variation of the Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) and the Scale of Psychosis-Risk Symptoms (SOPS). *Handbook of Attenuated Psychosis Syndrome Across Cultures*: Springer; 2019. p. 85-113.

16. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature*. 2010;468(7321):187-93.
17. Cakmak S, Bal U, Tamam L, Karaytuğ MO. Şizofreni ve Diğer Psikozlarda Risk Sendromları ve Risk Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler [Risk Syndromes and Scales Determining Risk in Schizophrenia and Other Psychoses]. 2015;24:494-508.
18. Tor J, Dolz M, Sintes A, Munoz D, Pardo M, de la Serna E, et al. Clinical high risk for psychosis in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(6):683-700.
19. Huber G, Gross G, Schüttler R, Linz M. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*. 1980;6(4):592.
20. Miller P, Byrne M, Hodges A, Lawrie S, Johnstone E. Childhood behaviour, psychotic symptoms and psychosis onset in young people at high risk of schizophrenia: early findings from the Edinburgh High Risk Study. *Psychological Medicine*. 2002;32(1):173-9.
21. Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, Correll CU, Auther AM, Nakayama E. The schizophrenia prodrome revisited: a neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia bulletin*. 2003;29(4):633-51.
22. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(2):158-64.
23. Correll CU, Hauser M, Auther AM, Cornblatt BA. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(4):390-431.
24. Martin A, Volkmar FR, Bloch MH. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*: Wolters Kluwer Health; 2017.
25. Schimmelmann BG, Huber CG, Lambert M, Cotton S, McGorry PD, Conus P. Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Journal of Psychiatric Research*. 2008;42(12):982-90.
26. Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Carter R. The economic analysis of prevention in mental health programs. *Annual review of clinical psychology*. 2011;7:169-201.
27. Woodberry KA, Shapiro DI, Bryant C, Seidman LJ. Progress and Future Directions in Research on the Psychosis Prodrome: A Review for Clinicians. *Harv Rev Psychiatry*. 2016;24(2):87-103.
28. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rossler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(1):107-20.
29. Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A, Avila A, Brandizzi M, Caverzasi E, et al. Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *Br J Psychiatry*. 2015;207(3):198-206.
30. McGorry PD, Singh, B. S. . Schizophrenia: Risk and possibility. In: B. Raphael GDB, editor. *Handbook of preventive psychiatry* Amsterdam: Elsevier.; 1995.
31. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res*. 2003;60(1):21-32.

32. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res.* 2004;67(2-3):131-42.
33. Killackey E, Nelson B, Yung A. Early detection and intervention in psychosis in Australia: history, progress and potential. *Clinical Neuropsychiatry.* 2008;5(6):279-85.
34. Dulcan MK. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry.* 2th ed: American Psychiatric Pub; 2015.
35. Oliver D, Kotlicka-Antczak M, Minichino A, Spada G, McGuire P, Fusar-Poli P. Meta-analytical prognostic accuracy of the Comprehensive Assessment of at Risk Mental States (CAARMS): The need for refined prediction. *Eur Psychiatry.* 2018;49:62-8.
36. Yang Z, Lim K, Lam M, Keefe R, Lee J. Factor structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in people at ultra high risk (UHR) for psychosis. *Schizophr Res.* 2018;201:85-90.
37. Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK, Raine A, Cannon TD. The prodromal questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophr Res.* 2005;77(2-3):141-9.
38. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher-Rössler A, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry.* 2015;30(3):388-404.
39. Addington J, Stowkowy J, Weiser M. Screening tools for clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry.* 2015;9(5):345-56.
40. Fusar-Poli P, De Micheli A, Cappucciati M, Rutigliano G, Davies C, Ramella-Cravaro V, et al. Diagnostic and Prognostic Significance of DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome in Services for Individuals at Ultra High Risk for Psychosis. *Schizophr Bull.* 2018;44(2):264-75.
41. Fusar-Poli P. The Hype Cycle of the Clinical High Risk State for Psychosis: The Need of a Refined Approach. *Schizophrenia Bulletin.* 2018;44(2):250-3.
42. Ichinose M, Park S. Chapter 2 - Models of Schizophrenia. A Selective Review of Genetic, Neuropharmacological, Cognitive, and Social Approaches. In: Badcock JC, Paulik G, editors. *A Clinical Introduction to Psychosis: Academic Press; 2020.* p. 37-62.
43. Yung AR. Chapter 3 - At-risk mental states. In: Thompson AD, Broome MR, editors. *Risk Factors for Psychosis: Academic Press; 2020.* p. 47-57.
44. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Pickler H, Steinmeyer E-M, Ruhrmann S. Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria. *Clin Neuropsychiatry.* 2007;4(1):11-22.
45. Schultze-Lutter F. Subjective Symptoms of Schizophrenia in Research and the Clinic: The Basic Symptom Concept. *Schizophrenia Bulletin.* 2009;35(1):5-8.
46. Lo Cascio N, Saba R, Hauser M, Vernal DL, Al-Jadiri A, Borenstein Y, 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.* 2016;25(10):1091-102.
47. Cornblatt BA, Carrión RE. Deconstructing the psychosis risk syndrome: moving the field of prevention forward. *Jama Psychiatry.* 2016;73(2):105-6.

48. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods S, Addington J, Nelson B, et al. Heterogeneity of psychosis risk within individuals at clinical high risk: A meta-analytical stratification. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:1-8.
49. Bearden CE, Wu KN, Caplan R, Cannon TD. Thought disorder and communication deviance as predictors of outcome in youth at clinical high risk for psychosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(7):669-80.
50. Addington J, Piskulic D, Liu L, Lockwood J, Cadenhead KS, Cannon TD, et al. Comorbid diagnoses for youth at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res*. 2017;190:90-5.
51. Fusar-Poli P, Sullivan SA, Shah JL, Uhlhaas PJ. Improving the Detection of Individuals at Clinical Risk for Psychosis in the Community, Primary and Secondary Care: An Integrated Evidence-Based Approach. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(774).
52. Schultze-Lutter F, Hubl D, Schimmelmann BG, Michel C. Age effect on prevalence of ultra-high risk for psychosis symptoms: replication in a clinical sample of an early detection of psychosis service. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(11):1401-5.
53. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J, Maier W, Klosterkötter J. Basic Symptoms and Ultrahigh Risk Criteria: Symptom Development in the Initial Prodromal State. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;36(1):182-91.
54. Riecher-Rossler A, Aston J, Ventura J, Merlo M, Borgwardt S, Gschwandtner U, et al. [The Basel Screening Instrument for Psychosis (BSIP): development, structure, reliability and validity]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2008;76(4):207-16.
55. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, Schultze-Lutter F, Bonoldi I, Borgwardt S, et al. At risk or not at risk? A meta-analysis of the prognostic accuracy of psychometric interviews for psychosis prediction. *World Psychiatry*. 2015;14(3):322-32.
56. Fusar-Poli P. Why ultra high risk criteria for psychosis prediction do not work well outside clinical samples and what to do about it. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2017;16(2):212-3.
57. Fusar-Poli P, Rutigliano G, Stahl D, Schmidt A, Ramella-Cravaro V, Hitesh S, et al. Deconstructing Pretest Risk Enrichment to Optimize Prediction of Psychosis in Individuals at Clinical High Risk. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(12):1260-7.
58. Kline E, Thompson E, Demro C, Bussell K, Reeves G, Schiffman J. Self-Report Instruments for Clinical Monitoring of Psychosis Risk States. *Psychiatr Serv*. 2016;67(4):456-9.
59. Fusar-Poli P, Raballo A, Parnas J. What Is an Attenuated Psychotic Symptom? On the Importance of the Context. *Schizophr Bull*. 2017;43(4):687-92.
60. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull*. 1996;22(2):283-303.
61. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, et al. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;172(33):14-20.
62. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Somjee L, Markovich PJ, Stein K, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(5):863-5.

63. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Ventura J, McFarlane W, et al. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia bulletin*. 2003;29(4):703-15.
64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [
65. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, (1994).
66. Oliver D, Radua J, Reichenberg A, Uher R, Fusar-Poli P. Psychosis Polyrisk Score (PPS) for the Detection of Individuals At-Risk and the Prediction of Their Outcomes. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(174).
67. Allott K, Lin A. Chapter 14 - Cognitive risk factors for psychosis. In: Thompson AD, Broome MR, editors. *Risk Factors for Psychosis*: Academic Press; 2020. p. 269-87.
68. Gifford G, McCutcheon R, McGuire P. Chapter 9 - Neuroimaging studies in people at clinical high risk for psychosis. In: Thompson AD, Broome MR, editors. *Risk Factors for Psychosis*: Academic Press; 2020. p. 167-82.
69. Chung Y, Addington J, Bearden CE, Cadenhead K, Cornblatt B, Mathalon DH, et al. Use of Machine Learning to Determine Deviance in Neuroanatomical Maturity Associated With Future Psychosis in Youths at Clinically High Risk. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(9):960-8.
70. de Wit S, Ziermans TB, Nieuwenhuis M, Schothorst PF, van Engeland H, Kahn RS, et al. Individual prediction of long-term outcome in adolescents at ultra-high risk for psychosis: Applying machine learning techniques to brain imaging data. *Hum Brain Mapp*. 2017;38(2):704-14.
71. Koutsouleris N, Riecher-Rössler A, Meisenzahl E, Smieskova R, Studerus E, Kambeitz-Ilankovic L, et al. Detecting the Psychosis Prodrome Across High-Risk Populations Using Neuroanatomical Biomarkers. *Schizophrenia Bulletin*. 2014.
72. Cannon TD, Yu C, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, et al. An individualized risk calculator for research in prodromal psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(10):980-8.
73. Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, Cannon TD, McGlashan TH, Perkins DO, et al. At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry*. 2011;168(8):800-5.
74. Schimmelmann BG, Walger P, Schultze-Lutter F. The significance of at-risk symptoms for psychosis in children and adolescents. *Can J Psychiatry*. 2013;58(1):32-40.
75. Allswede DM, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, Mathalon DH, et al. Characterizing covariant trajectories of individuals at clinical high risk for psychosis across symptomatic and functional domains. *American Journal of Psychiatry*. 2020;177(2):164-71.
76. Beck K, Andreou C, Studerus E, Heitz U, Ittig S, Leanza L, et al. Clinical and functional long-term outcome of patients at clinical high risk (CHR) for psychosis without transition to psychosis: a systematic review. *Schizophrenia research*. 2019;210:39-47.
77. Carrion RE, McLaughlin D, Goldberg TE, Auther AM, Olsen RH, Olvet DM, et al. Prediction of functional outcome in individuals at clinical high risk for psychosis. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(11):1133-42.

78. Amminger GP, Schäfer MR, Schlögelhofer M, Klier CM, McGorry PD. Longer-term outcome in the prevention of psychotic disorders by the Vienna omega-3 study. *Nature Communications*. 2015;6(1):7934.
79. Baer LH, Shah JL, Lepage M. Anxiety in youth at clinical high risk for psychosis: A case study and conceptual model. *Schizophr Res*. 2019;208:441-6.
80. Burkhardt E, Leopold K, Bechdolf A. Chapter 19 - Pharmacological intervention for people at risk of psychotic disorder. In: Thompson AD, Broome MR, editors. *Risk Factors for Psychosis*: Academic Press; 2020. p. 371-81.
81. Rakhshan Rouhakhtar PJ, Pitts SC, Millman ZB, Andorko ND, Redman S, Wilson C, et al. The impact of age on the validity of psychosis-risk screening in a sample of help-seeking youth. *Psychiatry Res*. 2019;274:30-5.
82. Şencan H. Güvenilirlik ve geçerlilik: Hüner Şencan; 2005.
83. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-6.
84. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2018;26(3):199-210.
85. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi*. 2002;32(32):470-83.
86. Unal F, Öktem F, Cuhadaroglu F, Kultur E, Akdemir D, Foto Ozdemir D, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016 -Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği 2. 2019.
87. Tsuji T, Phalen P, Rakhshan Rouhakhtar P, Millman Z, Bussell K, Thompson E, et al. Using the K-SADS psychosis screen to identify people with early psychosis or psychosis risk syndromes. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2019;24(4):809-20.
88. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76.
89. Kostakoğlu A, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(44):23-32.
90. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
91. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
92. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(4):545-53.
93. Çakmakçı F.K. . Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;11(2).

94. ARAÇLARI PKÖ. ÖLÇME ARAÇLARININ KULLANIMI İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.
95. Soneson E, Perez J, Jones PB. Chapter 2 - Principles of risk, screening, and prevention in psychiatry. In: Thompson AD, Broome MR, editors. Risk Factors for Psychosis: Academic Press; 2020. p. 11-43.
96. Cotter J, Lin A, Drake RJ, Thompson A, Nelson B, McGorry P, et al. Long-term employment among people at ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2017;184:26-31.
97. Dolz M, Tor J, De la Serna E, Pardo M, Munoz-Samons D, Rodriguez-Pascual M, et al. Characterization of children and adolescents with psychosis risk syndrome: The Children and Adolescents Psychosis Risk Syndrome (CAPRIS) study. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(5):1062-72.
98. Anita Thapar DSP, James F. Leckman, Stephen Scott, Margaret J. Snowling, Eric Taylor. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Sixth edition ed: John Wiley & Sons, Ltd; 2015.
99. Addington J, Addington D, Abidi S, Raedler T, Remington G. Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Can J Psychiatry.* 2017;62(9):656-61.
100. Sarró S. Transient psychosis in anorexia nervosa: Review and case report. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2009;14(2):e139-e43.
101. Seeman MV. Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses. *World J Psychiatry.* 2014;4(4):112-9.
102. Mayo D, Corey S, Kelly LH, Yohannes S, Youngquist AL, Stuart BK, et al. The Role of Trauma and Stressful Life Events among Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Review. *Frontiers in psychiatry.* 2017;8:55-.
103. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2005;112(5):330-50.
104. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Reassessing the Long-term Risk of Suicide After a First Episode of Psychosis. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(12):1230-7.
105. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JTW, Devlin N, Ramsay H, et al. Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt: A Prospective Cohort Study. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(9):940-8.
106. Malda A, Boonstra N, Barf H, de Jong S, Aleman A, Addington J, et al. Individualized Prediction of Transition to Psychosis in 1,676 Individuals at Clinical High Risk: Development and Validation of a Multivariable Prediction Model Based on Individual Patient Data Meta-Analysis. *Front Psychiatry.* 2019;10:345.
107. Fusar-Poli P, Rutigliano G, Stahl D, Davies C, Bonoldi I, Reilly T, et al. Development and Validation of a Clinically Based Risk Calculator for the Transdiagnostic Prediction of Psychosis. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(5):493-500.
108. Tiffin PA, Welsh P. Practitioner review: schizophrenia spectrum disorders and the at-risk mental state for psychosis in children and adolescents--evidence-based management approaches. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(11):1155-75.

109. Hassanali N, Ruffell T, Browning S, Bracegirdle K, Ames C, Corrigan R, et al. Cognitive bias and unusual experiences in childhood. *European child & adolescent psychiatry*. 2015;24(8):949-57.
110. Sikich L. Diagnosis and evaluation of hallucinations and other psychotic symptoms in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2013;22(4):655-73.
111. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RKR, Heinimaa M, Linszen D, Dingemans P, et al. Prediction of Psychosis in Adolescents and Young Adults at High Risk: Results From the Prospective European Prediction of Psychosis Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):241-51.
112. Poletti M, Pelizza L, Azzali S, Paterlini F, Garlassi S, Scazza I, et al. Clinical high risk for psychosis in childhood and adolescence: findings from the 2-year follow-up of the ReARMS project. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(7):957-71.
113. Hawkins KA, McGlashan TH, Quinlan D, Miller TJ, Perkins DO, Zipursky RB, et al. Factorial structure of the Scale of Prodromal Symptoms. *Schizophr Res*. 2004;68(2-3):339-47.
114. McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, Yung AR. Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(8):486-97.
115. Demjaha A, Valmaggia L, Stahl D, Byrne M, McGuire P. Disorganization/Cognitive and Negative Symptom Dimensions in the At-Risk Mental State Predict Subsequent Transition to Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;38(2):351-9.
116. Spooner R, Hartmann JA, McGorry PD, Nelson B. Chapter 21 - New paradigms to study psychosis risk: clinical staging, pluripotency, and dynamic prediction. In: Thompson AD, Broome MR, editors. *Risk Factors for Psychosis*: Academic Press; 2020. p. 399-416.
117. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2018;17(2):133-42.
118. Malhotra N, Birks D. *Marketing Research: an applied approach: 3rd European Edition*: Pearson education; 2007.
119. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *Istanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017;46(Special Issue):74.
120. Comparelli A, Savoja V, Kotzalidis G, Woods S, Mosticoni S, Vassallo F, et al. Factor-structure of the Italian version of the Scale Of Prodromal Symptoms (SOPS): a comparison with the English version. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2011;20(1):45-54.
121. Tso IF, Taylor SF, Grove TB, Niendam T, Adelsheim S, Auther A, et al. Factor analysis of the Scale of Prodromal Symptoms: data from the Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis Program. *Early Interv Psychiatry*. 2017;11(1):14-22.
122. Fernández P, Ortega J, García P, Gutiérrez A, García A, Bobes J, et al. Predictive validity of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS). *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34(4):216-23.
123. Klaassen RM, Velthorst E, Nieman DH, De Haan L, Becker HE, Dingemans PM, et al. Factor analysis of the scale of prodromal symptoms: differentiating between negative and depression symptoms. *Psychopathology*. 2011;44(6):379-85.

124. Emsley R, Rabinowitz J, Torreman M. The factor structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in recent-onset psychosis. *Schizophrenia Research*. 2003;61(1):47-57.
125. Klaassen RM, Velthorst E, Nieman DH, de Haan L, Becker HE, Dingemans PM, et al. Factor analysis of the scale of prodromal symptoms: differentiating between negative and depression symptoms. *Psychopathology*. 2011;44(6):379-85.
126. Davidson CA, Piskulic D, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, et al. Age-related trajectories of social cognition in youth at clinical high risk for psychosis: An exploratory study. *Schizophr Res*. 2018;201:130-6.
127. Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia research*. 2011;125(1):54-61.
128. Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor MJ, Bonoldi I, Carpenter WT, Yung AR, et al. At Risk for Schizophrenic or Affective Psychoses? A Meta-Analysis of DSM/ICD Diagnostic Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;39(4):923-32.
129. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophrenia bulletin*. 2010;36(4):667-79.
130. Walther S, Mittal VA. Motor System Pathology in Psychosis. *Current Psychiatry Reports*. 2017;19(12):97.
131. Bernard JA, Mittal VA. Cerebellar-Motor Dysfunction in Schizophrenia and Psychosis-Risk: The Importance of Regional Cerebellar Analysis Approaches. *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5(160).
132. Mittal VA, Tessner KD, Trotman HD, Esterberg M, Dhruv SH, Simeonova DI, et al. Movement abnormalities and the progression of prodromal symptomatology in adolescents at risk for psychotic disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007;116(2):260-7.
133. Minor KS, Marggraf MP, Davis BJ, Luther L, Vohs JL, Buck KD, et al. Conceptual disorganization weakens links in cognitive pathways: Disentangling neurocognition, social cognition, and metacognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2015;169(1):153-8.
134. Grube BS, Bilder RM, Goldman RS. Meta-analysis of symptom factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1998;31(2-3):113-20.
135. Jung MH, Jang JH, Kang D-H, Choi J-S, Shin NY, Kim HS, et al. The reliability and validity of the Korean version of the structured interview for prodromal syndrome. *Psychiatry investigation*. 2010;7(4):257.
136. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947-xlv, p.
137. Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*. 1958;23(3):187-200.
138. Corner S. Choosing the right type of rotation in PCA and EFA. *JALT testing & evaluation SIG newsletter*. 2009;13(3):20-5.
139. Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(3):196-205.

140. Chin C-L, Yao G. Convergent Validity. In: Michalos AC, editor. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 1275-6.
141. <https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2018/07/Disorganized-Symptoms-of-Psychosis-Slides>. [
142. van Os J, Guloksuz S. A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm. World Psychiatry. 2017;16(2):200-6.
143. Bukenaitė A, Stochl J, Mossaheb N, Schafer MR, Klier CM, Becker J, et al. Usefulness of the CAPE-P15 for detecting people at ultra-high risk for psychosis: Psychometric properties and cut-off values. Schizophr Res. 2017;189:69-74.
144. Kline E, Schiffman J. Psychosis risk screening: A systematic review. Schizophrenia Research. 2014;158(1):11-8.
145. Soneson E, Perez J, Jones P. Principles of risk, screening, and prevention in psychiatry. 2020. p. 11-43.
146. De Souza A, Alexandre N, de Brito Guirardello E. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2017;26:649-59.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Ayşegül TONYALI
Doğum yeri ve tarihi : Ordu (Merkez), 08.03.1989
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Medeni durumu : Evli
Askerlik durumu
İletişim adresi ve telefonu: draysegultonyali@gmail.com
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof.Dr Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH (2019-2020)
Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı (2016)
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çocuk Sağlığı Hematoloji Onkoloji EAH (2014-2015)
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce) (2006-2013)
Trabzon Yomra Fen Lisesi (2003-2006)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru): Tıp Doktoru

IV- Mesleki Deneyimi: 2014- halen Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Asistan Doktor

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türk Psikiyatri Derneği
Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

Tonyalı, Ayşegül, Zeynep Göker, and Özden Şükran Üneri. "Çocuk ve Ergen Davranım Bozukluğu Tedavisinde Psikososyal Müdahaleler." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 11.3: 284-303.

Ugur, Çagatay, et al. "Birth order and reproductive stoppage in families of children with autism spectrum disorder." *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 29.4 (2019): 509-514.

Ayşegül Tonyalı, Zeynep Göker, Esra Çöp, Gülser Dinç Özden Şükran Üneri "Treatment characteristics of children and adolescents diagnosed with autism spectrum disorder: a retrospective study" Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, suppl. S1; Istanbul Vol. 29, (2019): 88-89.

9. EKLER

EK 1 – THE PSYCHOSIS-RISK SYNDROME HANDBOOK FOR DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP kitabı için “Oxford University Press”
Yayınevi İzni



PARTIES:

1. **Oxford Publishing Limited** (Company number – 01748118) (Licensor); and 2. **Aysegul Tonyali** (Licensee).

Thank you for your recent permission request. Some permission requests for use of material published by the Licensor, such as this one, are now being facilitated by PLSclear.

Set out in this licence cover sheet (the **Licence Cover Sheet**) are the principal commercial terms under which Licensor has agreed to license certain Licensed Material (as defined below) to Licensee. The terms in this Licence Cover Sheet are subject to the attached General Terms and Conditions, which together with this Licence Cover Sheet constitute the licence agreement (the **Licence**) between Licensor and Licensee as regards the Licensed Material. The terms set out in this Licence Cover Sheet take precedence over any conflicting provision in the General Terms and Conditions.

Licence Terms

Licence Date: PLSclear Ref No:

The Licensor

Company name: Address:

The Licensee

Licensee Contact Name: Licensee Address:

Licensed Material

title: ISBN/ISSN:

25/05/2019 14546

Oxford Publishing Limited

Rights Department Great Clarendon Street Oxford
OX2 6DP
GB

Aysegul Tonyali

Prof Mazhar Osman Bakirkoy Ruh ve Sinir Hastaliklari Egitim ve Arastirma
Hastanesi
Cocuk ve Ergen Ruh Sagligi ve Hastaliklari Klinigi Istanbul

34149 Turkey

The Psychosis-Risk Syndrome Handbook for Diagnosis and Follow-Up

9780199733316

publisher:

Oxford Publishing Limited

chapter name Number of words page range
additional information

Are you requesting permission to reuse your own work?

total number of pages

Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes

4500

1-43

I want to translate this interview into Turkish Language and get permission from the
first author

No. I am NOT the author 43

For Use In Licensee's Publication(s)

usage type language
other language publication title type of document

Rights Granted

Exclusivity:
Format:
Language:
Territory:
Duration:
Maximum Circulation: Additional Terms:

Book, Journal, Magazine or Academic Paper...-Thesis Other
Turkish

The Realiability abd Validity of SIPS in Turkish Language Child and Adolescent
Psychiatry Residency Thesis

Non-Exclusive THESIS/WHITEPAPER/CONULTATION DOCUMENT English
Turkey

Lifetime of Licensee's edition

Total: 1 copies

If at some future date your thesis is published it will be necessary to re-clear this
permission.

Please also note that if the material to be used is acknowledged to any other source,
you will need to clear permission with the rights holder and for any electronic
version the © line must appear on the same page as the OUP material and the OUP
material should not be included under a Creative Commons license, or any other
open-access license allowing onward reuse.

£0.00 [+ VAT if applicable]

Strictly 30 days from date of Licence

Payment Details

Fee Payable: Payment Terms:

GENERAL TERMS AND CONDITIONS

1. Definitions and Interpretation

1.1 Capitalised words and expressions in these General Terms and Conditions have
the meanings given to them in the Licence Cover Sheet.

1.2 In this Licence any references (express or implied) to statutes or provisions are
references to those statutes or provisions as amended or re-enacted from time to time.
The term **including** will be construed as illustrative, without limiting the sense or
scope of the words preceding it. A reference to in **writing** or **written** includes faxes
and email. The singular includes the plural and vice versa.

2. Grant of Rights

2.1 Subject to payment by Licensee of the Licence Fee in accordance with paragraph 3 below, Licensor grants to Licensee the non-exclusive right to use the Licensed Material as specified in the Licence Cover Sheet.

2.2 The rights licensed to Licensee under this Licence do not include the right to use any third party copyright material incorporated in the Licensed Material. Licensee should check the Licensed Material carefully and seek permission for the use of any such third party copyright material from the relevant copyright owner(s).

2.3 Unless otherwise stated in the Licence Cover Sheet, the Licensed Material may be:

2.3.1 subjected to minor editing, including for the purposes of creating alternative formats to provide access for a beneficiary person (provided that any such editing does not amount to derogatory treatment); and/or

2.3.2 used for incidental promotional use (such as online retail providers' search facilities).

2.4 Save as expressly permitted in this Licence or as otherwise permitted by law, no use or modification of the Licensed Material may be made by Licensee without Licensor's prior written permission.

3. Payment

3.1 Licensee must pay to Licensor the Licence Fee by means of either credit card or on receipt of an invoice, as selected by Licensee during the licence application process via the PLSclear service.

3.2 If payment is by invoice, Licensee agrees to pay the Licence Fee in full by no later than the payment date specified in the relevant invoice.

4. Copyright Notice and Acknowledgement

4.1 Licensee must ensure that the following notices and acknowledgements are reproduced prominently alongside each reproduction by Licensee of the Licensed Material:

- 4.1.1 the title and author of the Licensed Material;
- 4.1.2 the copyright notice included in the Licensed Material; and
- 4.1.3 the statement "Reproduced with permission of the Licensor through PLSclear."

5. Reversion of Rights

5.1 The rights licensed to Licensee under this Licence will terminate immediately and automatically upon the earliest of the following events to occur:

5.1.1 the Licence Fee not being received by Licensor in full by the payment date specified in the relevant invoice;

5.1.2 the Licensed Material not being used by Licensee within 18 months of the Licence Date; 5.1.3 expiry of the Licence Duration; or 5.1.4 the Maximum Circulation being reached.

6. Miscellaneous

6.1 By using the Licensed Material, Licensee will be deemed to have accepted all the terms and conditions contained in this Licence.

6.2 This Licence contains the entire understanding and agreement of the parties relating to its subject matter and supersedes in all respects any previous or other existing arrangements, agreements or understandings between the parties whether oral or written in relation to its subject matter.

6.3 Licensee may not assign this Licence or any of its rights or obligations hereunder to any third party without Licensor's prior written consent.

6.4 This Licence is governed by and shall be construed in accordance with the laws of England and Wales and the parties hereby irrevocably submit to the non-exclusive jurisdiction of the Courts of England and Wales as regards any claim, dispute or matter arising under or in relation to this Licence.

EK 2 - TEZ ÇALIŞMASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Psikoz Risk Sendromları için Yapılandırılmış Görüşme'nin (PSİG) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği
Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm bu açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışma projesinde 'katılımcı' olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN İMZASI

Adı- Soyadı

Adresi

Telefon No

Tarih

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN İMZASI

Adı- Soyadı

Adresi

Tel & Faks

Tarih

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ İMZASI

Adı- Soyadı

Tarih

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN

İMZASI

Adı- Soyadı

Görevi

Tarih

EK 3 – SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

Uygulayıcı:

Tarih:

Adınız Soyadınız:

İletişim için telefon numaraları:

1)

2)

3)

Doğum Tarihiniz:

Cinsiyetiniz:

1) Kız 2) Erkek

Okul Durumunuz:

1)İlkokul 2) Ortaokul 3)Lise 4)Açık Lise 5)Devamsız

Okul Başarınız:

1) İyi 2) Kötü

Arkadaş İlişkileriniz nasıl?

1)İyi 2) Kötü

Sosyal Güvenceniz:

1)Var 2)Yok

Ailenizin Gelir Durumu:

Nerede Yaşıyorsunuz:

Boyunuz:

Kilonuz:

Kimlerle Yaşıyorsunuz:

1)Anne veya baba ile 2)Diğer(belirtiniz):

Anne ve Babanız:

1)Birlikte 2)Boşanmış 3) Boşanmamış ama ayrı yaşıyor 4) Anne vefat etmiş 5)Baba vefat etmiş

Annenizin yaşı:

Babanızın yaşı:

Anneniz çalışıyor mu:

1)Çalışıyor 2) Çalışmıyor 3) Emekli

Babanız çalışıyor mu:

1)Çalışıyor 2) Çalışmıyor 3) Emekli

Annenizin eğitim durumu:

1)Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise 6) Üniversite

Babanızın eğitim durumu:

1)Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise 6) Üniversite

Sigara Kullanımı:

1)Var 2)Yok

Alkol Kullanımı

1)Var 2)Yok

Madde Kullanımı

1)Var 2)Yok

İnternet/bilgisayar oyunu aşırı kullanımı? Var /Yok

İnternette/bilgisayar oyununda giderek daha fazla vakit geçirme: Var /Yok

İnternet kullanım/bilgisayar oyununa erişilemeyen zamanlarda öfkelenme ve kontrolden çıkma Var/Yok

İntihar düşünceleriniz var mı:

1)Var 2)Yok

Daha önce intihar girişiminiz oldu mu:

1)Var 2)Yok

Kullandığınız ilaç var mı:

1)Var

2)Yok

3)Bilgi yok

Ailede ruhsal hastalığı olan var mı:

- 1)Var
- 2)Yok

Daha önce psikiyatri servisine yatışınız oldu mu:

- 1)Evet
- 2)Hayır

Daha önce ruhsal veya fiziksel bir travma yaşadınız mı:

- 1)Evet
- 2)Hayır

Son dönemde “1)sevilen kişinin kaybı, 2)kronik hastalık, 3)ölüm, 4)boşanma 5)diğer” gibi önemli ilişkilerinizi etkileyen bir yaşantınız oldu mu ?

- 1)Evet
- 2)Hayır

Son dönemde “1)okul değişikliği, 2)şehir değişikliği, 3)taşınma 4)diğer” gibi önemli bir çevre değişikliği oldu mu ?

- 1)Evet
- 2)Hayır

Son dönemde “1)akran zorbalığına maruziyet, 2)ayrımcılığa uğrama, 3)dışlanma 4)diğer” gibi sosyal bir stres yaşantınız oldu mu ?

- 1)Evet
- 2)Hayır

Yapılandırılmış görüşme sonucu saptanan psikiyatrik tanılar:

- 1)
- 2)
- 3)

Eşlik Eden Diğer Belirtiler (Ruhsal değerlendirme sonunda görüşmeyi yapan araştırmacı tarafından kaydedilecektir):

EK 4 – PANNS

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 Düşünce dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5 Büyüklük duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6 Şüphencilik kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7 Düşmanca tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor:							<input type="text"/>
Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2 Duygusal içeçekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3 İlişki kurmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4 Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 Soyut düşünme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7 Steriotipik düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor:							<input type="text"/>
Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7 Motor yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G8 İşbirliği kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9 Olağandışı düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G10 Yönetim bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G11 Dikkat azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G12 Yargılama ve içgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G13 İrade bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G15 Zihinsel aşırı uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G16 Aktif biçimde sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor:							<input type="text"/>
Toplam skor:							<input type="text"/>

EK 5 – BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 6 – ÇOCUKLUK ÇAĞI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ) ÇOCUK FORMU (8 yaş ve büyük)

İsim ve Soy isim:

Yaş:

Tarih:

Dosya No:

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olan seçeneğe (“doğru değil ya da nadiren doğru” ya da “bazen ya da kısmen doğru” ya da “çok doğru ya da çoğu kez doğru” olduğuna) karar verin.

Şu an ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler sizi ilgilendirmese de mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.			
2. Okulda başım ağrır.			
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.			
4. Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım.			
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.			
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.			
7. Gerginim (huzursuzum).			
8. Annem ya da babam nereye gitseler izlerim.			
9. İnsanlar gergin (huzursuz) görüldüğümü söyler.			
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.			
11. Okulda lken karnım ağrır.			
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.			
13. Yalnız uyumaktan korkarım.			
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığımı beni endişelendirir (kaygılandırır).			
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.			
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.			

17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.			
19. Titremelerim olur.			
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.			
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.			
22. Korktuğumda çok terlerim.			
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.			
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.			
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.			
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.			
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.			
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.			
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.			
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.			
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.			
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.			
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.			
35. İşleri ne kadar iyi yaptığımı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
36. Okula gitmekten korkarım.			
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).			
38. Korktuğumda başım döner.			
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.			
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.			
41. Çekingen (utangaç) biriyim.			