

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK VE PSİKOTİK BOZUKLUK ERKEN
DÖNEMDE AİLE ODAKLI TERAPİNİN ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ

Dr.Tevhide Ekin SÜT

UZMANLIK TEZİ
İZMİR-2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK VE PSİKOTİK BOZUKLUK ERKEN
DÖNEMDE AİLE ODAKLI TERAPİNİN ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tevhide Ekin SÜT

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Neslihan İNAL, Prof. Dr. Emre BORA

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	i
ŞEKİLLER DİZİNİ	ii
KISALTMALAR	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vi
I. BÖLÜM: GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER	3
2. 1. BİPOLAR BOZUKLUK VE ŞİZOFRENİ KAVRAMLARININ TARİHÇESİ, SINIFLANDIRMA	3
2. 2. BİPOLAR BOZUKLUK VE ŞİZOFRENİ: EPİDEMİYOLOJİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER	5
2. 3. PSİKİYATRİDE SINIFLANDIRMA ve ERKEN TANI	7
2. 4. MADALYONUN ÖTEKİ YÜZÜ: HASTALIK YÖNETİMİNDE KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR	10
2. 4. 1. Tedavi uyumsuzluğu	10
2. 4. 2. Relaps	11
2. 4. 3. Depresyon ve intihar riski	11
2. 4. 4. İzolasyon ve damgalanma	12
2. 4. 5. Psikososyal işlevsellik kaybı	12
2. 5. ERKEN DÖNEM TANI, TEDAVİ VE PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ	13
2. 5. 1. Hastalık öncesi dönemde müdahale (Evre 0-1)	15
2. 5. 2. İlk atak sonrası müdahale (Evre 2)	17
2. 6. PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER	19
2. 6. 1. Bilişsel davranışçı terapi (Cognitive Behavioural Therapy - CBT)	20
2. 6. 2. Aile temelli müdahaleler (Family Based Interventions)	21
2. 6. 3. Psikoöğitim (Psychoeducation)	22
2. 6. 4. Kişilerarası ve Sosyal Ritm Terapisi (Interpersonal and Social Rhythm Therapy)	22

2. 6. 5. Uyum geliştirme terapileri (Adherence Improvement Therapy)	23
2. 6. 6. Bilişsel iyileştirme terapisi (Cognitive Remediation Therapy)	23
2. 6. 7. Sosyal beceri eğitimi (Social Skills Training)	25
2. 6. 8. Sosyal biliş etkileşimi eğitimi (Social Cognition and Interaction Training - SCIT)	25
2. 6. 9. Farkındalık temelli müdahaleler (Mindfulness-Based Interventions)	26
2. 6. 10. Mesleki müdahaleler (Vocational Interventions)	26
2. 6. 11. Sanat Terapisi ve Ergoterapi (Occupational Therapy and Art Therapy)	27
2. 6. 12. Grup Terapileri ve Akran Desteği (Group Therapy and Peer Support)	28
2. 6. 13. Ek müdahaleler	29
2. 6. 13. 1. Madde kullanımını azaltmaya yönelik müdahaleler	29
2. 6. 13. 2. Fiziksel sağlık komorbiditelerini azaltmaya yönelik yaşam tarzı müdahaleleri	29
2. 6. 13. 3. Dijital ve teknoloji tabanlı müdahaleler	30
2. 7. AİLE ODAKLI TERAPİ	32
2. 7. 1. Birinci Modül: Psikoeğitim Oturumları (1-3. Seanslar)	34
2. 7. 1. 1. Birinci Seans: Hedef belirleme, tedaviye genel bakış, yatkınlık-stres modelinin tartışılması	34
2. 7. 1. 2. İkinci Seans: Risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin tanımlanması, stresin tanımlanması ve baş etme stratejilerinin belirlenmesi, belirtilerin ve duygudurum şemalarının tartışılması, Opsiyonel tedavi uygulaması: Uyku alışkanlığının düzenlenmesi, Gevşeme egzersizleri	35
2. 7. 1. 3. Üçüncü Seans: İlaç uyumu, önleme eylem planının geliştirilmesi	35
2. 7. 2. İkinci modül: İletişim Becerileri Eğitimi (4-6. Seans)	36
2. 7. 2. 2. Beşinci Seans: Değişim için olumlu taleplerde bulunma, iletişimde açıklık	37
2. 7. 2. 3. Altıncı Seans: Olumsuz duyguları ifade etme, iletişim becerilerinin gözden geçirilmesi	38
2. 10. 3. Üçüncü modül: Problem Çözme Becerileri Eğitimi (6-9. Seans)	38
2. 7. 3. 1. Yedinci Seans: Problem çözme becerilerine giriş	38
2. 7. 3. 2. Sekizinci Seans: Problem çözme becerilerinin uygulanması	39
2. 7. 3. 3. Dokuzuncu Seans: Önleme planının gözden geçirilmesi, tedaviyi sonlandırma	39
III. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	40

3. 1. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI	40
3. 2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ	40
3. 5. UYGULAMA	42
3. 6. AİLE ODAKLI TERAPİ UYGULAMASI	43
3. 7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	43
3. 7. 1. Sosyodemografik Veri Formu	43
3. 7. 2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime Version, K-SADS)	44
3. 7. 3. DSM IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV)	44
3. 7. 4. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms - SAPS):	44
3. 7. 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS)	45
3. 7. 6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale - YMRS)	45
3. 7. 7. Kısa Negatif Belirti Ölçeği (Brief Negative Symptom Scale - BNSS)	45
3. 7. 8. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale - PSP)	45
3. 7. 9. Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği - AHİÖ (Scale of Unawareness of Mental Disorder - SUMD)	46
3. 7. 10. Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu (Brief COPE)	46
3. 7. 11. Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ)	46
3. 7. 12. Beck Depresyon Ölçeği - BDÖ (Beck's Depression Inventory - BDI)	47
3. 7. 13. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Zarit Caregiver Burden Scale)	47
3. 7. 14. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL):	48
3. 7. 15. Aile Değerlendirme Ölçeği (Mc Master Family Assessment Device)	48
3. 8. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME	49
IV. BÖLÜM: BULGULAR	51
4. 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	51
4. 1. 1. Yaş	51

4. 1. 2. Cinsiyet	51
4. 1. 3. Eğitim süresi	51
4. 1. 4. Anne ve babanın eğitim yılı	51
4. 1. 5. Sigara-Alkol ve Madde Kullanımı	52
4. 1. 6. Aile öyküsü	52
4. 2. 1. Gelişimsel Öykü ve Psikiyatrik Komorbidite	53
4. 2. 3. Hastalık süresi	54
4. 2. 4. Psikotrop kullanımı	54
4. 3. KLİNİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ	55
4. 3. 1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği / HDDÖ (Hamilton Depression Rating Scale / HDRS)	55
4. 3. 2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği / YMDÖ (Young Mania Rating Scale / YMRS)	55
4. 3. 3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms / SAPS)	55
4. 3. 4. Kısa Negatif Belirti Ölçeği (Brief Negative Symptom Scale / BNSS)	56
4. 3. 5. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale / PSP)	56
4. 3. 6. Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği (Scale of Unawareness of Mental Disorder / SUMD)	56
4. 3. 7. Başa çıkma stratejileri kısa formu (Brief-COPE)	59
4. 3. 8. Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği	61
4. 3. 9. Aile Değerlendirme Ölçeği / ADÖ (Mc Master's Family Assessment Device / FAD)	63
4. 3. 9. 1. Aile Değerlendirme Ölçeği - ADÖ – Genç	63
4. 3. 9. 1. 1. ADÖ - Genç Problem Çözme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	63
4. 3. 9. 1. 2. ADÖ - Genç İletişim Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	63
4. 3. 9. 1. 3. ADÖ - Genç Roller Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	63
4. 3. 9. 1. 4. ADÖ - Genç Duygusal Tepki Verebilme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	64
4. 3. 9. 1. 5. ADÖ - Genç Gereken İlgiyi Gösterme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	64
4. 3. 9. 1. 6. ADÖ - Genç Davranış Kontrolü Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	64

4. 3. 9. 1. 7. ADÖ - Genç Genel İşlevsellik Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	64
4. 3. 9. 2. Aile Değerlendirme Ölçeği - ADÖ- Ebeveyn	67
4. 3. 9. 2. 1. ADÖ - Ebeveyn Problem Çözme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	67
4. 3. 9. 2. 2. ADÖ - Ebeveyn İletişim Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	67
4. 3. 9. 2. 3. ADÖ - Ebeveyn Roller Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	67
4. 3. 9. 2. 4. ADÖ - Ebeveyn Duygusal Tepki Verebilme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	67
4. 3. 9. 2. 5. ADÖ - Ebeveyn Gereken İlgiyi Gösterme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	68
4. 3. 9. 2. 6. ADÖ - Ebeveyn Davranış Kontrolü Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	68
4. 3. 9. 2. 7. ADÖ - Ebeveyn Genel İşlevsellik Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	68
4. 3. 10. 1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) – Genç	71
4. 3. 10. 2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) – Ebeveyn	73
4. 3. 11. Beck Depresyon Ölçeği- Ebeveyn	75
4. 3. 12. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği	76
4. 3. 13. Aile Değerlendirme Ölçeği - ADÖ Genç ve Ebeveyn Formu Alt Ölçek Puanlarının Terapi Öncesi - Terapi Sonrası Değişimlerinin Korelasyonun İncelenmesi	77
4. 3. 14. Ebeveyn Yaşam Kalitesi, Ebeveyn Depresif Semptomları ve Algılanan Bakımveren Yüğü Düzeylerinin Terapi Öncesi-Terapi Sonrası Değişimlerinin Korelasyonun İncelenmesi	78
V. BÖLÜM: TARTIŞMA	80
VI. BÖLÜM: SONUÇLAR ve ÖNERİLER	87
6. 1. SONUÇLAR	87
6. 2. ÖNERİLER	89
KAYNAKLAR	90

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sosyodemografik veriler	52
Tablo 2. Aile öyküsü	52
Tablo 3. Gelişimsel öykü	53
Tablo 4. Psikiyatrik komorbidite	53
Tablo 5. Hastalık süresi	54
Tablo 6. Psikotrop kullanımı	54
Tablo 7. Klinik değerlendirme ölçek skorlarının karşılaştırılması	57
Tablo 8. Başa çıkma stratejileri alt boyutlarının karşılaştırılması	59
Tablo 9. Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması	61
Tablo 10. Aile Değerlendirme Ölçeği - Genç formunun alt test puanlarının karşılaştırılması	65
Tablo 11. Aile Değerlendirme Ölçeği - Ebeveyn formunun alt test puanlarının karşılaştırılması	69
Tablo 12. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) - Genç Formunun Değerlendirilmesi	71
Tablo 13. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)- Ebeveyn Formunun Değerlendirilmesi	73
Tablo 14. Beck Depresyon Ölçeği- Ebeveyn puanlarının karşılaştırılması	75
Tablo 15. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	76

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Klinik değerlendirme ölçek skorlarının Aile Odaklı Terapi oturumları sonrası değişimi	58
Şekil 2. Başa çıkma stratejileri alt boyut skorlarının Aile Odaklı Terapi oturumları sonrası değişimi	60
Şekil 3. Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği alt ölçek skorlarının Aile Odaklı Terapi oturumları sonrası değişimi	62
Şekil 4. Aile Değerlendirme Ölçeği - Genç formunun alt test puanlarının Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi	66
Şekil 5. Aile Değerlendirme Ölçeği - Ebeveyn formu alt test puanlarının Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi	70
Şekil 6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) - Genç Formu alt ölçeklerinin Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi	72
Şekil 7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) - Ebeveyn Formu alt ölçeklerinin Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi	74
Şekil 8. Beck Depresyon Ölçeği- Ebeveyn puanlarının Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi	75
Şekil 9. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği puanlarının Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi	76
Şekil 10. ADÖ- Genç- İletişim ve ADÖ- Ebeveyn- Gereken İlgiyi Gösterme alt test puanlarındaki terapi öncesi-sonrası değişimin korelasyonu	77
Şekil 11. Bipolar bozukluk grubunda ADÖ- Genç- Genel İşlevler ve ADÖ- Ebeveyn- İletişim alt test puanlarındaki terapi öncesi-sonrası değişimin korelasyonu	78
Şekil 12. WHOQOL Yaşam Kalitesi Ebeveyn Formu Genel Sağlık Puanı ile Beck Depresyon Ölçeği Ebeveyn Puanının Terapi Öncesi - Terapi Sonrası Değişimlerinin Korelasyonu	79
Şekil 13. WHOQOL Yaşam Kalitesi Ebeveyn Formu Psikolojik Sağlık Puanı ile Beck Depresyon Ölçeği Ebeveyn Puanının Terapi Öncesi - Terapi Sonrası Değişimlerinin Korelasyonu	79

KISALTMALAR

AOT: Aile Odaklı Terapi

FFT: Family Focused Therapy

Bipolar BTA: Bipolar Bozukluk Başka Türlü Adlandırılmayan

ICD: International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

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

COBY: The Course and Outcome of Bipolar Youth (Pediatrik bipolar spektrum bozuklukların klinik görünümü ve gidişi)

ARMS: At risk mental state (Riskli mental durum)

UHR: Ultra high risk (Ultra yüksek risk)

APS: Attenuated psychotic symptoms

BLIPS: Brief limited intermittent psychotic symptoms

CRH: Clinical high risk

BAR: Bipolar at-risk

EPIbipolar: Early Phase Inventory for Bipolar Disorders

ARMS: At Risk for Mania Syndrome

FHR: Familial High Risk

GAF: Global Assessment of Functioning

FEP: First Episode Psychosis

FEM: First Episode Mania

NIMH: National Institute of Mental Health (Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü)

RDoC: Research Domain Criteria

YLD: Years lived with disability

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

MNS: Mental, neurological, and substance use disorders

DUP: Duration of untreated psychosis

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca her zaman bana yol gösteren, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Neslihan İNAL, Prof. Dr. Aynur PEKCANLAR AKAY, Prof. Dr. Şahbal ARAS, Doç. Dr. Aylin ÖZBEK, Doç. Dr. Burak BAYKARA, Doç. Dr. Sevay ALŞEN GÜNEY, Doç. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN'e ve bölümümüzün kurucusu olan değerli hocam Prof. Dr. Ayşen BAYKARA'ya,

Tez sürecimin tüm aşamalarında bana yardımcı olan, değerli zamanını ve deneyimlerini sabırla benimle paylaşan, birlikte çalışma imkânına sahip olduğum için kendimi şanslı hissettiğim saygıdeğer tez hocalarım Prof. Dr. Neslihan İNAL ve Prof. Dr. Emre BORA'ya,

Asistanlık eğitimim ve tez hazırlama sürecimin başından sonuna benden manevi desteğini esirgemeyen Berna YALINÇETİN ve Simge UZMAN ÖZBEK'e,

Psikiyatri rotasyonum sırasında bilgisini ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Can CİMİLLİ, Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. Elif ONUR AYSEVENER, Prof. Dr. Beyazıt YEMEZ, Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE, Prof. Dr. Emre BORA, Doç. Dr. Tolga BİNBAY, Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ'ye ve birlikte keyifle çalıştığım tüm psikiyatri asistanlarına,

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarıma, tüm çocuk nörolojisi uzman ve asistanlarına,

Aile odaklı terapi oturumlarının uygulanması sürecinde yardımlarını esirgemeyen asistan arkadaşlarım Nazan GÜNDOĞAN, Zeynep EYLİYAOĞLU ATEŞ, Berkin AKBAYDAR, Gizem KESER, Samet ÇETİN'e ve tez sürecimde bilgisinden ve deneyimlerinden yararlandığım kıymetli arkadaşım Çağatay ERMİŞ'e,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, asistanlık eğitimimi sıcak ve samimi bir ortamda geçirmemi sağlayan her zaman desteklerini hissettiğim değerli meslektaşlarım Samet ÇETİN, Nazan GÜNDOĞAN, Duru GÜLER MANDALI, Zeynep EVLİYAOĞLU ATEŞ, Eda ÇELİK, Seren ATEŞ DERVİŞ, Tuğçe TURAN, Gizem KESER, Zeynep AYASLAN, Beste Dila EREN, Çağatay ERMİŞ, Oğulcan ÇIRAY, Doğukan KOÇ, Oğuzhan ŞİMŞEK, Ezgi KARAGÖZ, Ecem İNCE, Nurten Gözde KAMAR, Berkin AKBAYDAR, Ahmet Berkay

ESEN, Buket BELENDİR, Eren HALAÇ, Nurgöl NERGİZ, Eren BAŞ, Fadime TOKMAK, Nilay AĞAÇ, Özüñ Sueda DOĞAN, Ceren ÖZDEMİR, Oben ÖZKAN, Gizem GÜNGÖR, İlayda DALGAKIRAN, Kübra ÖZBEK, Güldal UNUTMAZ, Tanay KAPAKÇI, Büşra ÖZEL, Berivan GÜNDÜRÜ ACAR, Serap UYSAL, Büşra BİLGE, Ayşenur ALPBALAT, Mehmet ESER'e

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Psikolog Ümit ŞAHİN, Sorumlu Hemşire Emel ÇEVİRİM ve tüm hemşire arkadaşlarım, anabilim dalı sekreterlerimiz Duygu ÇALIŞKAN, poliklinik sekreterimiz Meltem CAM KARAASLAN ve Burcu KARAKUŞ, servis sekreterimiz Gülçin ALGÜLLER ve tüm personelimize,

Bugüne gelmemde büyük emeği olan, kendimi şanslı ve güçlü hissetmemi sağlayan annem, babam, canım kardeşim ve ailemin diğer tüm bireylerine,

Sonsuz sevgi, teşekkür ve saygılarımla...

Tevhide Ekin SÜT
İzmir 2023

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK VE PSİKOTİK BOZUKLUK ERKEN DÖNEMDE AİLE ODAKLI TERAPİNİN ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Tevhide Ekin SÜT

Giriş: Bipolar bozukluk ve şizofreni, yaşam boyu süren, bireye, ailelerine ve topluma önemli bir yük oluşturan bozukluklardır. Farklı psikiyatrik bozukluklar olmakla birlikte, örtüşen semptomlar, genetik ve nörobiyolojik faktörler, kronik seyir ve işlevsellikte bozulma gibi ortak noktalara sahiptirler. Son zamanlardaki takip çalışmaları bu bozuklukların erken evrelerine odaklanmaktadır. Erken tanı ve tedavi amacıyla farmakolojik yaklaşımların yanı sıra psikososyal müdahalelere de giderek daha fazla başvurulmaktadır. Hedefe yönelik erken müdahaleler, semptomları olan gençlerin yaşadığı psikososyal stresi, hastalık prograsyonunu ve yıkıcı nöroprogresif süreçleri azaltma potansiyeline sahip oldukları için oldukça önemlidir. Müdahale çalışmaları çoğunlukla yetişkin bireyleri kapsamakta olup çocuk ve ergenler için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalar üzerindeki etkilerinin yanı sıra bakım verenlere de yük oluşturmaktadır. Ailenin bakım vermedeki aktif rolü nedeniyle aile yükü kavramı son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Hem gence hem de ailesine yönelik psikososyal müdahalelerin bu grubun işlevselliğine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Ancak psikotik ve bipolar bozukluklarda erken müdahalelerin etkilerini karşılaştıran araştırmalar sınırlıdır. Bu çalışma, aile odaklı terapinin bu bozuklukların erken evrelerindeki bireyler ve aileleri üzerindeki etkilerini araştırmayı amaçlamıştır. Çalışmamızda aile odaklı terapinin genç bireylerin semptomatolojisi, aile iletişim becerileri, genç bireylerin başa çıkma yetenekleri, aile yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmamıza Bipolar Bozukluk Tip I-II, şizofreniform bozukluk veya şizofreni kriterlerini karşılayan, atak sonrası remisyon sağlanmış hastalar dahil edilmiştir. Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 15-21 yaş arası genç ve en az bir ebeveyni değerlendirilmeye alınmıştır. Toplamda aile odaklı terapi oturumlarını tamamlayan 10 bipolar bozukluk ve 10 psikotik bozukluk tanımlı genç ve ebeveyni çalışmaya dahil edilmiştir.

Klinik değerlendirmeler Hamilton Depresyon Değerlendirme leği (HDRS), Young Mani Derecelendirme leği (YMRS), Pozitif Semptomları Değerlendirme leği (SAPS), Kısa Negatif Semptom leği (BNSS), Kişisel ve Sosyal Performans leği (PSP) ve Akıl Hastalığına İğörüsüzlük leği (SUMD) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca gençlerden Başa Çıkma Stratejileri leği Kısa Formu (Brief-COPE), Kısaltılmış Duygu Dışavurum leği (KDDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (WHOQOL), Mc Master Aile Değerlendirme leği (Mc Master Family Assessment Device) doldurmaları istenmiştir. Eş zamanlı olarak ebeveynlerden de Beck Depresyon leği, Zarit Bakımveren Yüğü leği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (WHOQOL), Mc Master Aile Değerlendirme leği (Mc Master Family Assessment Device) doldurmaları istenmiştir. Terapi öncesi-sonrası grup içi sonuçların değerlendirilmesinde ise bağımlı örneklem t testi kullanılmıştır. Grupların zaman içindeki değişimi ise Tekrarlayan lümlerde ANOVA (Repetitive Measures ANOVA) yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup grup*zaman etkisine bakılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Pearson korelasyon testinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Aile Odaklı Terapi seansları sonrasında her iki gruptaki genç bireylerde depresif belirtiler, pozitif ve negatif belirtilerin şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı düşüş görülmüştür. Terapi oturumları sonrası her iki gruptaki gençlerin işlevsellik puanlarında anlamlı artış görülmüş olup; bu artış bipolar bozukluk grubunda daha fazla olmuştur. Ayrıca gençlerde problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinde artış görülürken, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinde azalma görülmüştür. Aile odaklı terapi seansları ebeveynlerin duygu dışavurum düzeyleri üzerinde de olumlu bir etki yaratmış, duygusal ifade ve eleştirelilik düzeylerini azaltmıştır. Aile işlevselliği üzerinde bipolar bozukluk grubundaki ebeveynler arasında problem çözme, iletişim ve genel işlevsellik alt alanlarında anlamlı etkiler gözlenirken psikotik bozukluk grubundaki ebeveynler yalnızca davranışsal kontrol alt alanında anlamlı farklılıklar bildirmişlerdir. Grup karşılaştırmalarında psikotik bozukluk tanısı alan gençler ve bipolar bozukluk tanılı gençlerin ebeveynleri, aile odaklı terapi seanslarından daha fazla fayda gördüklerini bildirmiştir.

Aile odaklı terapi oturumları sonrası bipolar bozukluk grubundaki ebeveynlerde depresif belirtilerde ve algılanan bakım veren yükünde anlamlı azalmalar görülürken, psikotik bozukluk grubundaki ebeveynlerde algılanan bakım veren yükünde anlamlı bir azalma görülmüş, depresif belirtilerdeki azalma istatistiksel anlamlılığını yitirmiştir. Bu sonuç, genç bireylerin tedavi sürecine önemli katkı sağlayan ebeveyn ruh sağlığının ele alınmasının önemini

vurgulamaktadır. Özellikle psikotik bozukluk tanısı alan gençlerin ebeveynlerine psikiyatrik destek sağlanması ve tedavi sürecinde ebeveynlerin depresif belirtilerinin ele alınması tedaviye uyum ve işlevsellik açısından olumlu etki yaratabilir.

Sonuç: Bulgularımız Aile Odaklı Terapinin bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı alan hastalarda hastalık şiddeti, yaşam kalitesi ve işlevselliği ile aile işlevselliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, Aile Odaklı Terapinin Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk tanılı gençlerde erken dönemdeki etkilerini birlikte değerlendiren ilk pilot çalışma olması nedeniyle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: erken müdahale, bipolar, psikoz, aile odaklı terapi, çocuk ve ergen

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF FAMILY-FOCUSED THERAPY IN THE EARLY PERIOD OF BIPOLAR DISORDER AND PSYCHOTIC DISORDER

Dr. Tevhide Ekin SÜT

Introduction: Bipolar disorder and schizophrenia are lifelong conditions that impose a significant burden on individuals, their families, and society as a whole. While these are distinct psychiatric disorders, they share commonalities such as overlapping symptoms, genetic and neurobiological factors, a chronic course, and substantial impairment in functionality. Recent follow-up studies have been focusing on the early stages of these disorders. In addition to pharmacological approaches, psychosocial interventions are increasingly employed for early diagnosis and treatment. Targeted early interventions are crucial as they have the potential to reduce psychosocial stress, the risk of progression, and detrimental neuroprogressive processes experienced by young individuals with symptoms. While intervention studies have primarily involved adults, more research is needed for children and adolescents.

In addition to their impact on patients, bipolar disorder and schizophrenia also place a burden on their caregivers. The concept of family burden has gained significance due to the active role of families in caregiving. Psychosocial interventions for both the young person and their family can contribute to the functionality of these group. There is limited research comparing the effects of early interventions in psychotic and bipolar disorders. This study aimed to investigate the effects of family-focused therapy on individuals and their families in the early stages of these disorders. Specifically, it sought to assess the impact of family-focused therapy on the symptomatology of young individuals, family communication skills, coping abilities of young individuals, family burden, and quality of life.

Method: In this study, we recruited the patients who met the criteria for Bipolar Disorder Type I-II, schizophreniform disorder, or schizophrenia and had achieved remission. The study was conducted at Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Mental Health and Diseases. Participants included youth who agreed to take part, along with at least one parent. The study involved a total of 10 recent-onset individuals diagnosed with bipolar disorder and 10 with psychotic disorders, along with their parents who completed family-focused therapy sessions.

Clinical assessments were conducted using the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Young Mania Rating Scale (YMRS), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Brief Negative Symptom Scale (BNSS), Personal and Social Performance Scale (PSP), and Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD). Additionally, young individuals completed the Coping Strategies Scale Short Form (Brief-COPE), Emotion Expression Scale (KDDS), World Health Organization Quality of Life Assessment Survey (WHOQOL), and McMaster Family Assessment Device. Simultaneously, parents completed the Beck's Depression Inventory (BDI), Zarit Caregiver Burden Scale, World Health Organization Quality of Life Assessment Survey (WHOQOL), and McMaster Family Assessment Device. Dependent sample t-tests were used to evaluate within-group results before and after therapy. Changes over time in both groups were assessed using the Repeated Measures ANOVA method, with a focus on the group*time effect. Additionally, the Pearson correlation test was used to examine the relationship between continuous variables.

Results: There was a statistically significant decrease in depressive symptoms and the severity of positive and negative symptoms in young individuals in both groups following Family Focused Therapy sessions. There was also a significant improvement in functionality among young individuals in both groups after the therapy, with a greater benefit observed in the bipolar disorder group. Moreover, young individuals demonstrated an increase in problem-focused and emotionally focused coping methods, along with a decrease in dysfunctional coping methods. Family-focused therapy sessions had a positive impact on parents as well, reducing their levels of emotional expression and criticality. Subsequently, significant changes were observed in the problem-solving, communication, and general functionality sub-domains among parents in the bipolar disorder group. Meanwhile, parents in the psychotic disorder group reported significant differences only in the behavioral control sub-domain.

Collectively, young individuals diagnosed with psychotic disorders and the parents of those with bipolar disorders reported more benefits in various sub-domains from family-focused therapy sessions. Following family-focused therapy, parents in the bipolar disorder group experienced significant reductions in depressive symptoms and perceived caregiver burden, while parents in the psychotic disorder group saw a significant decrease in perceived caregiver burden, even though the decrease in depressive symptoms was not statistically significant. This highlights the importance of addressing parental mental health, which significantly contributes

to the treatment process of young individuals. In particular, providing psychiatric support to parents of young individuals diagnosed with psychotic disorders and addressing parental depressive symptoms may positively impact treatment compliance and functionality.

Conclusion: Our findings show that Family-Focused Therapy has positive effects on patients diagnosed with bipolar disorder and psychotic disorder, disease severity, quality of life and functionality, and family functionality. This study is important as this is the first pilot study co-evaluating the effects of Family-Focused Therapy on young individuals with recent-onset Bipolar Disorder and Psychotic Disorder.

Keywords: early intervention, bipolar, psychosis, family focused therapy, child and adolescent



I. BÖLÜM: GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk ve şizofreni spektrum bozuklukları yaşam boyu süren, düzelme ve yinelemelerle giden, bireysel, ailesel ve toplumsal açıdan ağır yük oluşturan bozukluklardır. Kategorik olarak farklı hastalıklar olarak tanımlansa da her iki hastalığa ilişkin belirtilerin bir arada olduğu şizoaffectif bozukluk ve zaman içinde tanı değişiminin ortaya çıktığı durumlar da tanı yelpazesi içinde görülür ve bu iki hastalığın ortak noktalarını oluşturur. Bipolar bozukluk ve şizofreni spektrum bozuklukları, büyük ölçüde kalıtsal olmakla birlikte başlangıcı ve seyrinin stres, genetik risk ve nörobiyolojik incinebilirlik arasındaki karmaşık bir etkileşim tarafından belirlendiği düşünülen strese duyarlı bozukluklar olarak kabul edilmektedir [1] [2].

Son takip çalışmaları bu iki bozukluk için erken dönem üzerine odaklanmakta ve benzer yönere işaret etmektedir. Erken tanı ve tedavinin hastaların yaşam kalitesi, işlevselliğinin korunması, psikiyatrik hastalıklara yönelik etiketlenmenin önlenmesi ve semptom kontrolü açısından önemli olduğu bilinmektedir. Bu nedenle son yıllarda hastalık öncesi (prodromal dönem) tanı ve müdahale çalışmaları hız kazanmıştır. Bipolar bozukluk ve psikotik bozuklukta psikososyal müdahaleler alanında çok sayıda araştırmalar yapılmış olmasına rağmen yüksek riskli ve yeni tanı almış bireylerin yaşadıkları işlevsellik kaybı, stres ve başa çıkma yöntemleri üzerine yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır [3]. Hedefe yönelik erken müdahaleler, semptomatik gençlerin yaşadıkları psikososyal stres düzeyini, potansiyel dönüşüm riskini ve yıkıcı nöroprogresif süreçleri azaltma potansiyeline sahip olabileceği için oldukça önem taşımaktadır [3].

Yüksek riskli ve yeni tanı almış bireylerde yapılan çalışmalar genellikle yetişkin bireylerle yapılmıştır [4]. Bipolar bozukluk ve şizofreni spektrum bozukluklarının başlangıç yaşı genellikle onlu yaşların ortasından 20'li yaşların ortasına kadardır [5] [6] ve hem bipolar bozukluk hem de psikotik bozukluk için eşik altı semptomların, nörobilişsel yıkımın ve akademik-sosyal işlevsellikte bozulmanın tanı almadan yıllar önce başladığı gösterilmiştir. Bu nedenle erken tanı ve müdahale yaklaşımlarının semptomlar ortaya çıkmadan ya da ilk tanı alınan dönemde başlaması oldukça önemli olduğu görülmektedir. Tüm bu veriler ışığında çocuk ve ergen grubunda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Erken tanı ve tedavide farmakolojik yaklaşımların yanı sıra psikososyal müdahale çalışmaları giderek artmaktadır. Yapılan araştırmalar farmakolojik tedaviye ek olarak yapılan

psikososyal müdahalelerin semptomların ortaya çıkma süresi, atakların sıklığı ve şiddetini azalttığını, ayrıca bireylerin işlevselliğini ve tedaviye uyumunu arttırdığını göstermektedir [7]. Psikososyal müdahalelerin en önemli avantajı farmakolojik tedavi ile kıyaslandığında herhangi bir yan etkisinin olmamasıdır. Eşik altı semptomları olan riskli bireyler ya da yeni tanı almış gençler düşünüldüğünde, henüz erken dönemde yan etki gözlenmeden uygulanabilir olması, tek başına ya da farmakolojik tedavi ile kombine edilebilir olması önemli bir üstünlük oluşturmaktadır [8]. Ayrıca psikiyatrik hastalıklar yalnızca hastalığa sahip bireyler için değil, bakım verenleri için de yük oluşturmaktadır. Ailelerin bakımda aktif rol alması sebebiyle son yıllarda aile yükü kavramı önem kazanmış olup gence ve aileye yönelik yapılacak psikososyal müdahalelerin hem gençlerin hem de aile bireylerinin uyumunu ve iyilik hallerinin devamlılığını sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk başlangıçlı olan bozuklukların belirgin oranda daha fazla işlevsellik kaybına neden olduğu bilinmektedir. Tedavi edilmeyen hastalık süresi, hastalık başlangıcı ile uygun tedavinin başlaması arasındaki zaman aralığı olarak tanımlanır ve hem şizofreni hem de bipolar bozukluk için kötü prognoz, düşük sosyal işlevsellik, daha yüksek nüks oranları ve artmış intihar girişimi ile ilişkilidir [9]. Aile bireylerinin de dahil edildiği psikososyal müdahaleler, gencin hastalık nüksü ve işlevsellik kaybını azaltmakla birlikte tüm aile üyelerinin iyilik halini artırabilir. Literatürde psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk erken dönem müdahalelerini birlikte inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk erken dönemde bireylere ve ailelerine uygulanacak aile odaklı terapi yaklaşımının gençlerin semptomatolojisi, aile iletişim becerileri, gençlerin başa çıkma kapasiteleri, aile yükü ve yaşam kalitesine olan etkileri incelenmek istenmektedir. Erken dönem psikososyal müdahalelerinin etki boyutunun hesaplanması, ailelerin ve gençlerin psikiyatrik semptomlarına ve yaşam kalitelerine etkilerinin incelenmesi açısından çalışmamız önem taşımaktadır. Ayrıca literatür araştırması yapıldığında psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk için uygulanan aile odaklı terapinin etkilerinin birlikte incelenmesinin, çalışmamızın güçlü yanı olduğu varsayılmaktadır.

Bu çalışmada Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Erişkin Ruh Sağlığı polikliniklerine başvuran 15-21 yaş arasındaki bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk atak sonrası remisyon sağlanmış gençlere ve ailelerine yönelik düzenlenen aile odaklı terapi oturumlarının etkilerinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

II. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

2. 1. BİPOLAR BOZUKLUK VE ŞİZOFRENİ KAVRAMLARININ TARİHÇESİ, SINIFLANDIRMA

Tarihte psikiyatrik hastalıklarla ilgili tanımlamalar eski çağlara kadar uzanmaktadır. ‘Mani’, ‘melankoli’ ve ‘paranoya’ kavramları ilk kez Hipokrat tarafından tanımlanmış ve sınıflandırılmış olmakla birlikte bipolar bozukluğun ve şizofreninin bir psikiyatrik hastalık olarak tanımlanması 19. yüzyıla kadar mümkün olmamıştır [10].

18. yüzyılın ortalarında ilk kez Morel tarafından ergenlikte başlayan ve dejenerasyonla giden bir durum olarak ‘dementia precox’ tanımlanmış, bu kavramı Hecker’in ‘hebephreni’ ve Kahlbaum’un ‘catatonia’ kavramları izlemiştir [11]. Duygudurum bozukluklarının tarihçesini incelediğimizde ise ilk kez Jean-Pierre Falret tarafından depresyon, mani ve normal duygudurum dönemlerinin görüldüğü bir döngü ‘folie circulaire’ ve birkaç yıl sonra da Jules Baillarger tarafından ara dönemin tanımlanmadığı ‘folie a` double form’ kavramları kullanılmıştır [10].

1800’lerin sonlarına gelindiğinde Kreapelin endojen psikozları erken başlangıçlı ve bunamayla seyreden ‘dementia precox’ ve epizodik gidişine rağmen belirgin yıkımla seyretmeyen ‘manik-depresif delilik’ olarak ikiye ayırmış ve bu iki hastalığı dikotomik bir şekilde gruplamıştır [12]. 1911’de Bleuler ‘dementia precox’ olarak nitelendirilen durumun mutlaka nörobilişsel yıkımla gitmesi gerektiğini ifade etmiş ve ilk kez zihnin bölünmesi anlamına gelen ‘şizofreni’ kavramını kullanmıştır. Bleuler aynı zamanda tek bir şizofreni hastalığı olmadığını, hastalığın farklı görünümelerde ortaya çıkabileceğini, ancak tanı koyabilmek bazı temel semptomların var olması gerektiğini belirtmiş ve bu belirtileri 4 ana başlık altında “assosiyasyon bozukluğu, otizm (otizm), ambivalans ve affektif bozukluk” olarak kavramsallaştırmıştır [13].

Kreapelin’in dikotomik bölümlemesine benzer olarak Kleist 1928’de manik-depresif psikozlar için unipolar (yalnızca manik veya yalnızca depresif) ve bipolar (manik ve depresif) gidişli tanımlamalarını yapmış ve 1957’de Leonard bu kavramları derinleştirmiştir [10]. Perris’in 1966 yılında yayımladığı ‘A Study of Bipolar and Unipolar Recurrent Depressive Psychoses’ ve aynı yıl yayımlanan Angst’ın ‘On the Aetiology and Nosology of Endogenous

Depressive Psychoses’ makalelerinde araştırmacılar birbirlerinden bağımsız olarak manik depresif bozukluğun homojen bir tanı olmadığını, unipolar maninin bipolar bozukluk ile yakın ilişkili olduğunu vurgulamışlardır [10]. Yıllar sonra bu çalışmalar ile yapılan kavramlaştırmalar Pichot tarafından ‘bipolar bozukluğun yeniden doğuşu’ olarak ifade edilmiştir [14].

Bipolar bozukluk ve şizofreninin farklı şekillerde kavramsallaştırılma çalışmalarının yanı sıra 1863’te ilk kez Karl Kahlbaum, bu iki durumun birlikte görüldüğü olguları ‘vesania typicacircularis’ olarak ayrı bir grup olarak tanımlamış, bu kavramsallaştırmayı Bleuler’in ‘mixed psychoses’, Schenider’in ‘cases-in-between’ tanımlamaları takip etmiş ve Kasanin’in tanımlaması ile ilk kez ‘schizoaffective psychosis’ terimi doğmuştur [15]. 1960’lı yıllara gelindiğinde klinisyenler tarafından Kreapelinci dikotomik yaklaşım sorgulanmaya başlanmış ve bu iki bozukluk arasında bir süreklilik (continuum) olabileceği tartışılmaya başlanmıştır [16]. Günümüzde şizoaffektif bozukluk tanımına dair tartışmalar sürmekle birlikte bu iki bozukluğun birbiri ile örtüşen semptomatolojileri, ortak genetik ve nörobiyolojik yapısı, kronik gidiş ve işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açıyor olması açısından tamamen ayrı fenomenolojiler olarak düşünülmemesi gerektiği açıklık kazanmıştır.

Psikiyatrik hastalıkları tanımlama ve sınıflandırmanın temelinde Kreapelin’in belirttiği gibi psikiyatrik hastalıkların patoloji, etyoloji ve semptomatolojisini anlama ve prognozu öngörme amacı yatmaktadır [16]. Kreapelinin dikotomiden günümüz modern psikiyatri sınıflandırmalarına değin psikiyatrik hastalıkları farklı yaklaşımlarla sınıflandırma çabaları devam etmiştir ve bu sınıflandırma perspektiflerinin ortak noktası hastalıkları ‘anlamak ve değiştirmeye çalışmak’ olmuştur. ICD ve DSM sınıflandırmaları başta olmak üzere tüm sınıflandırma sistemlerinde tanı geçerliliği ile klinik faydanın birbirinden ayrılmaz birer bütün olduğu bilinmektedir [17].

Hastalıkların tanımlanması, altta yatan patolojik süreçlerin sınıflandırılması ve etyolojik faktörlerin belirlenmesi klinisyenler için oldukça önemlidir. Ancak sınıflandırmanın ana hedefi teorik birikimden daha çok hastalığın prognozunu öngörme, uygun tedaviyi belirleme ve olası önleme müdahalelerinin nasıl gerçekleştirileceğini belirleme olmalıdır [18]. Bireyin psikosozal işlevselliğinin artırılması, topluma kazandırılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi uygulamalarının yanı sıra toplum temelli yaklaşımlarının geliştirilmesi ve halk sağlığı politikalarının üretilmesi gibi çok yönlü amaçları da bulunmaktadır. Bipolar bozukluk ve

şizofreni gibi ağır yük oluşturan psikiyatrik hastalıkların ortak ve farklı yönlerinin araştırılması, daha kapsamlı müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır.

2. 2. BİPOLAR BOZUKLUK VE ŞİZOFRENİ: EPİDEMİYOLOJİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Bipolar bozukluk prevalansı ile ilgili çalışmaların sonuçları oldukça heterojen olmakla birlikte sıklığı yaklaşık %1-3 arasında bildirilmekte olup Bipolar Bozukluk-Başka Türlü Adlandırılmayan (Bipolar-BTA) tanıli olgular da dahil edildiğinde bu sıklığın %5'e ulaştığı düşünülmektedir [19] [20]. İlk epizodun depresif epizod olması, ilk depresif epizoddan sonra tanı ve tedavi düzenlenmesi arasındaki sürenin uzun olması ve özellikle ergenlik döneminde diğer psikiyatrik hastalıklarla örtüşen non-spesifik semptomların varlığı nedeniyle çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk prevalansı net olmamakla birlikte, bipolar bozukluk son yıllarda pediatrik popülasyonda daha görünür hale gelmiştir [21] [22]. Çocuk ve ergen popülasyonunda süre ve şiddet olarak eşik altı duygudurum belirtileri, karma özellikler, hızlı döngülülük ve eşlik eden komorbid psikiyatrik durumların fazla olması nedeniyle tanı alma süreci zorlaşmaktadır. Tanı alma süreciyle ilgili karşılaşılan zorlukların yanı sıra bir diğer konu tanıların izlem sürecinde değişebilmesidir. Birmaher ve arkadaşlarının yaptığı 4 yıllık izlem çalışmasında (The Course and Outcome of Bipolar Youth - COBY Study) Bipolar-BTA tanıli olguların %38.3'inin BPB-I ve II'ye (%19.9 bipolar-I ve %18.4 bipolar-II); Bipolar II tanıli olguların %25'inin BPB I'e dönüştüğü gösterilmiştir [23]. Bu nedenle hem hastalık prevalansının belirlenmesi hem de prognozun öngörülmesi için çocuk-ergen ve erişkin popülasyonunu kapsayan uzun dönemli izlem çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Erken tanı ve hastalığın kontrol altına alınması oldukça önem arz etse de hastaların yaklaşık %60-70'inde bir yıl içerisinde relaps görülür [21]. Ayrıca erken başlangıç daha düşük işlevsellik, kronik gidiş, depresif epizodda geçirilen gün sayısında artış, alkol ve madde bağımlılığı ve komorbid anksiyete bozukluğu tanısı sıklığında artış, artmış intihar riski, artmış manik ve depresif semptom şiddeti ve hızlı döngülülük ile ilişkilendirilmiştir [24] [25]. Ek olarak semptom başlangıcı ile tanı ve tedavi yönetimi arasındaki uzun süre hastalığa dair içgörü eksikliği ve damgalanma riskinin artışı ile birlikte düşük psikososyal işlevsellik riski taşımaktadır [22].

Bipolar bozukluk yaşam boyu süren, hem hastaların hem de ailelerinin işlevselliğini etkileyen bir bozukluk olması nedeniyle farmakolojik tedavinin yanı sıra psikososyal müdahaleler de oldukça önem taşımaktadır [21]. Yapılan araştırmalarla hastalığa yönelik içgörü, nüksün önlenmesi, erken tanı ve tedavi, stresle başa çıkma, ilaç uyumu vb. konularda psikososyal yaklaşımların oldukça önemli olduğu gösterilmiştir [21].

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar genellikle pozitif, negatif ve dezorganize semptomların yanı sıra sosyal işlevsellikte bozulmanın eşlik ettiği heterojen bir küme ile karakterizedir [26]. Şizofreni spektrum bozuklukları kümesinde şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, kısa süreli psikotik bozukluk, paylaşılan psikotik bozukluk, tıbbi tedaviye bağlı psikotik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk bulunmaktadır [26]. Şizofreni spektrum bozuklukları ise tüm psikotik bozuklukların üçte ikisini oluşturur [27].

Şizofreni yaygınlık çalışmaları da heterojenite göstermekte olup prevalans çalışmalarında sıklık yaklaşık %1 olarak ifade edilmektedir [28]. Hastalığın prevalansı gelişmekte olan ülkelerde ve kırsal kesimde daha az bildirilmiştir. Cinsiyet dağılımı olarak 1.4:1 erkek kadın oranı bildirilmektedir ve erkeklerde daha erken başlangıç ve daha kötü prognozla ilişkilendirilmiştir. Şizofreni 18 yaş altı başlangıçlı olduğunda erken başlangıçlı şizofreni, 13 yaş altı başlangıçlı olduğu durumda çocukluk başlangıçlı şizofreni olarak tanımlanmaktadır [29]. DSM-5 sınıflandırmasına göre tanı kriterlerinin 6 aydan daha uzun sürmesi gerekmektedir ve işlevsellikte belirgin bozulma veya çocuk ve ergenler için sosyal ve akademik işlevsellikte yaşa uygun gelişim düzeylerine ulaşamama mevcut olmalıdır [29]. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar da kişinin yaşam kalitesini, bağımsız yaşam becerileri ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen ciddi psikiyatrik bozukluklar olarak kabul edilir [26].

Bipolar bozukluk ve şizofreni semptomatoloji, etyoloji ve tedavi stratejileri açısından farklı iki psikiyatrik rahatsızlık olmakla birlikte başlangıç yaşı, hastalığın seyri, pozitif psikotik bulguların varlığı, artmış intihar riski, genetik ve ailesel yatkınlık, bilişsel disfonksiyon gibi belirli epidemiyolojik ve klinik özellikleri paylaşırlar [30]. Son yıllarda artan araştırmalar ve nörogörüntüleme, nöropatoloji, nöroimmünoloji ve genetik gibi birçok alanda ortaya çıkan yeni bulgular, bu iki bozukluk arasındaki farklılıklar kadar ortaklaşan patofizyolojik süreçlere dikkati çekmektedir [31][32]. Bleuler tarafından ifade edilen ‘tek bir şizofreni tanımı olmadığı ve şizofreninin heterojen bir bozukluk olduğu’ hipotezinin bipolar bozukluk için de geçerli

olduğu ve şizofreni ve bipolar bozukluğun patofizyolojik olarak heterojen klinik sendromlar olarak bazı nörobiyolojik özellikleri ve genetik incinebilirlik faktörlerini paylaştığı ifade edilmektedir [31].

Bipolar bozukluk ve şizofreninin seyrinde ortak patofizyolojik süreçlere ilişkin artan kanıtlarla birlikte bu iki hastalığın tanı öncesi dönemleri ile ilgili de ortaklaşan klinik bulgular mevcuttur. Her iki bozukluk için de hastalık tanı alacak düzeye gelmeden belirli bir süre önce başlayan, eşik altı semptomlar ve işlevsellikte bozulma ile seyreden bir hastalık öncesi ‘prodromal dönem’ olduğu bildirilmektedir [33]. Prodromal dönemde eşik altı duygudurum belirtileri, majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu, uyku bozuklukları, öfke/sinirlilik, eşik altı psikotik belirtiler, negatif belirtiler, bilişsel bozukluklar ve sosyal ve mesleki işlevsellikte düşme görülebilir [34][35]. Bununla birlikte, bu semptomlar patognomonik değildir ve şizofreni ve duygudurum spektrum bozukluklarının prodromal dönemi arasındaki fenotipik örtüşme, her iki hastalık gidişatının eş zamanlı olarak araştırılmasını gerektirmektedir [33].

2. 3. PSİKİYATRİDE SINIFLANDIRMA ve ERKEN TANI

Erken tanı ile ilgili çalışmalar ilk olarak şizofreni tanılı bireylerde ve onların birinci derece akrabalarında (psikoz riski taşıyan sağlıklı bireylerde) yapılmaya başlanmıştır. Genel olarak "prodrom" terimi, retrospektif olarak hasta ve yakınlarından alınan öykülerde tanımlanan, hastalık başlangıcını öngören bir alt sendromik dönem için kullanılır [36]. Prodrom kavramı geriye dönük olarak yapılan bir tanım olduğundan ve mutlak psikoza ilerleme ile sonuçlanmadığından Yung ve McGorry tarafından daha uygun bir terim olarak “riskli mental durum” (At risk mental state- ARMS) kavramının kullanılması önerilmiştir [37]. "Ultra yüksek risk" (Ultra high risk- UHR) terimi ise, ileriye dönük olarak, daha sonra psikiyatrik hastalık geliştirebilecek riskli bireylerde hastalık tanısı koyacak düzeyde olmayan eşik altı semptomların olduğu durum için kullanılır [38]. İlk kez Melbourne ekibi tarafından tanımlanan UHR kriterleri 3 kategoride ifade edilmiştir: Atenüe psikotik semptomlar (Attenuated psychotic symptoms- APS), Kısa süreli sınırlı aralıklı psikotik semptomlar (Brief limited intermittent psychotic symptoms- BLIPS) ve Trait plus state (Genetik risk ve işlevsellikte kötüleşme) [39]. “Prodrom”, “ARMS”, klinik yüksek risk (clinical high risk- CRH) gibi farklı kavramsallaştırmalara rağmen UHR kriterleri erken tanı ve prodromal dönemle ilgili araştırmalarda en yaygın kullanılan terimler haline gelmiştir [40] [41]. Bipolar prodromu ise,

büyük oranda psikoz prodromuyla benzeyen kavramlar içermekle birlikte psikoz prodromuna kıyasla daha az araştırılan bir alandır [42]. Bipolar prodromu için en sık “the bipolar at-risk (BAR)” kriterleri, “the Early Phase Inventory for Bipolar Disorders (EPIbipolar)” ve “At Risk for Mania Syndrome (ARMS)” kriterleri olmak üzere 3 yaklaşım kullanılır ancak bipolar risk çalışmaları, dönüşüm oranları ve prognoz hakkında psikoz yüksek riskine göre daha az bilgi bulunmaktadır [42].

Klinik evreleme modelleri ise öncelikle psikiyatri dışı hastalıklar için kullanılmıştır (örn, kanser, artrit vb.). Evreleme modeli daha sonra psikiyatrik hastalıklar için uyarlanmış olup hastalığın ölçülebilir biyobelirteçleri ile evrenin belirlenmesi, tedavi düzenlenmesi ve prognozun öngörülmesi amacını taşır [43]. Bu modelde psikiyatrik hastalıklar semptom öncesi dönem ile (evre 0) tam gelişmiş ve süregelen hastalık yelpazesi (evre 4) arasında sınıflandırılmıştır: Evre 0; Artmış riskin olduğu (1. derece akrabalarda psikotik bozukluk veya bipolar bozukluk tanısı olan bireyler/ Familial High Risk- FHR) asemptomatik dönem, Evre 1a; Hafif ve non-spesifik semptomlar, işlevsellikte hafif düzeyde düşüş, Evre 1b; UHR (Ultra High Risk)- Orta derecede ancak eşik altı semptomlar ve orta derecede nörobilişsel değişiklikler ile işlevsellikte belirgin düşüş (GAF 70), Evre 2; İlk atak psikoz (FEP- First Episode Psychosis) ya da duygudurum bozukluğu (FEM- First Episode Mania); hastalık tanısı alacak düzeyde orta-şiddetli semptomlar, nörobilişsel eksiklikler ve işlevsellikte gerileme (GAF: 30-50), Evre 3; Devam eden hastalık süreci ve sık relaps, Evre 4; Semptomlar, nörobiliş ve yeti yitimi kriterlerine göre değerlendirilen şiddetli, kalıcı veya süregelen hastalık durumu [44] olarak kategorize edilebilir.

Psikiyatride klinik evreleme modelinin etyoloji ve psikososyal risk faktörlerinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabileceği gibi hastalığın evresine göre farklı tedavi ve müdahale yöntemlerinin uygulanmasına imkan verebileceği düşünülmektedir [45]. Örneğin yüksek riskli durum olarak tanımlanan, tipik olarak psikiyatrik bozuklukların erken evrelerinde gözlenen, spesifik olmayan semptomlarla başvuran ve yardım arayan bireylerde yan etki riskinin daha az olduğu psikososyal müdahale yaklaşımları gibi tedavilerin kullanılmasının daha uygun ve güvenli (daha çok etki/daha az yan etki) olabileceği düşünülmektedir. Klinik evreleme modelinde hastalığın ilerlemesinin altında yatan patofizyolojik faktörler ve olası tetikleyici mekanizmalar önleyici yaklaşımların ana hedefidir [45]. Bu yaklaşımın temel amaçlarından biri tanı almış hastalık düzeyinin ve işlevsellik kaybının etkili tedavi yöntemleriyle azaltılması (klinik evrenin geriletilmesi) olmakla birlikte erken dönemde önleme müdahalelerinin ve

koruyucu hekimlik uygulamalarının tedavi sürecine dahil edilmesi ile klinik evrenin progresyonunun önlenmesi de amaçlanmaktadır [45].

Ciddi psikiyatrik hastalıklarda erken tanı ve önleme yöntemleri geliştirme yönündeki artan duyarlılık ile birlikte son yıllarda evreleme modeline eleştiriler de yöneltilmeye başlanmıştır. Evreleme modeline getirilen eleştirilerden biri şizofreni ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalıkların heterojen olduğu ve klinik tanının süreç içerisinde değişmeye eğilimli olduğu; bu nedenle, prodrom kavramının değişken olduğu yönündedir [46]. Duffy ve arkadaşları psikiyatrik hastalıklarda aile öyküsü, gelişimsel seyir, klinik görünüm ve tedavi yanıtındaki önemli farklılıklar nedeniyle evrensel bir evreleme modelinin geliştirilmesinin mümkün olmadığını ifade etmiş, ancak hastalıkların daha iyi anlaşılması ve etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi için biyolojik-klinik belirteçlerinin ayrıntılandırılması ve hastalık endofenotiplerinin belirlenmesi gerektiğini vurgulamışlardır [46]. Son dönemde artan kanıtlarla birlikte kategorik olarak tanımlanmış psikiyatrik bozuklukların çoğunun (1) bir spektrum veya süreklilik (continuum) içinde meydana geldiği, (2) yüksek heterojenite ve semptom örtüşmesi gösterdiği ve (3) genetik ve çevresel risk faktörlerini paylaştığı giderek daha fazla kabul görmektedir [47]. Bu nedenle hastalığa spesifik yöntemler ve kategorize edilmiş yaklaşımlar yerine geniş çapta erişilebilir ruh sağlığı programları, özellikle ergen ruh sağlığı alanında bir fark yaratmak için önemli olabilir [47].

Ruh sağlığı alanında sınıflandırma, formüle etme, tedavi ve önleme yaklaşımlarını iyileştirebilecek yeni arayışlar devam etmektedir [48]. Mevcut DSM ve ICD gibi sınıflandırmaların yetersiz kaldığı konusundaki eleştirilerle birlikte 2009 yılında National Institute of Mental Health (NIMH) tarafından RDoC (Research Domain Criteria) Projesi geliştirilmiştir. RDoC'nin amacı mevcut tanı kategorilerini aşan psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisi için temel sağlamak üzere genetik, nörobilim ve davranış bilimlerindeki araştırmaları teşvik etmektir. Yalnızca sınıflandırma alanında değil, mevcut psikiyatrik tanıların heterojenliği göz önüne alındığında psikiyatrik hastalıkların alt tiplerinin belirlenmesi, aynı hastalık tanısı almış ancak farklı alanlarda ve farklı düzeyde işlevsellik kaybı yaşayan hastalar için kişiye uygun tedavi yöntemlerinin geliştirilebilmesi için de yeni bir bakış açısı sunar [49]. Son yıllarda gündeme gelen transdiagnostik bakış açısı da mevcut tanı kriterleri ve kesin hastalık ayrımlarının yol açtığı bu sınırlamaların üstesinden gelmeyi amaçlamaktadır. Tek bir teşhis yaklaşımından transdiagnostik bir kavramsallaştırmaya ve bireyselleştirilmiş tedaviye

doğru hareket, bu nedenle önemli bir paradigma değişikliği olacaktır [48]. Bu alan gelişmeye açık olmakla birlikte yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

2. 4. MADALYONUN ÖTEKİ YÜZÜ: HASTALIK YÖNETİMİNDE KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

Bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ciddi psikiyatrik hastalıklarda erken tanı ve semptom kontrolü gerçekleştirilse ve ataklar başarılı bir biçimde kontrol altına alınsa bile hastalıkla ilgili belirgin zorluklar süreçte devam etmektedir. Bu zorluklar hastalıkla ilgili (sık relaps, artmış depresyon ve intihar riski, psikososyal işlevsellik kaybı vb), tedavi süreci ile ilgili (tedavi uyumsuzluğu) ya da hastalığın sosyal ve toplumsal sonuçları ile ilgili (izolasyon ve damgalanma) olabilir. Bu zorlukların etkili bir biçimde ele alınması hastalığın daha iyi yönetilmesini ve kişinin iyilik halinin sürdürülmesini sağlayacağı için oldukça önemlidir.

2. 4. 1. Tedavi uyumsuzluğu

Kronik hastalıkların tedavisinde tedavi uyumsuzluğu dünya çapında bir sorundur ve tedavi uyumsuzluğu sağlık sonuçlarının kötüleşmesi, sağlık bakım maliyetlerinin artışı ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesi ile ilişkilendirilir [50].

Yapılan araştırmalar bipolar bozukluk tanılı bireylerde yaklaşık %50, şizofreni tanılı bireylerde ise %63-74 arasında değişen oranlarda tedavi uyumsuzluğu bildirmiş olup ilaç uyumunu engelleyen hastayla ilgili faktörler ilaç yan etkileri, hastalığa ilişkin iç görü eksikliği, bilişsel işlev bozukluğu, ilaç rejimlerinin karmaşıklığı ve madde kullanım bozukluğu komorbiditesinin varlığı olarak bildirilmiştir [51]. Yakın zamanda bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarında ilaç uyumunun artırılması için yapılan müdahale çalışmalarının değerlendirildiği bir gözden geçirme çalışmasında psikoeğitim, motivasyonel görüşme, eğitsel ve davranışsal stratejilerin kombinasyonunu içeren eğitsel ve davranışsal müdahalelerin ilaç uyumunu artırdığı uzun dönemde tedavi sürecine dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir [51].

2. 4. 2. Relaps

Bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ağır psikiyatrik hastalıklarda hastalık nüksü ve sık hastaneye yatışların yaygın sorunlar olduğu bilinmektedir. Şizofreni hastalarında yatarak tedavi sonrası bir yıl içinde %40'a varan relaps oranları bildirilmiş olup ilaç tedavisine uyumun zayıf olması, rezidüel belirtilerin varlığı, hastalığa ilişkin iç görünümün zayıf oluşu, eşlik eden madde kullanım bozukluğu tanısı ve aile ve bakım verenlerle ilişkilerin zayıf olmasının relaps sıklığını öngördüğü bulunmuştur [52][53]. Şizofreni hastaları için relaps bireysel ve ekonomik açıdan önemli yük oluşturur ve nüksün önlenmesi tedavinin önemli hedeflerinden biridir [54].

Bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan çalışmalar hastaların %90'a varan kısmının yaşamları boyunca en az bir kez nüks yaşadığı ve nükslerin %50'sinin ilk 2 yıl içerisinde gözlemlendiğini bildirmektedir [54]. Remisyon sağlanana kadar geçen sürenin uzun olması, ataklar arası subsendromal duygudurum belirtilerinin varlığı, madde kullanım bozukluğu komorbiditesi, eşlik eden anksiyete ve yeme bozukluğu gibi komorbiditelerin nüks riskini artırdığı ifade edilmektedir [55]. Sık relaps, gecikmiş remisyon ve duygudurum epizodları dışında kalıntı subsendromal belirtilerin varlığı ayrıca sık hastaneye yatış, artmış intihar riski ve psikososyal işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirilmekte olup müdahale edilmesi gereken önemli bir durumdur [54].

2. 4. 3. Depresyon ve intihar riski

Bipolar bozuklukta intihar riski önemli bir sorundur ve yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunan hastaların %25-50 arasında değişen oranlarda olduğu belirtilmektedir [56]. Özellikle hastalığın erken dönemi henüz teşhis konulmamış olması veya hastalık yönetimi ve etkili klinik müdahalelerin geliştirilememiş olması nedeniyle daha riskli bir dönem olup risk hastalık süresince de uzun yıllar devam etmekte ve ölümlerin tahmini %15'ini oluşturmaktadır [57]. Bu nedenle sosyal destek ve sorun temelli destekleyici yaklaşımlar bipolar bozukluk tanılı hastaların tedavisinde gün geçtikçe önem kazanmaktadır [57].

Depresyon gibi duygudurum belirtileri, duygudurum bozukluklarının temel patolojisini oluşturmasına rağmen, şizofreni tanılı bireylerin de önemli bir kısmı kronik olarak hafif-orta şiddette depresif belirtiler yaşarlar [58]. Şizofreni hastalarında intihar düşüncesinin incelendiği yakın tarihli bir meta-analizde yaşam boyu prevalansı 44.3% olduğu bildirilmiş ve bu oranların

yatan hasta grubunda ve erkek cinsiyette daha yüksek olduğu gösterilmiştir [59]. Depresif belirtilerin intihar planı ya da girişimi riskini artırmasının yanı sıra kişinin işlevselliği üzerindeki olumsuz etkileri de gözden kaçırılmamalıdır.

Depresif belirtilerin varlığı kişinin günlük yaşamını olumsuz etkiler, işlevsellikte bozulmaya neden olur ve bilişsel fonksiyonları olumsuz etkiler [58]. Depresif belirtilerin kognitif fonksiyonları etkilemesiyle doğrudan ve psikososyal işlevsellik üzerinden dolaylı olarak kişinin yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle depresif semptomların değerlendirilmesi ve etkili biçimde tedavi edilmesi kritik öneme sahiptir.

2. 4. 4. İzolasyon ve damgalanma

Psikiyatrik hastalık tanısı olan kişilerin karşılaştığı olumsuz tepkiler ve toplum içerisinde yaşadıkları damgalanma (stigmatizasyon) kişilerin benlik saygısını azalması, psikososyal işlevsellikte bozulma ve iyileşmenin olumsuz etkilenmesi dahil olmak üzere birçok farklı soruna yol açabilmektedir [60]. Toplum tarafından etiketlendiklerini ve ötekileştirildiklerini düşünen bireyler sosyal olarak kendini izole edebilir, bu durum semptomlarda kötüleşme, depresyon ve intihar riskinde artış gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir [61]. Ayrıca ciddi psikiyatrik rahatsızlıkları olan kişilerin sosyal izolasyon, evsizlik, yoksulluk ve tıbbi ya da sosyal ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilecekleri bir tedavi ortamından yoksun kalma açısından yüksek risk altında olduğu bilinmektedir [62]. Bu nedenle psikiyatrik hastalıklara müdahale çalışmalarında tedavi düzenlenmesi ve işlevselliğin iyileştirilmesi önemli olduğu gibi etiketlenmenin önlenmesi ve toplum nezdinde farkındalık oluşturmak da oldukça önem taşımaktadır.

2. 4. 5. Psikososyal işlevsellik kaybı

Bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı bireyler hastalık semptomları, tedavi uyumsuzluğu, sık relaps, artmış depresyon ve intihar riski, sosyal izolasyon ve damgalanma zorluklarının yanı sıra günlük yaşamlarında bir dizi farklı alanda işlev bozukluğu deneyimlerler. Bu alanlara kişisel hijyen ve bakım, kişiler arası ve sosyal ilişkilerin başlatılması ve sürdürülmesi, öğrenme ve hayattan zevk alma kapasitesi örnek verilebilir [63]. Yapılan bir araştırma şizofreni tanılı bireylerde yaşam kalitesinin bipolar bozukluk tanılı bireylere göre daha düşük olduğu, ancak bipolar bozukluk tanılı hastalarda yineleme dönemlerinin yaşam kalitesini daha olumsuz

etkilediği ifade edilmektedir. Aynı çalışmada remisyondaki şizofreni ve bipolar bozukluk tanımlı bireyler incelendiğinde iki grubun da yaşam kalitesinin sağlıklı kontrollere oranla anlamlı derecede düşük olduğu ve gruplar arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir [64].

Psikososyal işlevselliğin kaybı yalnızca hastalar için değil, bakım verenler için de önemli bir sorun oluşturur. Bakım verenin yükü aşırı iş yükü, uyku bozukluğu, maddi sorunlar, kendilerine ait boş zamanın olmaması, psikiyatrik hasta yakını olmakla ilgili damgalanma ve sosyal izolasyon nedenli olabilir, bakım verende tükenmişliğe sebep olabilir ve hastalarla yapılan görüşmelerde ve tedavi planlanmasında gözden kaçırılabilir [65]. Bakım veren yükünü azaltarak ve psikososyal işlevselliklerini iyileştirerek desteklenmesi, hasta yakınlarının bireylere destek sağlamaya devam etmelerine ve bakım sağlamanın zorluklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir [66]. Bu nedenle her iki hastalık için de hem hasta hem de bakım verenler için yaşam kalitesinin iyileştirilmesi oldukça önem taşımaktadır.

2. 5. ERKEN DÖNEM TANI, TEDAVİ VE PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Erken dönem tanı ve müdahale araştırmaları etyolojik faktörlerin belirlenmesi ve hastalık dönüşüm riskinin belirlenmesi için olduğu kadar işlevselliğin iyileştirilmesi için de oldukça önem arz eder. Bununla birlikte yapılan araştırmalar erken dönemde gözlenen non-spesifik semptomların depresyon, anksiyete bozukluğu, dürtü kontrol sorunları, alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi belirtilerin birçok psikiyatrik durum için artmış risk oluşturduğu ve spesifik bir psikiyatrik hastalık için kesin öngördürücü olmadığını göstermektedir [67]. Psikiyatrik hastalıklarda net bir etiyoloji, spesifik görüntüleme bulguları ya da tanı koydurucu biyobelirteçlerin bulunmaması nedeniyle, müdahale yöntemleri uzun yıllardır birincil önleme veya erken müdahale yerine üçüncül korumaya ve uzun vadeli tedaviye odaklanmıştır [38]. Ancak son yıllarda artan eğilimle birlikte psikiyatrik hastalıkların tedavi edilmesinin yanında hastalıkların ‘önlenmesi’ ‘risk faktörlerinin azaltılması’ ve ‘koruyucu yaklaşımların güçlendirilmesi’ giderek önem kazanmaktadır [38].

İzlem çalışmalarında yüksek riskli bireylerin hangilerinin psikiyatrik hastalık tanısına ilerleyeceği ile ilgili öngördürücü kesin kriterlerin yokluğu bu gruplara yapılacak müdahalelerde sınırlayıcı noktayı oluşturur. Psikoz için yüksek riskli bireylerle yapılan

araştırmaların incelendiği bir meta-analizde, çalışmalar katılımcıların yaşı, kullanılan yüksek risk kriterleri ve tedavi yaklaşımları heterojen olmakla birlikte; izlemde psikotik bozukluk tanısına dnüşm riskinin ilk 3 yıl belirgin yüksek olduğu ve dnüşmn sırasıyla ilk yıl %22, ikinci yıl %29 ve üçüncü yıl %36 olduğu ifade edilmektedir [68]. Bu durum, risk popülasyonundaki bireylerin çoğunda ciddi psikiyatrik hastalık tanısı gelişmemesi açısından umut verici olsa da riskli gruplara müdahale ve önleme yaklaşımlarında kar-zarar dengesinin kurulması gerekliliğinin önemini bir kat daha artırmaktadır [67].

Ergenlik ocukluk ve erişkinlik arasında, biyolojik olgunlaşmanın devam ettiği, kimlik ve kendilik oluşumu ve bağımsızlığın kazanılmaya çalışıldığı, mesleki ve akademik gelişimin devam ettiği ve sosyal olgunlaşmanın hız kazandığı gelişimsel olarak oldukça hassas bir dönemdir ve yalnızca çocukluk ve ergenlik dönemi için değil, yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek ruhsal hastalıkları önlemek için kritik bir zaman dilimi olarak öne çıkmaktadır [37] [69]. Son yıllarda yapılan araştırmalar ergenlik döneminin uzadığını ve bu dönemde yaşanan sorunların hem gençler hem de ebeveynler ve toplum için sorun oluşturduğunu göstermektedir [70]. Ergenlik ve genç erişkinlik gibi kritik bir dönemde başlayan semptomlara rağmen prodromal dönem belirtilerinin non-spesifik olması, yüksek riskli bireylerin izleminde çoğunluğunda ciddi psikiyatrik hastalık gelişmemesi birincil koruma veya erken müdahale için birinci basamak tedavide daha güvenli müdahale yöntemlerinin desteklenmesi fikrini doğurmuştur [34].

Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde ocuk ve ergen popülasyonunda psikiyatrik hastalık sıklığının %13.4 olduğu bildirilmiştir. Ancak meta-analize dahil edilen çalışmalarda anlamlı derecede heterojenlik saptanmış ($I^2 > 99\%$) ve bu heterojenite örneklem temsiliyeti, örneklem büyüklüğü ve tanısal görüşme farklılıkları ile açıklanmıştır [71]. Ayrıca eşik altı semptomları olan gençlerin araştırmaya dahil edilmediği ve eşik altı popülasyonun temsili örneklem sayılarına ilişkin sınırlı tahminler bulunduğu ifade edilmektedir. Ancak eşik altı depresyon ve anksiyete semptomlarının da işlevsellikte bozulma ve intihar eğiliminin önemli belirteçleri olduğu bilinmektedir [72]. Bununla birlikte ergenlik dönemi ciddi psikiyatrik hastalıkların prodromal dönemi olabilir ve eşik altı semptomlar olası bir psikiyatrik hastalığın öncüsü olarak ortaya çıkabilir. Tüm bu veriler düşünüldüğünde ergenlik döneminin oldukça hassas ve iyi ele alınması gereken bir dönem olduğu daha da açıklık kazanmaktadır.

Psikiyatrik hastalıklarda görülme sıklığı önemli olmakla birlikte bir diğer önemli nokta da hastalık yükü ve yeti-yitimidir [73]. Bipolar bozukluk ve şizofreni yaşam boyu süren, işlevsellikte bozulmaya neden olabilen ağır psikiyatrik bozukluklar olduğundan görülme sıklığının yanı sıra bireye ve topluma oluşturduğu yük de incelenmelidir. 1990-2010 yılları arasında yapılan Küresel Hastalık Yükü (Global Burden of Disease - GBD) araştırmasının verileri sistematik olarak incelenmiş, yapılan analizlerde yeti-yitimi ile geçirilen yıllar (years lived with disability – YLD) açısından mental ve davranışsal bozuklukların tüm hastalıkların %22.7'sini oluşturduğu, psikiyatrik bozukluklar içerisinde ise yeti yitimine neden olan hastalıklar sıralamasında Majör Depresif Bozukluk ve Distimiden sonra Şizofreni, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları ve Bipolar Bozukluk geldiği gösterilmiştir [74]. Tüm bu veriler Bipolar Bozukluk ve Şizofrenide erken dönem müdahalenin ve yeti yitiminin azaltılmasının ne kadar önemli olduğuna bir kez daha dikkati çekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü zihinsel, nörolojik ve madde kullanım bozukluklarının (Mental, neurological, and substance use (MNS) disorders) dünya nüfusunun önemli bir bölümünü etkilediğini ifade eder ve bu rahatsızlıkların önlenmesi ve tedavisinde daha etkili yaklaşımların geliştirilmesini önerir [75]. Pozitif ruh sağlığını teşvik eden müdahaleler, ruh sağlığı bozukluklarının başlamasını önlemeye yönelik müdahaleler (birincil koruma) ve erken teşhis, vaka tespiti, erken tedavi (ikincil koruma) ve rehabilitasyon müdahaleleri (üçüncül koruma) olarak kategorize edilebilir [75]. Bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ciddi psikiyatrik rahatsızlıklara erken dönem müdahale çalışmaları hastalık öncesi dönem (Evre 0, 1) ve ilk atak sonrası müdahale (Evre 2) olarak iki ayrı kategoride incelenebilir.

2. 5. 1. Hastalık öncesi dönemde müdahale (Evre 0-1)

Risk grubuna (Evre 0/1a) yapılacak seçici müdahaleler, psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlar [76]. Bu müdahalelerin alıcıları, bir ruhsal bozukluk geliştirme riski popülasyonun geri kalanından daha yüksek olan asemptomatik ve/veya non-spresifik semptomları olan ancak belirgin işlevsellik kaybı yaşamayan kişilerdir [76]. Bu grup için oluşturulabilecek müdahale yöntemleri psikososyal destek, okul ve eğitim temelli müdahaleler, toplum temelli yaklaşımlar, madde kullanımı ve akran zorbalığının önlenmesi vb. konularda spesifik yaklaşımlar, çocuk istismarının ve suç davranışının önlenmesi, ebeveynlerinde ciddi psikiyatrik ya da tıbbi hastalık öyküsü olan çocukların desteklenmesi, gencin ve ailenin psikososyal ve ekonomik olarak kalkındırılması gibi yaklaşımlardan oluşabilir. Ancak bu

evredeki toplumsal müdahalelerle ilgili oldukça sınırlı veri bulunmaktadır [77]. Depresyon, anksiyete, öfke, genel psikolojik distres, bilişsel savunmasızlık gibi bir dizi sorunla başvuran yüksek öğretim öğrencilerine bilişsel-davranışçı müdahaleler, psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, sosyal destek, farkındalık, gevşeme ve meditasyon, kabul ve kararlılık terapisi, kişilerarası psikoterapi vb. müdahalelerin uygulandığı 103 çalışmanın etkilerinin incelendiği bir meta-analizde, beceri eğitimleri içeren müdahale programlarının daha etkili olduğu ve psikososyal müdahalelerin yalnızca mevcut sorunları azaltmada değil, aynı zamanda psikososyal işlevselliği iyileştirmede de olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir [78].

Yüksek risk grubuna yönelik müdahaleler (Evre 1b-UHR) son yıllarda daha yaygın olarak geliştirilmeye başlanmıştır. Bu grup artık asemptomatik olmayan ve işlevsellikte bozulma yaşayan kişilerden oluşur ve ruhsal bozukluklara giden yolların pluripotent ve trans-diagnostik olduğuna dair giderek atan kanıtlarla uyumlu olarak, tek bir psikiyatrik hastalık için risk taşımamakta olup daha geniş bir risk yelpazesi içerir [76]. Örneğin UHR-psikoz grubundaki gençlerin yaklaşık üçte biri psikotik bozukluk tanısı alacak olmasına rağmen bu gruptaki gençler topluma göre artmış depresyon, intihar, alkol ve madde kullanımı, davranım sorunları, şiddet davranışları, akademik ve psikososyal işlevsellik kaybı, düşük yaşam kalitesi riski taşımaktadır [79] [80]. Yüksek komorbidite riskine rağmen bu bireyler tanı alacak düzeyde semptomatoloji göstermemelerinden dolayı ruh sağlığı hizmetlerinin dışında kalma riskini de taşır, bu nedenle bu gruptaki gençlere ruh sağlığı hizmeti sunulması ile ilgili yaklaşımların geliştirilmesi oldukça önem taşımaktadır [79].

UHR-psikoz tanısı ile takipli bireylere uygulanan 26 randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarının incelendiği yakın tarihli bir meta-analizde, yapılan önleyici müdahalelerin 12 aylık izlemde psikoza geçiş riskini anlamlı ölçüde azalttığı ve en etkili müdahalenin bilişsel davranışçı müdahaleler olduğu gösterilmiştir. Tüm müdahaleler birlikte incelendiğinde pozitif atenüe psikotik belirtiler üzerine etkinin küçük etki büyüklüğünde olduğu, müdahaleler ayrı ayrı analiz edildiğinde anlamlılığını korumadığı; negatif bulgular, depresyon, anksiyete ve genel işlevsellik puanları üzerinde müdahale gruplarında anlamlı bir farklılık saptanmadığı ifade edilmiştir [81]. McGorry ve arkadaşlarının 27 çalışmayı içeren meta-analizinde ise çalışmalardaki UHR gruplarının heterojenitesi yüksek olmakla birlikte tüm psikososyal müdahalelerin klinik sonuçlarının olumlu olduğu, ancak optimal müdahale yöntemleri ve sürelerinin aydınlatılması için ek çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir [82].

UHR-bipolar grubunda yapılan müdahaleler UHR-psikoz grubu ile karşılaştırıldığında oldukça sınırlı sayıdadır. Çocuk ve ergen bipolar yüksek risk grubunda yapılan 7 çalışmanın sonuçlarının değerlendirildiği meta-analizde, dahil edilen çalışmalarda Aile Odaklı Terapi, Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi ve Çocuklar için Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi uygulamalarının yer aldığı; psikososyal müdahalelerin anksiyete, depresyon ve hipo/mani semptomlarının azalması ile ilişkili olduğu ancak bipolar bozukluğa geçişi önleme ile ilgili daha fazla araştırma yapılması gerektiği ifade edilmektedir [8].

2. 5. 2. İlk atak sonrası müdahale (Evre 2)

İlk atak sonrası müdahalelerde (ikincil müdahaleler) amaç erken ve etkin müdahale ve muhtemel tam remisyonu sağlamaktır. İlk atak psikozda erken dönem ve ikincil önleyici müdahalelerle ilk psikoz epizodunun prognozu iyileştirilmeye çalışılır: 1) erken müdahale ile tedavi edilmemiş psikoz (duration of untreated psychosis- DUP) süresinin azaltılması; 2) tedavi yanıtının iyileştirilmesi; 3) işlevselliğin ve sosyal becerilerin artırılması; 4) aile yükünün azaltılması; 5) komorbid madde kullanım bozukluğunun tedavisi; 6) hastalık progresyonunun önlenmesi amaçlanır [83].

İlk atak psikoza müdahalede hastalığa yönelik müdahaleler dışında ek önlemlerin de alınması gerekebilir. Zhang ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ilk atak psikoz hastalarının rutin tedavisine aileye yönelik müdahalelerin eklendiği grupta 18 aylık izlemde psikotik semptom şiddetinde ve yeniden hastaneye yatış sürelerinde azalma tespit edilmiştir [84]. Aile müdahalelerinin dışında ilk atak psikozda entegre yaklaşımların madde kullanım bozukluğu riskini azaltabileceğine yönelik veriler bulunmaktadır [85]. Erken tanı ve semptom kontrolünün yanı sıra hastalık progresyonunun ve nükslerin önlenmesi (Evre 3'e ilerlemesinin önlenmesi) oldukça önem taşımaktadır, nükslerin önlenmesi ve işlevsellik kaybının azaltılmasının bireyin akademik, sosyal ve mesleki hayatına da olumlu etkileri olacaktır [86].

Özetle psikiyatride sınıflandırma, klinik evreleme ve erken müdahale çalışmalarının ortak amacı klinik fayda sağlamaktır [87]. Psikiyatrik hastalık riski taşıyan çocuk ve ergenlerin erken teşhisi, önleme ve bireyselleştirilmiş bakım için olduğu kadar uzun vadeli biyopsikososyal sonuçların iyileştirilmesi için de temel bir ön koşuldur. Tarihsel olarak şizofreni başta olmak üzere ciddi psikiyatrik hastalıklara karamsarlıkla yaklaşılmaktadır; bununla birlikte, yapılan araştırmalarla ilk epizod sonrası ve erken dönemde olumlu tedavi

sonuçlarının gösterilmesi ile birlikte erken müdahale ile morbiditenin sınırlanabileceği ve hastalık seyrinin değişebileceği yönünde çaba ve umut yaratmıştır [88]. Yalnızca semptomlara yönelik tedavi değil, bilişsel, sosyal ve mesleki işlevsellik, alkol ve madde kötüye kullanımının önlenmesi, uyku alışkanlıklarının düzenlenmesi, egzersiz ve diyet gibi yaşam tarzı müdahaleleri de tedavi planına eklenmesiyle de biyopsikososyal işlevselliğin bütüncül olarak iyileştirilmesi hedeflenmelidir [89].

Erken dönem tedavide amaçlar;

- Ciddi psikiyatrik hastalıkların erken dönemde saptanması,
- Kişinin semptomların ve erken uyarı işaretlerinin farkına varabilmesinin sağlanması,
- Hastalığa yönelik içgörünün artırılması,
- İlaç uyumu,
- Semptom kontrolü,
- Depresyon, intihar, alkol-madde kullanımı gibi komorbid durumların engellenmesi,
- Nükslerin önlenmesi ve hastane yatışların azaltılması,
- Klinik progresyonun önlenmesi,
- Psikososyal, mesleki işlevsellik ve toplumsal becerilerin artırılması
- Toplum ve aile desteğinin sağlanması,
- Bakım veren yükünün azaltılması,
- Damgalanmanın önlenmesi
- Tedavi iş birliğinin artırılması ile tedavi uyumunun artırılması olarak özetlenebilir.

2. 6. PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER

Psikososyal müdahaleler davranış, duygu veya bilişleri değiştirmeyi amaçlayan bireysel veya grup bazında uygulanabilen geniş bir tedavi yelpazesini içerir [90]. Son yıllarda psikiyatrik hastalıklar ile ilgili artan farkındalık, özellikle çocuk ve ergenlerde tedavi yöntemlerinin güvenliği ve etkililiğinin daha fazla araştırılmasına yol açmıştır. Çocuk ve ergen grubunda gelişimsel farklılıklar mevcuttur ve bu durumun ilaç yararlanımı ve yan etki profilinde farklılıklar oluşturabildiği bilinmektedir [91]. Aynı zamanda bu dönem biyolojik, psikososyal ve akademik gelişimin devam ettiği incinebilir bir dönem olduğundan, farmakolojik tedavilerin yanı sıra psikososyal müdahaleler de kritik önem taşımaktadır. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde tanı ve tedavi yöntemleri ile birlikte işlevselliğin takibi ve önleme stratejilerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir.

Son kılavuzlar şizofreni spektrum bozukluğu ve bipolar bozukluk tanılı gençlerin rutin bakımında psikososyal müdahalelerin kullanılmasını önermektedir [92][93]. Kılavuzlar akut ataklarının yönetimi, kriz durumlarının yönetimi ve akut dönem sonrası sürdürüm tedavisi için öneriler içermektedir. Yapılan araştırmalar farmakolojik tedaviye ek olarak yapılan psikososyal müdahalelerin semptomların ortaya çıkma süresi, atakların sıklığı ve şiddetini azalttığını, ayrıca bireylerin işlevselliğini ve tedaviye uyumunu arttırdığını göstermektedir [94][95].

Hastalığın ilk belirtilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte uygulanan erken müdahalelerin, optimal farmakoterapi ve psikososyal yaklaşımların ciddi psikiyatrik hastalıkların tedavisinde önemi her geçen gün artmaktadır [96]. Antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaçların kullanımı semptomların hafifletilmesi, yinelenmelerin önlenmesi ve işlevsellikte bozulmanın azaltılması açısından büyük önem taşımakla birlikte farmakoterapi tek başına yeterli olmamaktadır. Tanı alan bireylere yönelik psikososyal müdahale programları, ilk psikoz ya da duygudurum atağını yaşayan bireylere ve ailelerine ekip tabanlı, kapsamlı, kanıta dayalı bakım, eğitim ve destek sağlar. Bireysel, grup ve aile terapileri bireylere ve ailelerine, psikozun ya da duygudurum bozukluğunun sıkıntılı deneyimlerinde destek olmayı amaçlar ve iyileşmeyi teşvik eder.

Son yıllarda çeşitli ülkelerde psikoz için erken müdahale ekipleri kurulmuş ve psikoza erken dönem müdahalenin klinik ve maliyet etkililikleri kanıtlarla desteklenmiştir [97]. Bipolar bozukluğa erken müdahale çalışmaları psikoz çalışmaları ile kıyaslandığında daha geriden

gelmektedir [98]. Psikososyal rehabilitasyon müdahaleleri ve eşlik eden tıbbi ve diğer ruhsal durumları tedavi etmeye yönelik müdahaleler de tedavi planına dahil edilmelidir, eklenen müdahalelerin temel amacı tedavinin etkinliğini arttırmak, hastalığın progresyonunu önlemek, başa çıkma becerilerini geliştirmek, psikososyal işlevselliği artırmak, damgalanmaya karşı hastaları güçlendirmek, aileye veya bakım verenlere eğitim vererek hastalıkla ilgili içgörü düzeyini artırmak olmalıdır [99][100].

Aşağıda bipolar bozukluk ve şizofrenide en sık kullanılan psikososyal müdahale yöntemleri incelenecektir:

2. 6. 1. Bilişsel davranışçı terapi (Cognitive Behavioural Theraphy - CBT)

Bilişsel davranışçı terapi uygulamaları etkileri en çok incelenmiş olan psikososyal müdahale yöntemlerinden biridir ve klinik kılavuzlarda kanıta dayalı bir müdahale yöntemi olarak kabul edilmektedir. NICE kılavuzları bilişsel davranışçı terapinin (BDT) bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı hastalarda tedavi sürecinde, yatan hasta ortamları da dahil olmak üzere sunulmasını önermektedir [101] [102].

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) davranış değiştirme ilkelerini ve bilişsel teknikleri birleştiren bir terapi yöntemidir. Hastaların semptomları anlamlandırmaları, başa çıkmaları, nüksün önlenmesi ve olaylara tepki olarak düşüncelerin ve inançların duygusal tepkileri ve davranışları nasıl şekillendirdiğinin daha iyi anlaşılması yoluyla anlamlı hedefler belirlemeleri ve bu hedefler doğrultusunda çalışmalarını konusunda yardımcı olmayı amaçlar.

Psikoz için Bilişsel Davranış Terapisi (CBT-p), varsanılar veya sanrılar gibi pozitif psikotik semptomlara, ilgi, istek kaybı veya motivasyonsuzluk gibi negatif semptomlara ve yürütücü işlevlere müdahaleyi ele alır [103]. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada standart tedaviye oranla semptom şiddetini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir [104]. Terapi ihtiyaca göre madde kötüye kullanımının önlenmesi ve eşlik eden anksiyete bozukluğu ve duygudurum sorunlarının ele alınması için de kullanılabilir. Bilişsel davranışçı terapi ilaç kullanımı ile ilgili maladaptif düşünceleri değiştirmek ve terapötik ittifakı güçlendirmek için de etkili bir yöntem olarak uygulanabilir.

Bipolar bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapinin etkilerinin incelendiği yakın tarihli bir gözden geçirme çalışmasında BDT uygulamalarının nüks oranını azaltmada ve depresif semptomları, mani şiddetini azaltmada ve psikososyal işlevselliği iyileştirmede etkili olduğu ve etki büyüklüğünün hafif-orta dereceli olduğu bildirilmektedir [105]. Çocuk ve ergenlerde yapılan çocuk ve aile odaklı bilişsel davranışçı terapinin etkilerinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada kontrol grubu ile karşılaştırıldığında semptom kontrolünde anlamlıya yakın etkileri olmakla birlikte terapi grubundaki gençlerin anlamlı sosyal ilişkilere sahip oldukları, davranış problemlerinin oldukça az olduğu, evde ve okulda psikososyal işlevselliklerinin anlamlı derecede daha iyi olduğu belirtilmiştir [106]. BDT'nin tek başına bir tedavi olarak bipolar bozukluğun tedavisinde etkili olduğuna dair çok az kanıt vardır ancak farmakolojik tedavi ile kombine edildiğinde nüksleri önleme ya da geciktirmede etkili olabileceği ifade edilmektedir [107].

2. 6. 2. Aile temelli müdahaleler (Family Based Interventions)

Psikiyatrik hastalıklar yalnızca hastalığa sahip bireyler için değil, bakım verenleri için de yük oluşturmaktadır. Ailelerin bakımda aktif rol alması sebebiyle son yıllarda aile yükü kavramı önem kazanmıştır. Aile temelli müdahaleler, olumsuz aile içi atmosferi azaltmayı, ailenin hastalık süreci ve tedavi ile ilgili beklentilerini optimize etmeyi, sorun çözme kapasitelerini geliştirmeyi, aile üyeleri tarafından hastalığın kabulünü arttırmayı hedefleyen müdahaleleri içerir [108] ve bununla birlikte aile üyeleri arasında açık iletişimi, ortaklığı ve iş birliğini teşvik etmeyi amaçlar. Bu müdahaleler içerisinde aileye verilen psikoeğitim oturumları (family psychoeducation), destekleyici müdahaleler (family support) ve aile odaklı terapi müdahaleleri (family focused therapy) sayılabilir. Bu terapiler aile bireylerine bireysel olarak verilebildiği gibi grup oturumları şeklinde de planlanabilir.

Aile temelli müdahalelerin avantajı aileyi bir birim olarak ele alması ve hem psikiyatrik hastalık tanısı olan bireyin hem de bakım verenlerin bir bütün olarak kalkındırılmasını hedeflemesidir. Genel olarak, ailenin tedaviye katılımının rolü iyileşmede anahtar gibi görünmektedir. Özellikle, tedaviye aile katılımının daha düzenli olduğu kültürlerde ve ülkelerde, erken dönemde geliştirilecek müdahalelerde terapi sürecine ailenin de dahil edilmesi ile daha olumlu sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

2. 6. 3. Psikoeğitim (Psychoeducation)

Psikoeğitim hastalığı anlama, içgörü geliştirme, ilaç uyumu ve düzenli takip, erken uyarı işaretlerini tanıma ve yeni bir atağı önlemek için stratejiler gibi temel bilgilerin hasta ve/veya ailesiyle irdelenmesini içerir [96]. Psikoeğitim sürecinde hastaların veya aile üyelerinin eğitimi ve hastalıkla ilgili oluşabilecek sorularının yanıtlanması amaçlanır. Hasta ve ailesine tedaviye uyum ve hastalığın etiyolojisi gibi gencin katılımı ve iyileşmesi için oldukça önemli olan diğer konular hakkında bilgi verilir. Seanslarda bilgi vermenin yanı sıra hasta ve ailesinin sahip olabileceği yanlış bilgilerin düzeltilmesine özen gösterilmelidir [96]. Psikoeğitim oturumları hastalık tanısı olan bireylere veya bakım verenlerine yönelik olarak planlanabilir, bireysel veya grup terapileri olarak düzenlenebilir. Tek başına bir müdahale programı olarak uygulanabildiği gibi Bilişsel Davranışçı Terapi, Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi ve Aile Odaklı Terapi gibi spesifik psikoterapilerle benzerlikler içerir ve birlikte uygulanabilir [109].

Son yıllarda yapılan gözden geçirme çalışmalarında bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı hastaların tedavi sürecinde psikoeğitimin olumlu etkileri vurgulanmış olup güncel tedavi kılavuzları, herhangi bir spesifik psikoeğitim modelini vurgulamadan, rutin tedavinin bir parçası olarak tüm hastalara ve ailelerine hastalık süreci, tedavisi ve sonuçları hakkında doğru ve güncel bilgilerin verilmesini önermektedir [110], [111].

2. 6. 4. Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (Interpersonal and Social Rhythm Therapy)

Kişilerarası ve sosyal ritim terapisinin bipolar bozukluk tanılı bireylerde uygulandığı çalışmalara daha sık rastlanmakta olup şizofreni tanılı bireylerde yapılan uygulamalara yönelik literatürdeki bilgiler yetersizdir. Kişilerarası ve sosyal ritim terapisi öncelikle unipolar depresyon tedavisi için Klerman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, kişilerarası psikoterapi yaklaşımları ile sosyal ritim teorilerinin birleştirilmesi ile oluşturulmuştur [112] [113]. Terapide amaç hastaların rutinlerini stabilize etme ve aynı zamanda kişilerarası ilişkilerinin kalitesini ve sosyal performanslarını iyileştirmeye yardımcı olmaktır [96]. Bu yaklaşım, bipolar bozukluk tanılı hastaların özellikle depresif dönemde yaşadıkları kişilerarası ilişki sorunlarına ve uyku/uyanıklık döngüsündeki bozulma nedeniyle manik duruma geçişin önlenmesine odaklanır [114]. Bu terapi, kişilerarası ilişki sorunları, rol çatışmaları, ilişki ihtiyaçları ve kayıpla ilgili sorunların yanı sıra uyku/uyanıklık döngüsü, yemek ve egzersiz yapma gibi günlük hayatta düzenli olarak yapılması gereken aktivitelerin düzenlenmesi ile ilgilenir. Atak kontrol altına

alındıktan sonra hastaların günlük yaşamlarını düzenlemelerine yardımcı olunur ve yeni bir epizoda neden olabilecek tetikleyiciler belirlenmeye çalışılır. Bipolar I bozukluk tanılı bireylerle gerçekleştirilen kişilerarası sosyal ritm terapisinin etkilerinin incelendiği iki yıllık bir izlem çalışmasında terapinin nüksleri azalttığı ve hastalık yönetimini kolaylaştırıldığı gösterilmiştir [115].

2. 6. 5. Uyum geliştirme terapileri (Adherence Improvement Therapy)

Bipolar bozukluk ve şizofrenide tedavi uyumsuzluğu önemli bir konudur ve hastalığa ilişkin zayıf içgörü, hastalıkla ilgili bilgi ve farkındalık eksikliği, ilaç tedavisinde ortaya çıkan sıkıntı verici yan etkiler veya yan etki oluşma ihtimali ile ilgili duyulan korku, rezidüel semptomların varlığı nedeniyle ilaç tedavisinin yetersiz olduğunun düşünülmesi veya semptomlar kontrol altına alındıktan sonra bireylerin ilaç kullanmaya ihtiyaçları olmadığını düşünmesi ile ilişkilendirilmiştir [116]. Tedavi uyumu ile ilgili yapılan araştırmalar yetişkin popülasyonda yapılmış olup çocuk ve ergenlerde tedavi uyumuna ilişkin veriler sınırlıdır [117]. Ancak tedaviye uyumsuzluk, uzun süreli ilaç kullanan gençler için önemli bir klinik problemidir ve çocuk ve ergenlerle çalışan sağlık profesyonellerinin tedavi uyumunu artırmak için daha sistematik ve etkili müdahaleler oluşturması gerekebileceği kabul edilmektedir [117].

Uyum geliştirme terapileri temel olarak içgörüyü geliştirmeye çalışır, ek olarak ilaç tedavisine uyumu ve sağlık hizmetleriyle etkileşimi geliştirmek için davranışsal yaklaşımları kullanabilir. İlaç uyumu, düzenli klinik muayene, tedavi yan etkilerinin izlenmesi ve raporlanması ve psikososyal müdahaleler ciddi ve kronik psikiyatrik hastalık tanısı olan gençlerin genel işlevselliğini olumlu yönde etkilemektedir [117]. Uyum geliştirme terapileri genellikle yüz yüze terapi seansları ile uygulanır, farkındalık ve uyumu artırmak için basılı eğitim materyalleri, videolar veya diğer iletişim araçları kullanılabildiği gibi gençlerin hastalık yönetimine daha aktif katılmaları için teşvik edilmesi ve akranlar aracılığıyla sosyal desteğin artırılması gibi müdahaleleri de içerebilir [118].

2. 6. 6. Bilişsel iyileştirme terapisi (Cognitive Remediation Therapy)

Bilişsel iyileştirme terapileri ilk olarak travmatik beyin hasarı olan olgular için geliştirilmiştir [119]. Bu terapilerin amacı işlem hızı, sözel bellek ve diğer bilişsel alanlarda

iyileşme sağlamak ve bu sayede kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini artırmaktır [90]. Bilişsel iyileştirme müdahaleleri bireysel terapi şeklinde (bakış açısı alma, duyguları yönetme, sözsüz ipuçlarını okuma ve sosyal durumları yorumlamaya odaklı) olabildiği gibi bilgisayar eğitimi (dikkat, hafıza ve problem çözme odaklı) şeklinde de uygulanabilir [95]. Son yıllarda artan teknoloji kullanımına paralel olarak, mobil cihazların kullanımı yoluyla bilgisayar destekli bilişsel iyileştirme tedavileri test edilmeye başlanmış olup bilgisayar destekli terapilere özellikle çocuk ve ergenlerin kolaylıkla uyum gösterdiği ifade edilmektedir [90].

Şizofrenide kognitif defisit işlevselliği etkilediği bilinen yaygın bir klinik semptom olmakla birlikte yapılan son çalışmalar bipolar bozukluk tanılı hastalarda da bilişsel zorlukların görüldüğünü bildirmektedir. Bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı bireylerde premorbid IQ ve güncel IQ sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada şizofreni tanılı bireylerin hastalık öncesi premorbid IQ değerlerinin bipolar bozukluk tanılı bireyler ve sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğu, her iki hasta grubunun da sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında nispeten zayıf mevcut genel entellektüel seviyelere sahip olduğu gösterilmiş ve bu durumun hastalık başladıktan sonra bazı ortak patojenik süreçlerle ilişkili olabileceği ifade edilmiştir [120]. Bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı bireylerde yürütücü işlevler ve zihin kuramının değerlendirildiği bir başka çalışmada yapılan latent class analizinde bipolar bozukluk tanılı hastaların büyük çoğunluğu normal bilişsel fonksiyonlara sahip bireylerin oluşturduğu kümeye dahil iken bazı bipolar bozukluk hastalarının şizofreni hastaları ile benzer bilişsel defisit kümesinde olması [121], bilişsel iyileştirme müdahalelerinin bipolar bozukluk tanılı bir grup birey için de yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Bilişsel iyileştirme terapisi daha çok kronik şizofreni tanılı bireylerle çalışılmıştır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda da olumlu sonuçlar bildirilmekle birlikte [122], yapılan çalışmalar sınırlıdır [123]. Son yıllarda prodromal evredeki veya ilk atak psikoz tanılı genç hastalara uygulanması gündeme getirilmekte olup hastalığın erken evresinde uygulanacak müdahalelerin nöroprotektif etki ve nöroplastisitenin uyarılması ile daha olumlu bir etkiye sahip olabileceği ve hastalık prognozunu değiştirebileceği düşünülmektedir [124]. Ancak yapılan çalışmalar heterojen olup bilişsel iyileştirme terapisinin sonuçlarına ilişkin daha kapsamlı araştırmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

2. 6. 7. Sosyal beceri eğitimi (Social Skills Training)

Sosyal beceri eğitimi hastaların sosyal ilişkilerini geliştirmek ve sosyal ortamlardaki streslerini azaltmak için oluşturulmuş beceri geliştirme eğitimidir. Özellikle negatif semptomları yoğun olan hastalarda etkili olup sözel ve sözel olmayan iletişim becerileri ile hastaların sosyal ipuçlarını uygun bir şekilde değerlendirmelerine ve duruma uygun tepkiler vermelerine yardımcı olmaya çalışır [96]. Sosyal beceri eğitimi topluluk içinde yaşamak için gerekli becerilerin kazanılması, semptom yönetimi ve nüksü önleme, problem çözme ve ev ödevleri gibi öğretim becerilerini içerir [125]. Grup terapileri şeklinde yapılan müdahaleler hastalar için gözlemleyerek öğrenme ve sosyal destek sağlama gibi ek avantajlara da sahip olabilir [95]. Şizofreni hastalarına uygulanan psikososyal müdahalelerin incelendiği bir meta-analizde bilişsel davranışçı terapi ile kombine edilen sosyal beceri eğitiminin semptomların azaltılmasında oldukça etkili olduğu gösterilmiştir [126]. Şizofreni tanılı bireylerin yaşadığı sosyal bilişsel zorluklar göz önüne alındığında sosyal beceri eğitimi umut vaat edici görünmekte olup farklı popülasyonlarda (ilk atak, yüksek risk grubu, bipolar bozukluk tanılı hastalar vb) daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

2. 6. 8. Sosyal biliş etkileşimi eğitimi (Social Cognition and Interaction Training - SCIT)

Sosyal biliş etkileşimi, bireylerin sosyal bilgiyi anlama, yorumlama ve etkili bir şekilde kullanma kapasitesini geliştirmeyi amaçlar ve genellikle sosyal bilişin *zihin kuramı*, *duygu algısı* ve *atıf tarzı* gibi alanlarından bir veya birden fazlasını hedef alır [127].

SCIT, 20-24 seans arası grup psikoterapisi olarak verilir ve tipik olarak 3 aşamayı içerir: duygu eğitimi (örneğin, yüzlerden duyguları tanımlama, duygular ve düşünceler arasındaki ilişki), problem çözme (örneğin, gerçekleri ayırt etme) ve entegrasyon (bilginin günlük hayattaki durumlara nasıl uygulanabileceğinin tartışılması) [128]. Bireyler etkili sosyal bilişsel stratejiler öğrenir, bunu grup içinde uygular ve günlük etkileşimlerinde kullanır. Sosyal bilişin şizofrenide olumsuz etkilendiği bilinmekte olup sosyal biliş etkileşimi eğitiminin etkilerinin değerlendirildiği bir meta-analizde, müdahalenin sosyal biliş üzerine olumlu etkileri olduğu ancak pozitif ve negatif semptomlarda anlamlı farklılık saptanmadığı, terapinin etkilerinin anlaşılması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir [129].

2. 6. 9. Farkındalık temelli müdahaleler (Mindfulness-Based Interventions)

Farkındalık temelli müdahaleler ilk olarak Kabat-Zinn tarafından 1970'lerde kronik ağrı şikayeti olan hastaların stresle başa çıkma becerilerini geliştirmek için farkındalık temelli stres azaltma (Mindfulness Based Stress Relaxation - MBSR) yaklaşımı olarak geliştirilmiştir ve ilerleyen dönemlerde psikiyatrik hastalıklardan ilk olarak unipolar depresyon tedavisinde, bilişsel terapi yaklaşımlarıyla birleştirilerek depresif atakların nüksünü önlemek için kullanılmıştır (Mindfulness Based Cognitive Therapy – MBCT) [130].

Farkındalık temelli müdahaleler kişinin dikkatini bilinçli olarak şimdiki anda tutma yeteneğini geliştirmeyi amaçlar ve düşünce, duygu ve bedensel duyum kalıplarının farkındalığını artırmak için farkındalık meditasyonu eğitimi içerir [131]. Bipolar bozukluk tanıılı hastalarda uygulamalar yapılmış olup hastalık ve nüksü önleme hakkında psikoeğitim yaklaşımları ile birlikte uygulanabildiği gibi, mindfulness temelli beden farkındalığı ve bilişsel terapi uygulamaları ile birlikte kombine yaklaşımlar şeklinde uygulanabilir (Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi – MBCT) [132]. Literatürde farkındalık temelli bilişsel terapilerin bipolar bozukluk hastalarında anksiyete semptomları üzerine olumlu etkisi olduğunu gösteren veriler olmakla birlikte nükslerin önlenmesindeki etkinliğini destekleyen çalışmaya rastlanmamıştır [131]. Farkındalık temelli müdahalelerin etkisinin incelendiği çalışmalar sınırlı sayıda olup daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır [130].

2. 6. 10. Mesleki müdahaleler (Vocational Interventions)

Bipolar bozukluk ve şizofreni tanıılı hastalar işlevsellik kaybı, sosyal izolasyon ve damgalanma sorunları ile sık sık karşı karşıya gelmektedirler. Yapılan araştırmalar ciddi psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin özellikle hastalık tanısı aldıktan sonra genel popülasyona göre istihdam oranlarının oldukça düşük olduğunu göstermektedir [133]. Özellikle çocukluk ve ergenlik çağında başlayan bozukluklarda hastalık tanısı bireylerin eğitim ve sosyal hayatlarını da olumsuz yönde etkiler. İşsizlik maddi açıdan olumsuzluklar yaratmanın yanında düşük benlik saygısı, işe yaramazlık duygusu, depresif şikayetler, tedavi uyumsuzluğu ve sosyal izolasyonun artmasına da neden olur [96]. İş ve istihdam, şizofreni başta olmak üzere ciddi psikiyatrik rahatsızlıklar için iyileşmenin temel belirleyicilerindendir [134].

İşsizliğin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmayı amaçlayan mesleki rehabilitasyon (vocational rehabilitation) uygulamaları, rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir bileşeni olarak kullanılmakta olup ana amaç, hastaların iş bulmasına yardımcı olmak ve mesleki destek sağlamaktır [96]. Falkum ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları bir araştırmada istihdamın önündeki dış ve iç engeller hedef alınarak psikotik bozukluğu olan kişiler için mesleki sonuçları iyileştirmeyi amaçlayan 10 aylık “İş Yönetimi Programı” (The Job Management Program, JUMP) uygulanmış ve mesleki rehabilitasyon programının hastaların mesleki işlevsellikleri üzerine olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir [135]. Mesleki rehabilitasyon programları henüz sınırlı sayıda uygulanmaktadır ve etkilerinin incelenmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Ancak kısıtlı verilerde de olsa psikososyal işlevselliğin iyileştirilmesi için mesleki müdahalelerin rutin tedavi programlarına eklenmesinin önemli olduğu görülmekte olup son kılavuzlarda uygulanması önerilmektedir [92].

2. 6. 11. Sanat Terapisi ve Ergoterapi (Occupational Therapy and Art Therapy)

Sanat terapisi iletişim becerilerini artırma, içgörü kazanma, günlük yaşam bağımsızlığının kazanılması ve sosyalleşmenin artırılması gibi amaçlarla çeşitli tekniklerin uygulandığı bir dizi uğraşı ve sanat faaliyetlerinden oluşur [96]. Sanat terapisi uzun yıllardır yataklı kliniklerde kullanılan bir rehabilitasyon yöntemi olup bu uygulamalarda resim, müzik, dans, drama, el sanatları vb. uğraşlar alanında uzman kişilerin önderliğinde gruplar halinde uygulanır [96].

Ergoterapi son yıllarda daha sıklıkla uygulanmaya başlanan bir müdahale yöntemi olup genellikle grup müdahaleleri şeklinde yapılır ve anlamlı aktiviteler yoluyla hastalara günlük yaşam aktivitelerinde özerklik kazandırılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini amaçlar [136]. Ergoterapi müdahalelerinin araştırıldığı bir gözden geçirme çalışmasında psikososyal, psikoeğitimsel, bilişsel ve fiziksel egzersiz müdahaleleri olarak 4 temel alanda ergoterapi yöntemlerinin kullanıldığı belirtilmekte olup bu müdahalelerin yararlı etkileri gösterilmiş olmakla birlikte, optimal doz ve seans sıklığı gibi parametreleri net bir şekilde tanımlamak ve müdahalelerin uzun vadeli etkilerini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir [136].

2. 6. 12. Grup Terapileri ve Akran Desteği (Group Therapy and Peer Support)

Grup terapileri özel bir terapi uygulaması olmayıp bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi veya diğer terapi yöntemlerinin bir grup hasta ile birlikte yapılmasını içerir. Yapılan araştırmalar grup terapisi ortamında danışan-terapist etkileşimlerinin ötesinde grup süreçlerinin terapötik değerini vurgulamıştır. Birçok hasta için hastalık çocuklukta başlamış olabilir ya da eşik altı semptomlar çocukluk veya ergenlikte görülebilir. Geriye yönelik alınan öykülerde hastaların akran gruplarında farklı, yabancılaşmış veya izole hissettiklerine dair anılara sık rastlanır ve teşhis edilebilir bir hastalığın başlangıcından önce sosyal alanda başlayan bozukluklar, kişilerarası ilişkilerin bozulması, anlamlı kişiler arası ilişkilerin kurulamaması ve olumlu duyguların ifade edilememesi gibi eksikliklerle sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açabilir [137]. Hastalığın prodromal döneminde başlayan zorluklarla beraber klinik tanı alınması ile birlikte bireylerin karşılaştığı sorunlar ve algılanan toplumsal yük giderek artar.

Ciddi psikiyatrik hastalık tanısına sahip olan bireylerin sosyal izolasyon açısından riskli gruplar olduğu bilinmektedir. Bu nedenle akran desteği ve grup terapileri sosyalleşmelerinin desteklenmesi, benzer sorunları olan hastaların duygusal ve sosyal yönden birbirlerini destekledikleri etkileşimler yaratılması açısından önem taşımaktadır [96]. Akran desteği uygulamaları spesifik bir terapi yönteminin uygulandığı yapılandırılmış terapi oturumları şeklinde olabileceği gibi katılımcıların deneyimlerini paylaştığı kendi kendine yardım grupları, deneyimli hastaların yeni hastalara rehberlik ettiği akran destek hizmetleri ve deneyimli hastaların ruh sağlığı hizmetlerinde yer aldığı akran ruh sağlığı hizmetleri gibi farklı şekillerde uygulanabilir [138].

Hangi terapi türünün seçileceğine bireyin hedefleri doğrultusunda ve uzun süreli faydalanım amaçlanarak karar verilir. Bireysel terapilerin ve grup terapilerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda iki yaklaşımın birbiri üzerine üstünlüğü gösterilememiştir. Grup ve bireysel terapinin etkisinin incelendiği bir çalışmada grup terapisinin deneyimleri anlatmada başlangıçta zorlukla ve çekingenlikle karşılanması açısından dezavantajlı olabildiği, ancak uygun maliyetli olduğu, ebeveynin ve gencin hastalık ile başa çıkma yeteneği algısını arttırdığı, programı bırakma oranlarının bireysel terapilere göre daha az olduğu ve yapılan aile odaklı terapilerde grup terapileri ya da bireysel terapiler arasında etkinlik açısından bir fark olmadığı ifade edilmektedir [139].

Grup terapileri de seçilen müdahale yöntemine göre yalnızca aileler, yalnızca hastalar veya hasta ve bakım verenlerle birlikte yapılabilir. Grup terapilerinin psikoeğitim ve kendini ifade etme fırsatları sağlaması ve bireysel terapidenden alınan faydalara ek olarak akran desteği, bakım verenlerin birbirinden sosyal destek alması, damgalama algısında azalma, karşılıklı yardımın mevcudiyeti ve benzer deneyimleri ve çözümleri duyma fırsatı bulunması ve bireysel terapilere göre maliyet-etkin oluşu avantajlarını oluşturmaktadır [140]. Yapılan çalışmalar bipolar bozukluk ve şizofreni için grup terapilerinin etkili olduğunu desteklemektedir [141] [142] [143]. Grup terapileri ve akran desteğinin psikososyal müdahaleler içerisinde rutin olarak yer alması, hastaların psikososyal işlevsellikleri üzerinde olumlu etkisi olması yönüyle tedaviye katılımı ve uyumu da artırabilir.

2. 6. 13. Ek müdahaleler

2. 6. 13. 1. Madde kullanımını azaltmaya yönelik müdahaleler

Ciddi psikiyatrik bozukluk tanılı hastalarda madde kullanım bozuklukları sık görülür ve madde kullanım bozukluğunun varlığı tedavi için olumsuz bir prognostik faktördür [144]. Ancak madde kötüye kullanımını azaltmada psikososyal müdahalelerin etkinliğini değerlendiren çalışma sayısı oldukça azdır. Madde kötüye kullanımı için özel müdahaleler olmaksızın ilk atak psikoza yönelik kapsamlı müdahale programı uygulayan Danimarka OPUS çalışması, psikososyal müdahale grubunda madde kötüye kullanımında azalma gözlemlendiğini bildirmiştir [145]. Ancak ilk atak psikoz müdahale protokolüne madde kötüye kullanımına yönelik yaklaşımları da entegre eden NAVIGATE programı, müdahale programının madde kötüye kullanımını azaltmada standart tedaviye üstünlüğünü gösterememiştir [146]. Madde kullanım bozukluğu komorbiditesinin önlenmesi bipolar bozukluk ve şizofreniye müdahalede oldukça önemli bir konu olup bu konuda psikososyal müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2. 6. 13. 2. Fiziksel sağlık komorbiditelerini azaltmaya yönelik yaşam tarzı müdahaleleri

Ciddi psikiyatrik bozukluk tanısı olan kişilerde fiziksel sağlık sorunlarında artış, özellikle kardiyovasküler hastalık riski nedeniyle yüksek morbidite ve daha kısa yaşam süresi bildirilmektedir [147]. Bunun nedenleri çok faktörlü olup antipsikotiklerin olumsuz kardiyometabolik yan etkilerine ek olarak fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olması, tütün

kullanım prevalansının artmış olması, fiziksel sağlık imkanları, bakım ve müdahaleye sınırlı erişim bu nedenler arasında sayılabilir [147]. Yakın zamanda yapılan 128 çalışmayı temsil eden 27 meta-analizin incelendiği bir meta-incelemede şizofreni tanılı bireylere yönelik bireysel yaşam tarzı danışmanlığının vücut ağırlığını azaltmada büyük etkisi olduğu, egzersiz müdahalelerinin vücut ağırlığını azaltmada ve fonksiyonel egzersiz kapasitesini artırmada oldukça etkili olduğu, BDT ve psikoeğitimin kilo verme üzerinde küçük-orta etkisinin mevcut olduğu ve bireysel yaşam tarzı müdahalelerinin grup temelli yaklaşımlardan daha üstün olduğu gösterilmiştir [148]. Ciddi psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerde fiziksel sağlığı geliştirmeye yönelik psikososyal müdahalelere ilişkin veriler henüz yeterli olmasa da fiziksel sağlığın iyileştirilmesinin tedavi sürecine olumlu katkıları olabilir. Bu nedenle fiziksel sağlığa yönelik müdahalelere hastaların katılımı teşvik edilmelidir.

2. 6. 13. 3. Dijital ve teknoloji tabanlı müdahaleler

Dijital ve teknoloji tabanlı müdahalelerdeki büyük ilerlemeler, ciddi psikiyatrik hastalık tanısına sahip bireylerin ruh sağlığı hizmetleriyle etkileşimini artırma ve yenilikçi müdahaleler geliştirme fırsatları sunabilir. Özellikle ergenlerin ve genç erişkinlerin sosyal katılım için çevrimiçi sosyal medya kullanım oranları yüksek olup bu durum teknoloji tabanlı müdahaleler için umut vericidir [149]. Son yıllarda mobil uygulama ve yüz yüze bileşenlerin bir kombinasyonu olarak mobil tabanlı müdahaleler daha fazla geliştirilmektedir [150]. Teknoloji tabanlı müdahaleler ile bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı bireyler gibi sosyal izolasyon ve kişilerarası ilişkilerde sorun yaşayan bireyler için çevrimiçi ortamda sanal gerçeklik (virtual reality) temelli terapiler geliştirilebilir. Bu yaklaşımlar ile stres ve kaygı giderilebilir ve teknoloji temelli müdahaleler hastalara verimli eğitimsel ve psikolojik destek vermeyi mümkün kılabilir [150].

Psikotik bozukluk tanılı bireylere uygulanan sanal gerçeklik terapilerini inceleyen yakın tarihli bir gözden geçirme çalışmasında, sanal gerçeklik terapilerinin sosyal işlev bozukluklarına müdahalede olumlu sonuçları olduğu gösterilmiştir [151]. Gözden geçirme çalışmasına dahil edilen çalışmalar küçük örnekleme sahip olmakla birlikte sanal gerçeklik müdahalelerinin tedavi sürecine entegre olma potansiyeline sahip olduğu ifade edilmektedir [151].

Sonuç...

Hastalık yönetiminde farklı sorunların daha yoğunluklu olarak karşılaşıldığı dönemler bulunmakta olup bu dönemlere ilişkin farklı yaklaşımlar geliştirilmeli ve tedavi sürecine dahil edilmelidir. Bu dönemler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Bireyin 'tam gelişmiş' hastalık semptomlarının olmadığı ve kişinin herhangi bir psikiyatrik hastalık kriterlerini karşılamadığı erken prodromal veya 'yüksek risk' aşamasına odaklanan müdahaleler;
- Bireyin tanı alacak düzeyde hastalık belirtilerinin olduğu ilk atak dönemine odaklanan müdahaleler;
- Sürdürüm tedavisine odaklanan müdahaleler;
- Madde kötüye kullanımı, afektif semptomlar, kaygı semptomları vb. gibi hastalıkla ilişkili komorbid semptomlar ve sorunları ele alan müdahaleler.

Hangi müdahalenin tedaviye ne zaman dahil edileceğine ilişkin kararlarda yalnızca mevcut kanıtlar değil, aynı zamanda mevcut finansman ve profesyonel uzmanlığın yanı sıra bağlamsal değişkenler, hasta ve bakım verenlerin tercihleri ve önceliklerinin de dikkate alınması gerekecektir. Örneğin, mobil tabanlı müdahaleler, sağlık müdahalelerine ulaşımın zor olduğu, coğrafi uzaklığın daha fazla olduğu alanlarda özellikle yardımcı olabilir. Ayrıca ihtiyaca göre farklı müdahalelerin tedavi sürecine birlikte entegre edilmesi olumlu ve faydalı olacaktır, çünkü farklı müdahaleler birbirinin etkisini artırabilir.

2. 7. AİLE ODAKLI TERAPİ

Aile odaklı terapi (Family Focused Theraphy-FFT) 1980'lerde ilk kez şizofreni tanıılı bireyler için uygulanmaya başlanmıştır. Fallon ve arkadaşları (1985) tarafından yataklı tedavisi tamamlanmış şizofreni hastalarıyla taburculuk sonrası yapılan bir çalışmada, 9 aylık aile temelli müdahale ve nöroleptik ilaç kombinasyonunun nüks oranlarını azalttığı ve sosyal işlevsellik üzerindeki olumlu etkilerinin 9 aylık destekleyici bireysel terapiden daha etkili olduğu gösterilmiştir [152]. İlk uygulamalar şizofreni tanıılı hastalarda olmakla beraber terapi modeli bipolar bozukluk tanıılı hastalar için revize edilmiş ve kısa zamanda uygulanmaya başlanmıştır. Aile odaklı terapi müdahaleleri Miklowitz ve arkadaşları tarafından bipolar bozukluk tanıılı bireylere ve ailelerine de uygulanmak üzere genişletilmiş ve ilk pilot uygulamalar 9 ay süren 21 seans olarak planlanan uygulama modeli şeklinde düzenlenmiştir [153]. Hastalık tanıılı bireylerde uzun yıllardır uygulanmakla birlikte son yıllarda erken müdahale çalışmalarının hız kazanması ile yüksek risk grubundaki bireylerde de uygulanması gündeme gelmiştir. Miklowitz ve arkadaşları tarafından Aile Odaklı Terapi rehberi 2018 yılında “*Bipolar Bozukluk veya Psikoz için Yüksek Risk Grubundaki Ergenler ve Genç Erişkinler için Aile Odaklı Terapi*” rehberi olarak risk grubundaki gençlere uyarlanmıştır.

Aile odaklı terapide temel odak noktası, sorunların temelde kişiler arası olduğu ve çözümlerin insanlar arasındaki ilişkileri ele alan bir müdahaleyi gerektirdiğidir. Aileye yönelik terapi yaklaşımlarında amaç aile üyeleri arasında etkileşimin iyileştirilmesidir ve bu iyileşmenin bireyin semptomlarına da faydalı olacağı varsayılır [154]. Aile odaklı terapi müdahaleleri psikoeğitim, iletişim becerileri ve problem çözme modülleri dahil olmak üzere davranışsal müdahaleler içerir. Aile müdahalelerinin relaps ve hastaneye yatış oranlarını azaltmadaki etkinliği sistematik incelemelerle desteklenmiş olup bu sonuçlara muhtemelen ilaç uyumu ve sağlık hizmetlerine katılımın artması gibi faktörlerin de aracılık ettiğı düşünülmektedir [155].

Aile odaklı terapide yararlanım sadece hastalar açısından değil, bakım verenler üzerinden de olmaktadır. Yüksek risk grubundaki bireylerle yapılan bir çalışma aile odaklı terapi alan grupta yalnızca riskli bireylerde değil, aile üyelerinde de irritabilite, öfke ve eleştirinin azaldığını, hastalıkla ilgili algılanan yükün azaldığını ve aktif dinleme ve problem çözme yeteneklerinin arttığını göstermiştir [156]. Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk ve şizofrenide yapılan aile temelli müdahaleler ayrı ayrı incelenmiş olup müdahale formatı, süresi,

terapi yöntemi (psikoeğitim, sorun temelli yaklaşımlar, bireysel veya grup terapiler) ve uygulama sırasında hastaların klinik durumu arasında farklılıklar olmakla birlikte çoğu çalışma aile müdahalesinin hem hastalık sonuçları hem de bakım verenlerin iyilik hali üzerindeki faydalarını desteklemektedir [157][108].

Miklowitz ve arkadaşları tarafından 2018 yılında “*Bipolar Bozukluk veya Psikoz için Yüksek Risk Grubundaki Ergenler ve Genç Erişkinler için Aile Odaklı Terapi*” şeklinde uyarlanan aile odaklı terapi oturumlarında amaç Bipolar Bozukluk, Majör Depresif Bozukluk veya Psikotik Bozukluk gelişebilecek veya risk altında olan ergenler ve genç yetişkinler için erken müdahale yaklaşımını uygulamaktır. Duygudurum bozukluğu ya da psikotik bozukluğun erken evresindeki gençler ve aileleri için Aile Odaklı Terapi (AOT) 4 seans psikoeğitim, 4 seans iletişim becerileri ve 4 seans problem çözme becerileri olmak üzere toplam 12 seanstan oluşmaktadır, haftada bir yapılan sekiz seans ve takiben iki haftada bir yapılan dört seans içermektedir (4 ay boyunca 12 seans).

Hedefler:

- (1) Gencin ve ailenin duygudurum veya psikoz atakları ile ilişkili deneyimlere entegre olmalarını sağlamak,
- (2) Hastalıkla ilgili içgörüyü artırmak ve biyolojik yatkınlıkla ilgili aile ve gencin farkındalığını artırmak,
- (3) Semptomları yönetmek için ilaç uyumunun rolünü kabul etmelerine yardımcı olmak,
- (4) Sosyal ve akademik işlevselliği artırmak,
- (5) Duygudurum bozukluğu veya psikotik bozukluğu tetikleyen stresli yaşam olaylarını tanıma ve başa çıkma becerilerini artırmak,
- (6) Ataktan sonra işlevsel aile ilişkilerinin yeniden kurulmasında yardımcı olmaktır.

Çalışmamızda pratik uygulama amacıyla Aile Odaklı Terapi (AOT) oturumları içerik aynı olacak şekilde 3 seans psikoeğitim, 3 seans iletişim becerileri ve 3 seans problem çözme becerileri olmak üzere toplam 9 seans olarak revize edilmiştir. Yapılan revizyonla ilgili olarak Prof. Dr. David Miklowitz’in yazılı izni alınmıştır. “*Bipolar Bozukluk veya Psikoz için Yüksek Risk Grubundaki Ergenler ve Genç Erişkinler için Aile Odaklı Terapi*” modülünde opsiyonel konu olarak belirtilen uyku alışkanlığının düzenlenmesi, gevşeme eğitimi ve ilaç uyumunu artırma konuları gençlerin farkındalık ve tedavi uyumunu artıracakları düşüncesi ile seanslar

içerisine rutin olarak eklenmiştir. Aile Odaklı Terapi seanslarının konu başlıkları aşağıda belirtildiği gibi düzenlenmiştir:

1. Oturum: Hedef belirleme, tedaviye genel bakış, yatkınlık-stres modelinin tartışılması
2. Oturum: Risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin tanımlanması, stresin tanımlanması ve baş etme stratejilerinin belirlenmesi, belirtilerin ve duygudurum şemalarının tartışılması, Opsiyonel tedavi uygulaması: Uyku alışkanlığının düzenlenmesi, Gevşeme egzersizleri
3. Oturum: İlaç uyumu, önleme planının geliştirilmesi
4. Oturum: İletişim becerilerine genel bakış; olumlu duyguları ifade etme, aktif dinleme
5. Oturum: Değişim için olumlu taleplerde bulunma, iletişimde açıklık
6. Oturum: Olumsuz duyguları ifade etme, iletişim becerilerinin gözden geçirilmesi
7. Oturum: Problem çözme becerilerine giriş
8. Oturum: Problem çözme becerilerinin uygulaması
9. Oturum: Önleme planının gözden geçirilmesi, tedaviyi sonlandırma

2. 7. 1. Birinci Modül: Psikoeğitim Oturumları (1-3. Seanslar)

Psikoeğitimin temel amacı gence ve aileye semptomların kontrolü, nüksün önlenmesi, tedavi uyumunun ve işlevselliğin artırılması amacıyla hastalık hakkında ayrıntılı bilgi vermek, gencin ve ailenin olası sorularını yanıtlamaktır.

2. 7. 1. 1. Birinci Seans: Hedef belirleme, tedaviye genel bakış, yatkınlık-stres modelinin tartışılması

İlk seansta, genci ve aileyi tanımak ve aile ile terapötik işbirliği kurmak hedeflenmiştir. Seansa rutin olarak aile odaklı terapi hakkında ayrıntılı bilgi vererek, genç ve ailenin olası soruları yanıtlanarak başlanır. Psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkma nedenleri, yatkınlık ve stres modeli, yüksek risk ve atak kavramı açıklanır. Hastalık semptomları (mani ve depresyon belirtileri, pozitif ve negatif belirtiler, anksiyete belirtileri) ayrıntılı olarak konuşulur, ailenin ve gencin daha önce yaşadığı semptomlar ve bu semptomların gencin yaşamı ve işlevselliği üzerine etkileri tartışılır. Oturum sonunda gencin ve ailenin beklentileri ve tedavi hedefleri konuşulur, seansta tedavi hedefleri belirlenir. Oturum sonlandırılmadan önce oturumlar arasında uygulama olarak aile toplantısı yapma ödevi verilir, genç ve aileden bir sonraki seansa kadar tedavi hedefleri üzerine bir aile toplantısı yapmaları istenir. Bir sonraki oturum planlanarak seans sonlandırılır.

2. 7. 1. 2. İkinci Seans: Risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin tanımlanması, stresin tanımlanması ve baş etme stratejilerinin belirlenmesi, belirtilerin ve duygudurum şemalarının tartışılması; Opsiyonel tedavi uygulaması: Uyku alışkanlığının düzenlenmesi, Gevşeme egzersizleri

Oturuma başlanırken genç ve ailenin bir önceki oturumla ilgili varsa soruları yanıtlanır, ev ödevi değerlendirilir. Aile toplantısı hakkında konuşulur, eğer aile toplantısı uygulanamadıysa olası nedenleri tartışılır, çözüm üretilmeye çalışılır. Değerlendirmeden sonra ikinci seans konuları incelenir. Genç ve aile için stresin tanımı yapılır, stresin kişi üzerindeki fizyolojik etkileri değerlendirilir. Bir önceki seansta bahsedilen yatkınlık-stres modeli hatırlatılır, semptomları tetikleyebilecek olası stres faktörleri genç ve aile için tanımlanır. Risk faktörleri ve koruyucu faktörlerden bahsedilir, gencin ve ailenin olası risk ve stres faktörleri hakkında farkındalığı artırılır. Önceki atakları, duygudurum/psikoz belirtilerini tetiklemiş olabilecek olası faktörler ve olumsuz yaşam olayları incelenir. Genç üzerinde stres yaratan durumlar stres termometresi ile derecelendirilir. Stres tanımlandıktan ve stres faktörleri belirlendikten sonra işe yarayabilecek başa çıkma mekanizmaları değerlendirilir, gencin uygulaması için başa çıkma önerileri ve keyif verici aktiviteler planlanır. Gencin uyku alışkanlıkları değerlendirilir, uyku-uyanıklık döngüsü ile ilgili bozukluk olması durumunda ihtiyaç duyulursa opsiyonel olarak uyku alışkanlıklarının değerlendirilmesi konusuna geçilir. Seans sonunda genç ve aile yüksek stres durumlarında uygulanabilecek nefes ve gevşeme egzersizleri hakkında bilgilendirilir, nefes egzersizleri seans içinde uygulamalı olarak yapılır. Seans sonunda duygudurum ve davranış günlüğü incelenir, ev ödevi olarak gençten bir sonraki seansa kadar duygudurum ve uyku saatlerinin kaydını tutması istenir. Ailenin ve gencin olası soruları cevaplanarak seans tamamlanır.

2. 7. 1. 3. Üçüncü Seans: İlaç uyumu, önleme eylem planının geliştirilmesi

Bu seansın ana hedeflerinden biri farmakolojik tedavi hakkında gence ve aileye ayrıntılı bilgi vermek, ilaç tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek soruları yanıtlamak, gencin farmakolojik tedaviye uyumunu artırmak ve gencin hastalık, semptomların kontrol altına alınması ve nüksün önlenmesi konusunda içgörüsünü artırmaktır. Farmakolojik tedavi ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra önleme eylem planı tanıtılır. Tedavi hedefleri gözden geçirilir, önleme eylem planı hedefleri belirlenir. Önleme eylem planının ana hedefleri şu şekildedir:

- Stres faktörleri ve tetikleyicilerin fark edilmesi
- Erken uyarı işaretlerinin değerlendirilmesi
- Erken uyarı işaretleri fark edildiğinde gencin uygulayabileceği başa çıkma mekanizmalarının belirlenmesi
- Gencin uyguladığı baş etme mekanizmaları işe yaramadığında ya da tedavi sırasında engellerle karşılaşıldığında aile bireylerinin engelleri aşmak için gençle beraber neler yapabileceklerinin belirlenmesi

Bu seansın önemli hedeflerinden biri erken uyarı işaretlerinin genç ve aile tarafından nasıl fark edildiğinin paylaşılması, genç ve ailenin semptomlar ve bu semptomların yaşamlarına etkileri hakkında birlikte konuşabilecekleri bir ortam sağlanmasıdır. Gencin semptomlarla ilgili deneyimlerini paylaşması aile üyelerinin de gençle empati kurmasını sağlayabilir. Ailenin gençle birlikte tedavinin bir parçası olarak önleme eylem planını belirleyen bir özne olması gencin ve ailenin tedavi uyumunu artırabilir. Önleme eylem planının hastalığın kontrol altında olduğu dönemde belirlenmesi ve kriz anında uygulanabilecek hazır bir strateji oluşturulması önemli bir konudur. Seans, önleme eylem planı tanıtıldıktan sonra ailenin ve gencin soruları cevaplanarak tamamlanır. Önleme eylem planı 9. seansta tekrar ele alınacaktır, ev ödevi olarak genç ve ailenin plana eklenmek üzere öneriler bulması istenir.

2. 7. 2. İkinci modül: İletişim Becerileri Eğitimi (4-6. Seans)

İletişim geliştirme eğitiminin hedeflerinden biri aile arasındaki uygun olmayan iletişim yöntemlerinin belirlenmesi, uygun iletişim tarzlarının geliştirilmesi ve aile içi çatışmaların azaltılmasıdır. İyi iletişim becerilerinin kullanılması sakin, açık ve destekleyici bir ortam oluşturmak için oldukça önemlidir. Seanslarda iletişim biçimlerinin, beceri eğitimi ve pratiği ile geliştirilmesine çalışılır. İletişim becerileri oturumlarında genç ve ebeveynlere beş temel iletişim becerisi öğretilirken rol yapma (role playing) formatı kullanılır. Bu seanslarda ele alınacak iletişim becerileri şunlardır: olumlu geri bildirim verme, aktif dinleme, değişim için olumlu taleplerde bulunma, iletişimde açıklık ve olumsuz duyguları ifade etme.

2. 7. 2. 1. Dördüncü Seans: İletişim becerilerine genel bakış; olumlu duyguları ifade etme, aktif dinleme

Olumlu duyguları ifade etme, aile üyelerinin hoşça giden bir davranış ile ilgili birbirlerine olumlu bir geri bildirim verme becerisi içerir. Bu yöntem, ailenin diğer üyelerine değer ve takdir gördüklerini hissettirmenin direkt bir yoludur ve onların gelecekte bu iyi duygulara karşılık vermek istemelerini sağlar. Ayrıca aile üyelerinin birbirlerine karşı hoşgörülü bir yaklaşım oluşturmalarına yardımcı olur.

Aktif dinleme becerisi, iyi iletişim için önemli bir yapı taşıdır. Birçok yönden diğer tüm iletişim becerilerinin temelini oluşturur. Aktif dinleme yoluyla kişi, karşısındakini dinlediğini ve bu nedenle onun söylediklerinin anlaşıldığını hissettirir. Karşıdaki kişi dinlenildiğini ve kabul gördüğünü hisseder ve bu aşamadan sonra o da genellikle aynısını yapmaya daha istekli olur.

Olumlu duyguları ifade etme ve aktif dinleme becerisi rol yapma (canlandırma) yöntemi ile genç ve aile ile birlikte çalışılır. Öğrenilen becerilerin evde uygulanmasını içeren alıştırmaya kağıtları paylaşarak oturum sonlandırılır.

2. 7. 2. 2. Beşinci Seans: Değişim için olumlu taleplerde bulunma, iletişimde açıklık

Seansa ailenin ve gencin olası soruları cevaplanarak başlanır, bir önceki hafta öğrenilen iletişim becerileri değerlendirilir, ev ödevleri gözden geçirilir ve iletişim becerileri oturumuna devam edilir.

Değişim için olumlu talepte bulunma, bir aile üyesinin bir diğer aile üyesinden davranışını değiştirmesini istemesini ele alan iletişim becerilerinden biridir. Olumlu taleplerde bulunmanın diğer insanlardan davranış değişikliği talep etmenin ilk adımı olarak kullanılması önerilir. Rol yapma yöntemi ile seans içerisinde uygulama yapılır.

İletişimde açıklık becerisinde amaç aile üyelerinin iletişim sırasında belirli bir çizgide kalmalarına ve sözlerini ortak bir konuşma konusu paylaşımına yönlendirmelerine yardımcı olmaktır. İletişimde açıklık becerisi, kişiye diğerlerine ilettiği mesajlarda açık ve net olması için genel bir yöntem öğretir. Aile üyelerinin birbirleri ile iletişimde zorluk yaşadıkları durumlar hakkında konuşulur, açık iletişimin yararları değerlendirilir. Seans sonunda genç ve ailenin soruları cevaplanır, öğrenilen becerilerle ilgili çalışma kağıtları paylaşılır.

2. 7. 2. 3. Altıncı Seans: Olumsuz duyguları ifade etme, iletişim becerilerinin gözden geçirilmesi

Seansa ailenin ve gencin olası soruları cevaplanarak başlanır, bir önceki hafta öğrenilen iletişim becerileri değerlendirilir, ev ödevleri gözden geçirilir ve iletişim becerileri oturumuna devam edilir.

Olumsuz duyguları ifade etme öğrenilmesi zor bir iletişim becerisidir çünkü olumsuz duygusal içerik, eleştiri barındırır ve hoş olmayan bir mesaj vermeyi içerir. Aile üyelerinin zaman zaman birbirlerine ilişkin hayal kırıklıklarını ifade etmeleri gerekebilir ve bu tür geri bildirimleri paylaşmak da önemlidir. Ancak olumsuz geri bildirim vermenin anlaşmazlıkları körükleyebileceği de akılda tutulmalı ve bu aşamadan sonra problem çözme sürecine geçiş yapılmalıdır. Olumsuz duyguları ifade etme becerisi rol yapma yoluyla genç ve aile ile birlikte çalışılır, olası sorular yanıtlanır. Seans sonunda öğrenilen beş temel iletişim becerisi gözden geçirilir, genç ve ailenin deneyimleri paylaşılır. İletişim becerileri oturumları ile ilgili geri bildirim alınarak seans sonlandırılır.

2. 10. 3. Üçüncü modül: Problem Çözme Becerileri Eğitimi (6-9. Seans)

Problem çözme seanslarının amacı,

- İşlevsellik kaybı veya sıkıntı belirtileri olan bir aile üyesi ile etkileşimdeki zorluklarla baş etmek,
- Bu zorluklar nedeniyle gelişebilecek aile içi sıkıntıyı ve gerginliği azaltmak,
- Ailede zorlu sorunlara ilişkin konular hakkında diyalog kurmak,
- Gündeme getirilen sorunlara ilişkin duyguları, düşünceleri, çözüm önerilerini ifade etmek için bir aile toplantısı yapılmasını mümkün kılmak,
- Gençlere ve aile üyelerine problemleri çözmek için bir çerçeve sunmaktır.

Ek olarak tedavi programına uyum sağlama konusunda ve bulguların geri gelmesini/ kötüleşmesini önlemek için oluşturulan önleme eylem planının uygulanması sırasında karşılaşılan sorunları çözmek için de problem çözme becerileri kullanılabilir.

2. 7. 3. 1. Yedinci Seans: Problem çözme becerilerine giriş

Problem çözme becerileri genç ve aileye karşılaşılabilecekleri olası bir problem çözmeyi deneyebilecekleri bir model sunar. Problem çözme becerisi basamakları aile ile birlikte

incelenir. Model açıklandıktan sonra genç ve aileden günlük yaşamlarında sıkça karşılaştıkları bir problem seçmeleri istenir. Terapist, genç ve aile belirlenen bir problem üzerinde birlikte problem çözme basamaklarını kullanarak çalışır. Problem çözme becerileri uygulanırken önceki seanslarda öğrenilen iletişim becerilerine de ihtiyaç duyuldukça başvurulur. Seansta örnek bir problem çözme uygulaması yapıldıktan sonra, genç ve aileden ev ödevi olarak bir uygulama yapması ve sonuçlarını sonraki seansta terapistle paylaşması istenir. Gencin ve ailenin olası soruları yanıtlanarak seans sonlandırılır.

2. 7. 3. 2. Sekizinci Seans: Problem çözme becerilerinin uygulanması

Bir önceki seansın değerlendirilmesi ve ev ödevinin gözden geçirilmesi ile seansa başlanır. Problem çözme becerileri uygulanırken ortaya çıkmış olabilecek sorunlar ve çözüm önerileri değerlendirilir. İşe yaramayan çözüm denemeleri için de gencin ve ailenin emeği takdir edilir. Ev ödevinin değerlendirilmesinden sonra seansa başlanır. Bu seansta gencin ve ailenin seçtiği bir problem daha uygulamalı olarak problem çözme becerileri kapsamında değerlendirilir. Ev ödevi olarak önleme eylem planı için 3. haftada verilen alıştırmaların gözden geçirilmesi istenir. Bir sonraki seansın son seans olduğu ve önleme eylem planı oluşturma hedefi hatırlatılır. Gencin ve ailenin olası soruları yanıtlanarak seans sonlandırılır.

2. 7. 3. 3. Dokuzuncu Seans: Önleme planının gözden geçirilmesi, tedaviyi sonlandırma

Bir önceki seansın değerlendirilmesi ve ev ödevinin gözden geçirilmesi ile seansa başlanır. Son seansta önleme eylem planı oluşturmaya devam edilir. İşe yarayan başa çıkma yöntemleri önleme eylem planına dahil edilir. Önleme eylem planı uygulanırken gencin ve ailenin karşısına çıkabilecek olası problemlerin çözümüne dair problem çözme becerileri tekrar gözden geçirilir. Sonlandırma seansında psiko eğitim, iletişim becerileri ve problem çözme becerileri eğitimleri tekrar değerlendirilir, genç ve aileden geri bildirim alınır. İhtiyaç duyuluyorsa genç veya ailenin talebi ile ek oturumlar planlanabilir. Değerlendirmeler ve geri bildirimler alındıktan sonra terapi sonlandırılır.

III. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

Araştırma Nisan 2022 – Eylül 2023 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniklerinde yapılmıştır.

3. 2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Araştırma örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda en az bir deneyimli klinisyen tarafından uygulanmış olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) K-SADS P-L veya DSM IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV) ile tanıları kesinleştirilmiş ve DSM IV tanı ölçütlerine göre Bipolar Bozukluk Tip I-II, şizofreniform bozukluk veya şizofreni kriterlerini karşılayan, atak sonrası remisyon sağlanmış hastalar arasından gönüllülük esasına göre oluşturulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden 15-21 yaş arası genç ve en az bir ebeveyni değerlendirilmeye alınmıştır. Terapi oturumlarına 12 bipolar bozukluk ve 11 psikotik bozukluk tanıli genç ve ebeveyni katılmaya gönüllü olmuş, aile odaklı terapi oturumlarını tamamlayan 10 bipolar bozukluk ve 10 psikotik bozukluk tanıli genç ve ebeveyni çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Olguların çalışmaya katılırken görüşmelere uyum ve çalışmanın sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla aktif epizodda olmamaları (olguların eşik altı manik ya da depresif belirtileri olabilir ancak aktif olarak manik ya da depresif epizodu karşılamamaları beklenmektedir. HDRS $\leq$ 21, YMRS $\leq$ 14),
2. Klinik olarak zeka geriliğini düşündüren bulgusu olmaması ve okuma yazma kapasitesine sahip olmaları olgu grubu seçiminde dikkate alınan diğer ölçütler arasındadır.

3. Anne babaların görüşmeyi sürdürmeyi engelleyecek düzeyde bir bilişsel yetersizliği ya da psikopatolojisi olmaması ve okuma yazma bilgisine sahip olması işleme ölçütlerindendir.
4. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre yıkıcı davranış bozuklukları ve anksiyete bozuklukları eş tanıları içlenmiştir.

Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

1. Nörolojik rahatsızlıklar ve bilişsel işlevleri etkileyecek ciddi bedensel rahatsızlık varlığı,
2. Belirtilerin madde kullanımına ya da tıbbi bir hastalığa bağlı olması,
3. Otizm spektrum bozukluğu tanısının olması,
4. Alkol ve madde kötüye kullanımı eş tanılarını taşıyan çocuk ve gençler dışlanmıştır.

3.3 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralandığı gibidir:

- 1- Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk erken dönemde uygulanan aile terapi oturumları gençlerin hastalık semptomları ve psikososyal işlevsellikleri üzerinde anlamlı düzeyde olumlu etkiye sahiptir.
- 2- Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk erken dönemde uygulanan aile odaklı terapi oturumları bireylerin duygu dışavurum düzeylerini azaltmada ve başa çıkma kapasitelerini artırmada anlamlı düzeyde etkindir.
- 3- Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk erken dönemde uygulanan aile odaklı terapi oturumları aile uyum yeteneği ve aile bireylerinin yaşam kalitesini artırma ve algılanan aile yükünü azaltmada anlamlı düzeyde etkilidir.
- 4- Uygulanan aile odaklı terapinin sonuçları değerlendirildiğinde psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı bireyler ve ailelerinin yararlanımları arasında anlamlı bir fark vardır.

- 5- Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk erken dönemde aktif olarak aile odaklı terapi alan grupta semptomatoloji, psikososyal işlevsellik, hastalığa yönelik içgörü, duygu dışavurum düzeyleri ve başa çıkma becerileri ile ailelerin uyum yeteneği, algılanan aile yükü ve yaşam kalitesi kriterlerindeki yararlanım bipolar bozukluk tanılı olan genç ve ailelerinde psikotik bozukluk tanılı gençlere ve ebeveynlerine göre daha fazla olacaktır.

3. 4. ARAŞTIRMA TİPİ

Çalışma; tek merkezli, iki disiplinli bir izlem araştırması olarak planlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonundan etik onay alınmıştır.

3. 5. UYGULAMA

Belirtilen tarihlerde Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerinde tedavi gören genç ve ebeveynlerine yazılı ve sözlü bilgilendirme yapıldıktan sonra, çalışmaya katılmaya gönüllü olan genç ve aileler çalışmaya dahil edilmiştir. Terapi oturumlarına başlanmadan önce bağımsız bir klinisyen tarafından sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve gencin mevcut hastalık belirtileri ve işlevselliği Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDRS), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS), Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Kısa Negatif Semptom Ölçeği (BNSS), Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) ve Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (SUMD) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca gençlerden Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu (Brief-COPE), Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (WHOQOL), Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği (Mc Master Family Assessment Device) doldurmaları istenmiştir. Eş zamanlı olarak ebeveyninden de Beck Depresyon Ölçeği (BDI), Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (WHOQOL), Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği (Mc Master Family Assessment Device) doldurmaları istenmiştir.

Bu değerlendirme bağımsız değerlendirici tarafından terapi oturumları öncesinde ve sonrasında toplam iki kez olmak üzere yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmeye alınmıştır.

Terapiye iki ebeveynin katıldığı durumlarda formu dolduracak kişiye ebeveynlerin kendilerinin karar vermesi istenmiştir.

3. 6. AİLE ODAKLI TERAPİ UYGULAMASI

Miklowitz ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geliştirilen “*Bipolar Bozukluk veya Psikoz için Yüksek Risk Grubundaki Ergenler ve Genç Erişkinler için Aile Odaklı Terapi*” rehberi kullanılarak gerçekleştirilen terapi oturumları pratik uygulama açısından Prof. Dr. David Miklowitz’in yazılı izni alınarak revize edilmiştir. Toplamda 9 oturum olarak planlanmış olup 3 oturum bireysel veya grup halinde düzenlenecek olan psikoeğitim oturumları, 3 oturum genç ve aile ile birlikte bireysel yapılacak olan iletişim becerileri oturumları ve 3 oturum genç ve aile ile birlikte bireysel yapılacak olan problem çözme becerileri oturumları olarak düzenlenmiştir. Oturumlar asgari haftada bir sıklıkta yapılmış olup terapi 9 seansta tamamlanmıştır. Ailenin özel durumu ya da çalışma dışı sebepler nedeniyle seanslar arası 2 haftadan daha fazla ara verilmek durumunda kalındığında ek hatırlatma oturumu yapılmıştır.

Araştırma kapsamında klinisyen tarafından yapılan görüşmelerle gençlerin terapi oturumları öncesi ve sonrasında semptomları, psikososyal işlevsellikleri, hastalığa yönelik içgörülerini değerlendirilmiş olup ebeveynin duygu dışavurum düzeyleri ve gençlerin başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi ve ailelerin uyum yeteneği, algılanan aile yükü ve yaşam kalitesindeki değişimin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Terapi oturumlarının etkilerinin ayrıntılı incelenmesi açısından terapi oturumları tamamlandıktan sonra aynı ölçümler tekrarlanmış, grupların kendi içerisindeki değişimleri ve iki grup arasındaki değişimler istatistiksel olarak incelenmiştir.

3. 7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Gençlere uygulanan değerlendirme araçları:

3. 7. 1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form gençlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla literatür temel alınarak, yazar tarafından oluşturulmuştur. Örneklemde yer alan gençlerin yaşları, cinsiyetleri, eğitim ve meslek/iş durumları, nörogelişimsel ve psikososyal gelişim öyküleri, travma öyküsü, madde ve alkol kullanımı, tıbbi eş tanıları, aile öyküleri araştırılmıştır.

3. 7. 2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime Version, K-SADS)

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu, 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve araştırılmasında kullanılan yarı yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşmedir. Hem çocuklar hem de bakım verenleriyle yapılan görüşmelerin sonucunda şizofreni spektrum bozuklukları, duygudurum spektrum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, nörogelişimsel bozukluklar, madde kötüye kullanım bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve yeme bozuklukları tanıları değerlendirilir. Kaufman ve arkadaşları [158] tarafından geliştirilen görüşmenin DSM-5 formunun Türkçe geçerlilik-güvenilirliği Gökler ve arkadaşları [159] tarafından yapılmıştır.

3. 7. 3. DSM IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV)

Araştırma ekibi tarafından 18 yaş üzeri gençlere DSM IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID) uygulanmıştır. Görüşme hastalarda DSM-IV ölçütlerine göre I. eksen tanıları koymak için First ve arkadaşları [160] tarafından oluşturulmuş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çorapçıoğlu ve arkadaşları [161] tarafından yapılmıştır.

3. 7. 4. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms - SAPS):

SAPS şizofrenide pozitif belirtilerin düzeyini, dağılımını ve şiddetinin ölçmeyi amaçlayan klinisyenin değerlendirdiği bir ölçektir. Varsanılar, sanrılar, garip (bizar) davranış ve pozitif formal düşünce bozukluğu olmak üzere 4 alt ölçek, toplam 34 madde içermektedir. Andreasen ve arkadaşları [162] tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik-güvenilirliği Erkoç ve arkadaşları [163] tarafından yapılmıştır.

3. 7. 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS)

Depresyon düzey ve şiddetini ölçen, klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir ve tedavinin izleminde yardımcı olur. 0-4 arasında puanlanan 17 soru içerir. Ölçeğin toplam puanı 0-51 arasında değişir. Kesme noktaları <7 normal, 8-13 hafif derece, 14- 18 orta derece, 19-22 şiddetli >23 çok şiddetli olarak saptanmıştır. Ölçek Hamilton [164] tarafından geliştirilmiş ve Akdemir ve arkadaşları [165] tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3. 7. 6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale - YMRS)

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), manik semptomların şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. 11 maddenin 7 tanesi 0-4 aralığında, diğer 4 madde ise 0-8 puan aralığında derecelendirilir. Tüm maddelerin toplamı ile toplam ölçek skoru belirlenir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından [166] yapılmıştır.

3. 7. 7. Kısa Negatif Belirti Ölçeği (Brief Negative Symptom Scale - BNSS)

13 maddeden oluşur ve anhedoni, stres, asosyallik, avölüsyon, duygulanımda küntlük ve aloji alanlarından oluşan altı alt ölçeği bulunmaktadır: Ölçeğin kullanım kılavuzunda yarı yapılandırılmış görüşme için önerilen soruları içeren yönerge bulunmaktadır. Maddeler 0-6 puan aralığında değişmektedir, semptomun olmayışı ile (0) semptomun çok ciddi olması (6) arasında değerlendirme değişir. 13 maddenin puanı toplanarak 0'dan 78'e kadar olabilen ölçeğin total skoru elde edilir. Aynı şekilde alt ölçekler için de her alt maddenin puanı toplanır. Ölçek Kirkpatrick ve arkadaşları [167] tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Dr. Irmak Polat Nazlı ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır [168].

3. 7. 8. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale - PSP)

Ölçek kişisel ve sosyal performansı sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, öz bakım, rahatsız edici ve saldırgan davranışlar olmak üzere 4 alt boyutta değerlendirir. 6'lı likert tipi derecelendirme (1=yok – 6=çok şiddetli) kullanılmıştır. Ölçekten

alınabilecek puan 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Dr. Ömer Aydemir ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır [169].

3. 7. 9. Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği - AHİÖ (Scale of Unawareness of Mental Disorder - SUMD)

Ölçek 1993 yılında Amador ve arkadaşları [170] tarafından psikiyatrik hastalıklarda içgörüyü değerlendirmek için geliştirilmiştir, klinisyen tarafından uygulanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Dr. Emre Bora ve arkadaşları [171] tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin ilk 3 maddesi, şimdiki zaman (değerlendirmenin yapıldığı zamanki durum) için değerlendirilmiş olup puanlar toplanarak toplam puan elde edilmiştir. Her madde için 1-5 arasında değişen puanlarda yüksek puan içgörü zayıflığını göstermektedir.

3. 7. 10. Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu (Brief COPE)

Baş Çıkma Stratejileri Kısa Formu, Carver, Scheier ve Weintraub [172] tarafından geliştirilmiş ve insanların strese karşı gösterdikleri farklı davranışları ölçen Baş Çıkma Stratejileri (COPE) adlı ölçeğin Carver tarafından geliştirilen kısa formudur [173]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bacanlı ve arkadaşları [174] tarafından yapılmıştır. Baş Çıkma Stratejileri Kısa Formu 14 alt ölçekten oluşmaktadır. Her maddeye verilecek yanıtlar “bunu hiç yapmıyorum” dan “bunu çok yapıyorum” a kadar uzanan seçeneklerden oluşan bir ölçek üzerinde yapmama yapma yönünde 1 ile 4 arasında ağırlıklandırılmıştır. Her bir alt ölçekten alınabilecek ham puan 2 ile 8 arasında değişmektedir. BÇS Kısa Formunun 14 alt ölçek ve 3 alt ölçek boyutu sıralandığı gibidir: Problem odaklı başa çıkma yöntemleri: 1. Planlama, 2. Diğer etkinlikleri bırakma, 3. Kendini sınırlandırma, 4. Amaca yönelik sosyal destek arama; Duygusal odaklı başa çıkma yöntemleri: 5. Duygusal sosyal destek arama 6. Olumlu yeniden yorumlama, 7. Kabullenme, 8. Mizah, 9. Dine yönelme; İşlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri: 10. Duygulara odaklanma ve ortaya koyma, 11. Yadsıma, 12. Davranışsal ilgiyi kesme, 13. Zihinsel ilgiyi kesme, 14. İlaç/alkol kullanımı.

3. 7. 11. Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ)

Nelis ve arkadaşları [175] tarafından geliştirilen ölçek, Vural ve arkadaşları [176] tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek son üç ay içinde, katılımcının

hayatındaki en etkili kişiden algılanan duygu dışavurumunu ölçen 33 maddeden oluşmaktadır. KDDD ölçeğinin üç alt ölçeği duygusal destek yokluğu (DDY), sinirlilik ve müdahaleciliştir. Yüksek skorlar, yüksek düzeyde duygu dışavurumuna işaret eder. Ölçek ergenin kendisi tarafından doldurulur. “(1) doğru değil” ile “(4) doğru” uçlarına sahip, 4 birimli likert tipi derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanır.

Ebeveynlere uygulanan değerlendirme araçları:

3. 7. 12. Beck Depresyon Ölçeği - BDÖ (Beck's Depression Inventory - BDI)

Beck tarafından 1961'de geliştirilen, yaygın olarak kullanılan, öz-bildirime dayalı bir ölçektir [177]. BDÖ, depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla oluşturulmuştur. Karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Hisli [178] tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. BDÖ'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür.

3. 7. 13. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Zarit Caregiver Burden Scale)

Ölçek Zarit ve ark. tarafından geliştirilmiştir [179]. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği İnci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [180]. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir.

Gençlere ve ailelere uygulanan ölçekler:

3. 7. 14. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL):

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir ölçek olarak World Health Organization – Quality of Life (WHOQOL) geliştirilmiş, dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ölçeği arasından seçilen 26 soru ile kısaltılmış formu WHOQOL-BREF oluşturulmuştur [181]. WHOQOL-BREF ölçeği, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 4 alandan oluşmaktadır. Türkçe'ye Eser ve arkadaşları [182] tarafından uyarlanmıştır.

3. 7. 15. Aile Değerlendirme Ölçeği (Mc Master Family Assessment Device)

Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği aile işlevlerini çeşitli boyutlarda ölçmek üzere geliştirilmiştir [183]. Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler olarak yedi alt ölçekten oluşan ADÖ 60 maddedir.

Problem Çözme (Problem Solving): Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde sorunlarını çözebilme kapasitesi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından, çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsayan problem çözme alt boyutu altı maddeden oluşur ve alt boyuttaki maddeler (2, 12, 24, 38, 50, 60) sağlıklı işlevleri göstermektedir.

İletişim (Communication): İletişim alt boyutunda aile üyelerinin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmek istenmektedir. İletişim alt boyutundaki 3, 18, 29, 43, 59'uncu maddeler sağlıklı; 14, 22, 35, 52'nci maddeler sağlıklı işlevleri göstermektedir.

Roller (Roles): Bu alt boyut, ailenin kaynaklarının kullanımı, bakım, destek ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı oluşturup oluşturmadığı üzerine odaklanmaktadır. Ayrıca bu boyut, görevlerin aile üyelerine eşit dağılıp dağılmadığını ve bireyler tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmediğini de içermektedir. Alt boyuttaki 10, 30, 40 'ıncı maddeler sağlıklı; 4, 8, 15, 23, 34, 45, 53, 58'inci maddeler sağlıklı işlevleri göstermektedir.

Duygusal Tepki Verebilme (Affective Responsiveness): Aile üyelerinin bir dizi uyaran karşısında uygun duyguyu ne ölçüde deneyimleyebildiklerini değerlendirir. Alt boyutta sevgi,

mutluluk, neşe gibi olumlu duyguların yanında; kızgınlık, üzüntü, korku gibi olumsuz duygular da bulunmakta olup altı maddeden oluşmaktadır. Duygusal tepki verebilme alt boyutundaki 49, 57'nci maddeler sağlıklı; 9, 19, 28, 39'uncu maddeler sağlıksız işlevleri göstermektedir.

Gereken İlgiyi Gösterme (Affective Involment): Aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi ve değeri değerlendirmeyi amaçlar. Sağlıklı aileler, ne çok az ne de çok, orta düzeyde katılıma sahiptir. Gereken ilgiyi gösterme alt boyutu yedi maddeden oluşur ve maddeler (5, 13, 25, 33, 37, 42, 54) sağlıksız işlevleri göstermektedir.

Davranış Kontrolü (Behavior Control): Davranış kontrolü, ailenin üyelerinin davranışlarına ilişkin standartları ve sürdürme biçimlerini ifade eder. Kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt boyutta ele alınmakta ve dokuz maddeden oluşmaktadır. Davranış kontrolü alt boyutundaki 20, 32 55'inci maddeler sağlıklı; 7, 17, 27, 44, 47, 48'inci maddeler sağlıksız işlevleri göstermektedir.

Genel İşlevler (General Functioning): İfade edilen altı alt ölçeği de kapsayacak şekilde ailenin genel işlevlerini değerlendirir ve on iki maddeden oluşur. Genel işlevler alt boyutundaki 6, 16, 26, 36, 46, 56'nci maddeler sağlıklı; 1, 11, 21, 31,41, 51'inci maddeler sağlıksız işlevleri göstermektedir.

Ölçek “aynen katılıyorum” bir puan ile “hiç katılmıyorum” dört puan arasında değişen dört seçenek üzerinden puanlanmaktadır. Teorik olarak 2 ayırt edici puan olarak belirlenmiştir. 2'nin altı sağlıklı, 2'nin üzeri sağlıksız aile işlevlerini göstermektedir. On iki yaş üzerindeki tüm aile üyelerine ve gencin kendisine aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla uygulanabilmektedir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması Bulut [184] tarafından yapılmıştır.

3. 8. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 26.0 paket yazılım programında değerlendirilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare); gözlenen değerler arasında 5'ten küçük değer olduğunda Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Çalışmada ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayısı hesaplanmış, Kolmogrov-Smirnov Testi uygulanmıştır. Sayısal değişkenler normal dağılım gösterdiğinden iki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Terapi öncesi-sonrası grup içi sonuçların değerlendirilmesinde ise bağımlı örneklem t testi kullanılmıştır. Grupların zaman içindeki değişimi ise Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA (Repetitive Measures ANOVA) yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup grup*zaman etkisine

bakılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Pearson korelasyon testinden yararlanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya alınacak örneklem büyüklüğü hesaplanırken G Power 3.1.9.2 programı üzerinden güç analizi yapılmıştır. Literatür incelendiğinde psikososyal müdahalelerinin etki büyüklüğünün küçük-orta etki boyutunda olduğu görülmüş olup hesaplamada etki boyutu 0,25 olarak, α değeri 0,05, güç değeri $(1-\beta)$ 0,80 olarak alınmıştır. Güç analizi sonucunda çalışmaya 17 bipolar bozukluk ve 17 psikotik bozukluk olmak üzere toplam 34 kişi alınmasına karar verilmiştir. Belirlenen tarihlerde polikliniğimizde takipli olan 12 bipolar bozukluk ve 11 psikotik bozukluk tanılı genç ve aile terapi oturumlarına katılmayı kabul etmiş olup terapi oturumlarını tamamlayan 10 bipolar bozukluk ve 10 psikotik bozukluk olmak üzere toplam 20 genç ve aile çalışmaya dahil edilmiştir.

IV. BÖLÜM: BULGULAR

4. 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

4. 1. 1. Yaş

Bipolar bozukluk tanıli gençlerin yaş ortalaması 16.50 ± 0.85 ; psikotik bozukluk tanıli gençlerin yaş ortalaması ise 16.45 ± 1.50 bulunmuştur. Her iki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0.93$) (Tablo1).

4. 1. 2. Cinsiyet

Çalışmamızdaki gruplar cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde Bipolar bozukluk tanıli gençlerin %60'ının ($n=6$) ve psikotik bozukluk tanıli gençlerin %50'sinin ($n=5$) kız cinsiyette olduğu görülmüştür. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=1.0$) (Tablo1).

4. 1. 3. Eğitim süresi

Bipolar bozukluk tanıli gençlerin eğitim süresi ortalamaları 11.2 ± 0.79 yıl; psikotik bozukluk tanıli gençlerin eğitim süresi ortalamaları ise 10.3 ± 1.25 bulunmuştur. Grupların eğitim süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.07$).

4. 1. 4. Anne ve babanın eğitim yılı

Bipolar bozukluk tanıli gençlerin annelerinin eğitim süresi ortalamaları 12.1 ± 3.6 yıl; psikotik bozukluk tanıli gençlerin annelerinin eğitim süresi ortalamaları ise 10.5 ± 4.4 bulunmuştur. Anne eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.38$). Bipolar bozukluk tanıli gençlerin babalarının eğitim süresi ortalamaları 9.4 ± 5.1 yıl; psikotik bozukluk tanıli gençlerin babalarının eğitim süresi ortalamaları 11.7 ± 4.9 bulunmuştur. Baba eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.32$).

Tablo 1. Sosyodemografik veriler

	Bipolar Bozukluk Ortalama $\pm$ SS	Psikotik Bozukluk Ortalama $\pm$ SS	p
Yaş	16.50 (0.85)	16.45 (1.50)	0.93
Cinsiyet (K/E) (n)	6/4	5/5	1.0*
Eğitim süresi	11.2 (0.79)	10.3 (1.25)	0.07
Annenin eğitim yılı	12.1 (3.6)	10.5 (4.4)	0.38
Babanın eğitim yılı	9.4 (5.1)	11.7 (4.9)	0.32

* Fisher'ın kesin testi

4. 1. 5. Sigara-Alkol ve Madde Kullanımı

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı bireylerin herhangi birinde sigara-alkol ve madde kullanımına rastlanmamıştır.

4. 1. 6. Aile öyküsü

Çalışmamıza katılan gruplar birinci ve ikinci derece akrabalarında psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk ve nörogelişimsel bozukluk öyküsü olup olmamasına göre karşılaştırılmıştır. Bipolar bozukluk tanılı gençlerin aile öyküsü incelendiğinde %30 oranında (n=3) ikinci derece akrabalarda bipolar bozukluk öyküsü mevcut olup psikotik bozukluk tanılı gençlerin aile öyküsünde bipolar bozukluk öyküsü bildirilmemiştir (n=0). Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı gençlerin ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü açısından aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı gençlerin aile öyküsü Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Aile öyküsü

	Bipolar Bozukluk n (%)	Psikotik Bozukluk n (%)	p*
Birinci derece akrabalarda psikotik bozukluk	1 (10.0)	0 (0)	1.0
İkinci derece akrabalarda psikotik bozukluk	1 (10.0)	2 (20.0)	1.0
Birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk	1 (10.0)	0 (0)	1.0
İkinci derece akrabalarda bipolar bozukluk	3 (30.0)	0 (0)	0.211
Birinci derece akrabalarda majör depresif bozukluk	2 (20.0)	3 (30.0)	1.0
Birinci derece akrabalarda nörogelişimsel bozukluk	2 (20.0)	1 (10.0)	1.0

* Fisher'ın kesin testi

4. 2. GELİŞİMSEL ÖYKÜ, HASTALIK VE KOMORBİDİTE

4. 2. 1. Gelişimsel Öykü ve Psikiyatrik Komorbidite

Her iki grupta yer alan gençlerle yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (K-SADS-PL DSM-5) veya DSM IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV yapılarak geçmiş ve güncel psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk grubunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu en çok saptanan tanı olmuştur (n=4). Psikotik bozukluk tanılı gençlerin %40'ından (n=4) perinatal komplikasyon/zor doğum öyküsü alınmıştır. Bipolar bozukluk tanılı gençlerin %30'unda (n=3) ek psikiyatrik hastalık tanısı saptanmış olup psikotik bozukluk tanılı gençlerin %70'inde (n=7) ek psikiyatrik hastalık tanısı mevcuttur. Saptanan psikiyatrik tanıları ve mevcut p değerleri Tablo 3 ve Tablo 4'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Her iki grup arasında gelişimsel öykü ve psikiyatrik hastalık komorbiditesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Gelişimsel öykü

	Bipolar Bozukluk n (%)	Psikotik Bozukluk n (%)	p*
Perinatal komplikasyon/zor doğum	2 (20.0)	4 (40.0)	0.628
Enürezis	1 (10.0)	2 (20.0)	1.0
Gelişimsel koordinasyon bozukluğu	0 (0.0)	1 (10.0)	1.0
Motor/dil gelişiminde gecikme	3 (30.0)	3 (30.0)	1.0
Özgül öğrenme bozukluğu	1 (10.0)	0 (0.0)	1.0
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	4 (40.0)	2 (20.0)	0.628
Epilepsi	0	0	.
Kafa Travması	0	0	.
Çocukluk çağı travması	0	0	.

* Fisher'in kesin testi

Tablo 4. Psikiyatrik komorbidite

	Bipolar bozukluk n (%)	Psikotik bozukluk n (%)	p*
Yaygın anksiyete bozukluğu	1 (10.0)	3 (30.0)	
Sosyal anksiyete bozukluğu	1 (10.0)	2 (20.0)	
Obsesif kompulsif bozukluk	1 (10.0)	2 (20.0)	
Psikiyatrik ek tanı	3 (30.0)	7 (70.0)	0.179

* Fisher'in kesin testi

4. 2. 3. Hastalık süresi

Çalışmamıza katılan gençler tanı aldıkları zaman ile terapiye başlangıç tarihi arasındaki süre (hastalık süresi) açısından değerlendirildiğinde bipolar bozukluk grubunun ortalama hastalık süresi 13.5 ay, psikotik bozukluk grubunun ortalama hastalık süresi 12.6 ay olarak bulunmuştur. Hastalık süresi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hastalık süresi

	Bipolar bozukluk Ortalama $\pm$ SS	Psikotik bozukluk Ortalama $\pm$ SS	t	p
Hastalık süresi (ay)	13.5 (6.88)	12.6 (6.92)	-0.29	0.77

4. 2. 4. Psikotrop kullanımı

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk grubundaki gençlerin ilaç kullanım durumları Tablo 6'da gösterilmiştir. Bipolar bozukluk tanılı gençlerin %90'ı (n=9) antipsikotik ilaç kullanmakta olup psikotik bozukluk grubundaki bireylerin tümü (n=10) ilaç kullanmaktadır. Bipolar bozukluk grubundaki gençlerin n=6'sı duygudurum düzenleyici kullanmakta olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.011). Antipsikotik, antidepresan ve anksiyolitik ilaç kullanım durumları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 6. Psikotrop kullanımı

	Bipolar bozukluk n (%)	Psikotik bozukluk n (%)	p*
Antipsikotik kullanımı	9 (90.0)	10 (100.0)	1.0
Duygudurum düzenleyici kullanımı	6 (60.0)	0 (0.0)	0.011
Antidepresan kullanımı	4 (40.0)	0 (0.0)	0.087
Anksiyolitik kullanımı	1 (10.0)	2 (20.0)	1.0

* Fisher'ın kesin testi

4. 3. DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ

Klinik değerlendirme görüşmeleri Aile Odaklı Terapi oturumlarının başlangıcında ve bitiminde olmak üzere iki kez, terapi uygulamasından bağımsız klinisyenler tarafından gerçekleştirilmiştir. Klinik görüşmelerde Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Kısa Negatif Semptom Ölçeği, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği ve Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği kullanılmıştır. Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı gençlerin terapi öncesi klinik değerlendirme ölçek puanları bağımsız örneklem t-testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 7).

4. 3. 1. *Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği / HDDÖ (Hamilton Depression Rating Scale / HDRS)*

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı gençlerin terapi öncesi-sonrası grup içi ölçek puanları bağımlı örneklem t-testi ile değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk grubunda terapi öncesi-sonrası Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.003$). Psikotik bozukluk grubunda da terapi öncesi-sonrası Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Grupların zaman içindeki değişimi ise Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA (Repetitive Measures ANOVA) yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup grup*zaman etkisinde iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.062$, $p=0.81$) (Tablo 7).

4. 3. 2. *Young Mani Derecelendirme Ölçeği / YMDÖ (Young Mania Rating Scale / YMRS)*

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarında terapi öncesi-sonrası YMDÖ skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Grup*zaman etkisinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=1.9$, $p=0.18$) (Tablo 7).

4. 3. 3. *Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms / SAPS)*

Psikotik bozukluk grubunda terapi öncesi pozitif belirti ölçeği puan ortalaması daha yüksek olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır ($t=1.50$, $p=0.15$). Bipolar bozukluk grubunda pozitif belirtilerin grup içi değişimi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.045$). Psikotik bozukluk grubunda da terapi öncesi-sonrası Pozitif Belirtileri

Değerlendirme Ölçeği skorları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.016$). Grup*zaman etkisi değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=1.31$, $p=0.27$) (Tablo 7).

4. 3. 4. Kısa Negatif Belirti Ölçeği (Brief Negative Symptom Scale / BNSS)

Psikotik bozukluk grubunda terapi öncesi negatif belirti ölçeği puan ortalaması daha yüksek olup iki grup arasında psikotik bozukluk grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=4.11$, $p=0.001$). Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarında negatif belirtilerin aile odaklı terapi oturumları sonrası grup içi değişimi incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu gösterilmiştir (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.001$). Ancak gruplar arasında terapi öncesi-sonrası negatif semptom skorlarının değişimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($F=3.34$, $p=0.08$) (Tablo 7).

4. 3. 5. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale / PSP)

Bipolar bozukluk grubunda terapi öncesi bireysel ve sosyal performans ölçeği puan ortalaması daha yüksek olup iki grup arasında bipolar bozukluk grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3.65$, $p=0.002$). Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarında terapi öncesi-sonrası PSP skorlarının grup içi değişimleri her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). İki grubun işlevsellik puanları pozitif yönde etkilenmiş olup grupların zaman içerisindeki değişimi incelendiğinde iki grup arasında bipolar bozukluk grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($F=14.22$, $p=0.001$) (Tablo 7).

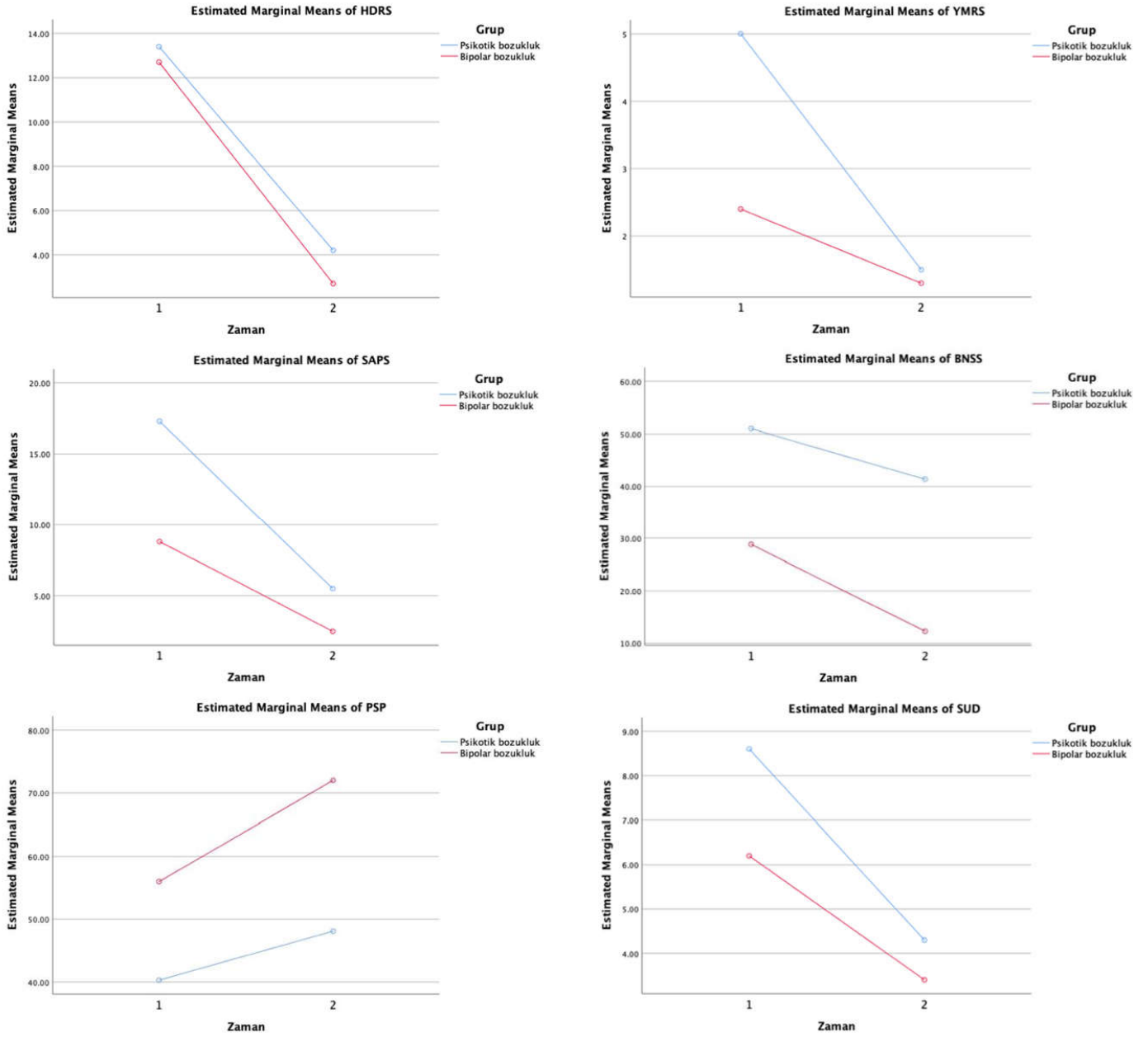
4. 3. 6. Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği (Scale of Unawareness of Mental Disorder / SUMD)

Her iki gruptaki bireylerin terapi sonrasında terapi öncesine göre hastalığa yönelik iç görü kazandığı gözlenmiş olup grup içi değişimler anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p=0.014$, $p=0.004$). Ancak bu anlamlılık gruplar arası analizlerde gösterilememiştir. ($F=1.07$, $p=0.31$). Tüm klinik veriler Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7. Klinik değerlendirme ölçek skorlarının karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	t	p	F	p	η_p^2
HDRS	Ön test	12.7 (8.49)	13.4 (6.52)	0.21	0.84	0.062	0.81	0.003
	Son test	2.7 (4.08)	4.2 (3.05)					
	p	0.003	0.001					
YMRS	Ön test	2.4 (2.37)	5 (4.99)	1.49	0.16	1.9	0.19	0.094
	Son test	1.3 (1.95)	1.5 (1.35)					
	p	0.11	0.06					
SAPS	Ön test	8.8 (9.25)	17.3(15.33)	1.50	0.15	1.31	0.26	0.071
	Son test	2.5 (4.14)	5.5 (7.66)					
	p	0.045	0.016					
BNSS	Ön test	28.8(14.41)	51.0(9.17)	4.11	0.001	3.34	0.08	0.156
	Son test	12.3(5.08)	41.4(11.30)					
	p	0.001	0.001					
PSP	Ön test	56.0 (9.19)	40.3(10.01)	-3.65	0.002	14.22	0.001	0.441
	Son test	72.0(4.83)	48.1(10.35)					
	p	0.000	0.000					
SUMD	Ön test	6.2 (3.29)	8.6 (4.14)	1.43	0.17	1.07	0.31	0.056
	Son test	3.4 (0.7)	4.3 (1.38)					
	p	0.014	0.004					

Şekil 1. Klinik değerlendirme ölçek skorlarının Aile Odaklı Terapi oturumları sonrası değişimi



4. 3. 7. Başa çıkma stratejileri kısa formu (Brief-COPE)

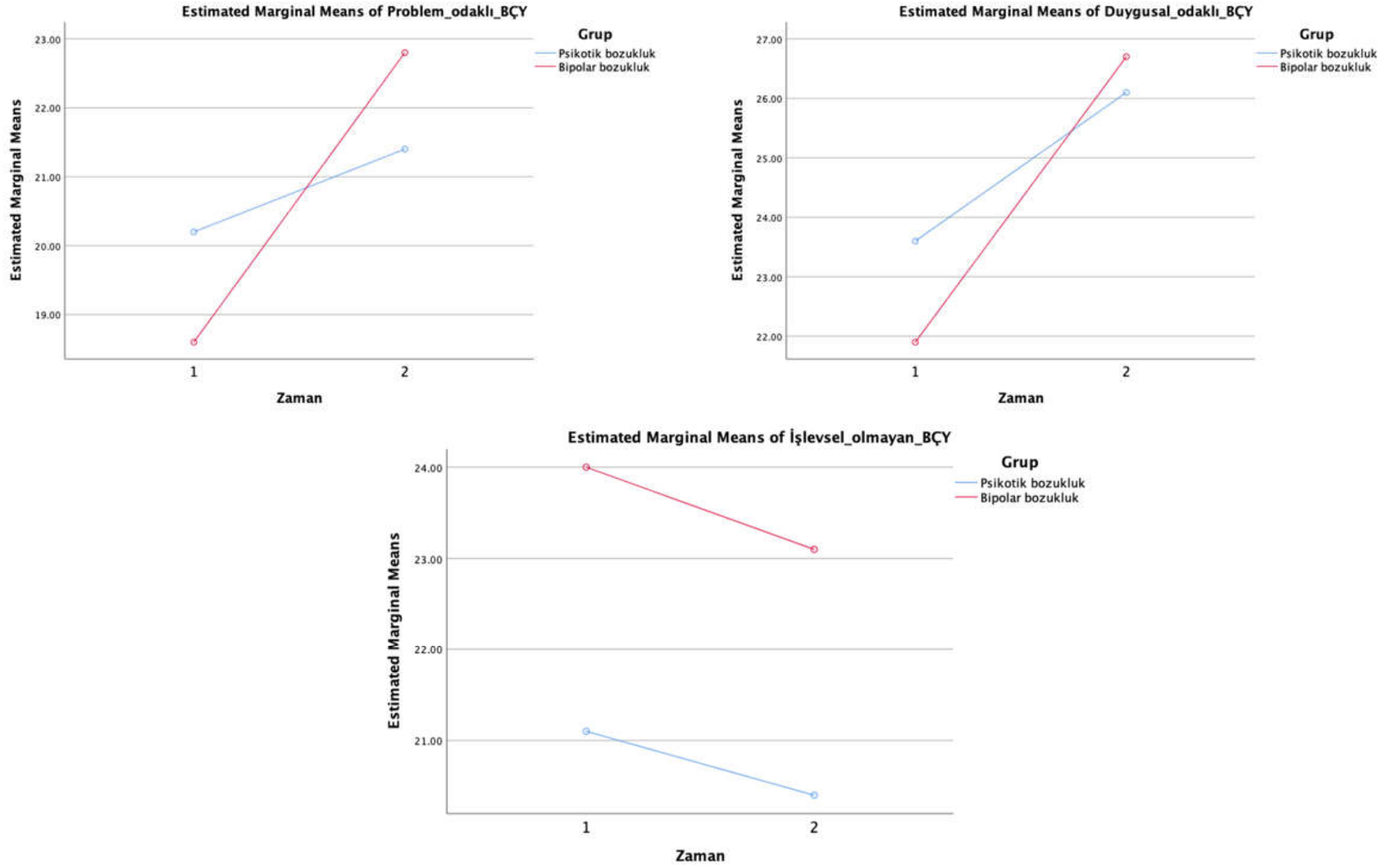
Başa Çıkma Stratejileri terapi öncesi ve sonrasında gençlerin kendilerinin doldurduğu Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu (Brief-COPE) ile değerlendirilmiştir. 14 alt ölçek puanı ‘Problem Odaklı Başa Çıkma Yöntemleri’, ‘Duygusal Odaklı Başa Çıkma Yöntemleri’ ve ‘İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Yöntemleri’ olmak üzere 3 alt boyutta değerlendirilmiştir.

Problem Odaklı Başa Çıkma Yöntemleri ve Duygusal Odaklı Başa Çıkma Yöntemleri alt boyut skorlarının her iki grupta da aile odaklı terapi oturumları sonrasında arttığı, İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Yöntemleri alt boyut skorlarının ise azaldığı gözlenmiştir. Aile odaklı terapi oturumlarının grup içi etkisinin istatistiksel değerlendirmesi sonucunda Bipolar bozukluk grubunda Problem Odaklı BÇY ve Duygusal Odaklı BÇY skorlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlılığını korurken (sırasıyla $p=0.04$, $p=0.05$) İşlevsel Olmayan BÇY skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.59$). Psikotik bozukluk grubunda Başa çıkma stratejileri alt boyutları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde değişim puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır. Her iki grupta terapi öncesi-sonrası değişimlerin gruplar arası zamana bağlı değişimi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark gösterilememiştir ($p>0.05$). Tüm veriler Tablo 8’de özetlenmiştir.

Tablo 8. Başa çıkma stratejileri alt boyutlarının karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	t	p	F	p	η_p^2
Problem odaklı BÇY	Ön test	18.6(5.06)	20.2(3.01)	0.86	0.40	1.91	0.18	0.096
	Son test	22.8(4.42)	21.4(4.01)					
	p	0.04	0.37					
Duygusa l odaklı BÇY	Ön test	21.9(4.36)	23.6(4.20)	0.89	0.39	0.87	0.37	0.046
	Son test	26.7(3.95)	26.1(5.53)					
	p	0.05	0.07					
İşlevsel olmayan BÇY	Ön test	24.0(7.18)	21.1(4.93)	-1.05	0.31	0.01	0.91	0.001
	Son test	23.1(4.95)	20.4(4.09)					
	p	0.59	0.41					

Şekil 2. Başa çıkma stratejileri alt boyut skorlarının Aile Odaklı Terapi oturumları sonrası değişimi



4. 3. 8. Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği

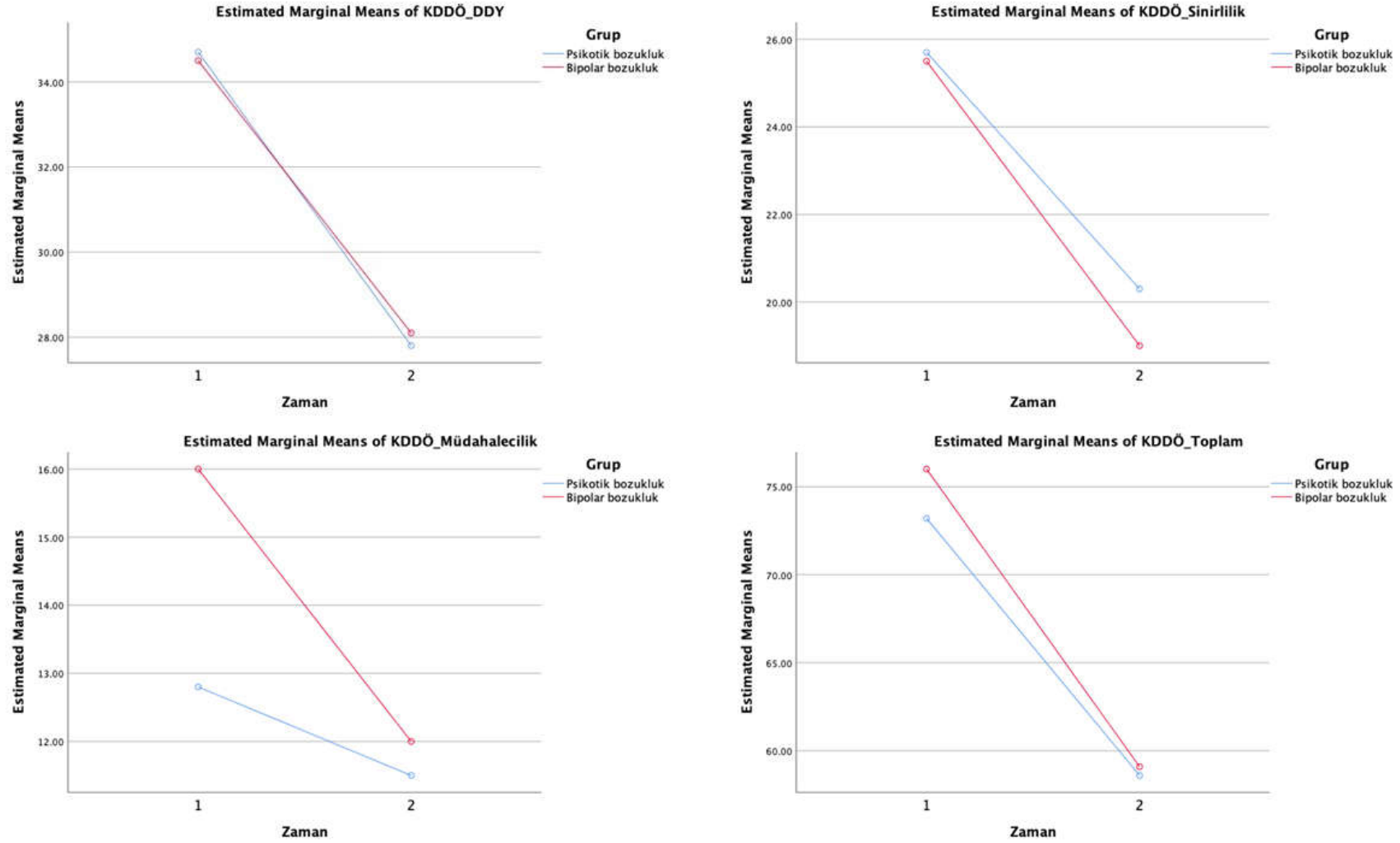
Gencin hayatındaki en etkili kişinin duygu dışavurumunu değerlendirdiği Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği, gençlerin kendilerinin doldurduğu 33 maddelik bir değerlendirme ölçeğidir. Gençlerden aile odaklı terapi oturumlarına birlikte katıldıkları ebeveynle ilgili olarak son 1 ay içerisindeki tutumlar için doldurmaları istenmiştir. Grupların terapi öncesi ölçek skorları bağımsız örneklem t-testi ile değerlendirilmiş olup gruplar arasında başlangıçta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Her iki grupta KDDÖ-Duygusal Destek Yokluğu alt ölçek puanlarının aile odaklı terapi sonrasında anlamlı ölçüde azaldığı görülmüştür ($p=0.01$, $p=0.004$). KDDÖ-Sinirlilik alt ölçeği skorlarında her iki grupta anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır ($p=0.02$, $p=0.005$). KDDÖ-Müdahalecilik alt ölçeği puanlarının bipolar bozukluk grubunda terapi sonrasında anlamlı ölçüde azaldığı gözlenmiş olup ($p=0.025$), psikotik bozukluk grubunda bu fark anlamlılığını yitirmiştir ($p=0.39$). KDDÖ-Toplam skorları değerlendirildiğinde grup içi değişim her iki grup için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.003$, $p=0.002$). Grupların zaman içindeki değişimi ise Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA yöntemi ile değerlendirilmiş olup grup*zaman etkisinde iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tüm bulgular Tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 9. Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	t	p	F	p	η_p^2
KDDÖ - DDY	Ön test	34.5(9.23)	34.7(11.64)	0.04	0.97	0.04	0.85	0.002
	Son test	28.1(9.64)	27.8(8.38)					
	p	0.01	0.004					
KDDÖ - Sinirlilik	Ön test	25.5(11.73)	25.7(5.79)	0.05	0.96	0.12	0.75	0.006
	Son test	19.0 (7.47)	20.3 (7.42)					
	p	0.02	0.005					
KDDÖ - Müdahalecilik	Ön test	16.0 (4.81)	12.8 (5.37)	-1.40	0.18	1.7	0.21	0.086
	Son test	12.0(2.36)	11.5 3.57)					
	p	0.025	0.39					
KDDÖ - Toplam	Ön test	76.0(23.38)	73.2(15.22)	-0.32	0.76	0.19	0.67	0.010
	Son test	59.1(16.84)	58.6(15.48)					
	p	0.003	0.002					

Şekil 3. Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği alt ölçek skorlarının Aile Odaklı Terapi oturumları sonrası değişimi



4. 3. 9. Aile Değerlendirme Ölçeği / ADÖ (Mc Master's Family Assessment Device / FAD)

4. 3. 9. 1. Aile Değerlendirme Ölçeği - ADÖ - Genç

Aile değerlendirme ölçeği gençlere ve terapiye katılan ebeveynlere terapi öncesi ve sonrasında verilmiş olup alt test puanları ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı gençlerin terapi öncesi aile değerlendirme alt ölçek puanları bağımsız örneklem t-testi ile değerlendirilmiş olup bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarında terapi öncesi-sonrası grup içi değerlendirmeleri bağımlı örneklem t-testi kullanarak değerlendirilmiştir. Grupların zaman içindeki değişimi ise Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA (Repetitive Measures ANOVA) yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Cinsiyet faktörü ve hastalık süresi kovaryant faktör olarak modele eklendiğinde anlamlı etki bulunamamıştır.

4. 3. 9. 1. 1. ADÖ - Genç Problem Çözme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi problem çözme alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=-0.91$, $p=0.38$). Her iki grubun terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.012$, $p=0.032$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=0.03$, $p=0.88$) (Tablo 10).

4. 3. 9. 1. 2. ADÖ - Genç İletişim Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi iletişim alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=-0.81$, $p=0.43$). Psikotik bozukluk grubunda terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p=0.011$), bipolar bozukluk grubundaki grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.07$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.41$, $p=0.53$) (Tablo 10).

4. 3. 9. 1. 3. ADÖ - Genç Roller Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi roller alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=0.07$, $p=1$). Psikotik bozukluk grubunda terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p=0.025$), bipolar bozukluk grubundaki grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.24$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.38$, $p=0.57$) (Tablo 10).

4. 3. 9. 1. 4. ADÖ - Genç Duygusal Tepki Verebilme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi duygusal tepki verebilme alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=-0.60$, $p=0.55$). Psikotik bozukluk grubunda terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p=0.021$), bipolar bozukluk grubundaki grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.08$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=0.01$, $p=0.94$) (Tablo 10).

4. 3. 9. 1. 5. ADÖ - Genç Gereken İlgiyi Gösterme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi gereken ilgiyi gösterme alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=-0.37$, $p=0.71$). Her iki grubun terapi oturumları öncesi-sonrası puanları ($p=0.45$, $p=0.99$) ve gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=0.49$, $p=0.49$) (Tablo 10).

4. 3. 9. 1. 6. ADÖ - Genç Davranış Kontrolü Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi davranış kontrolü alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=-0.28$, $p=0.79$). Psikotik bozukluk grubunda terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p=0.009$), bipolar bozukluk grubundaki grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.06$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde psikotik bozukluk grubunun lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=5.26$, $p=0.03$) (Tablo 10).

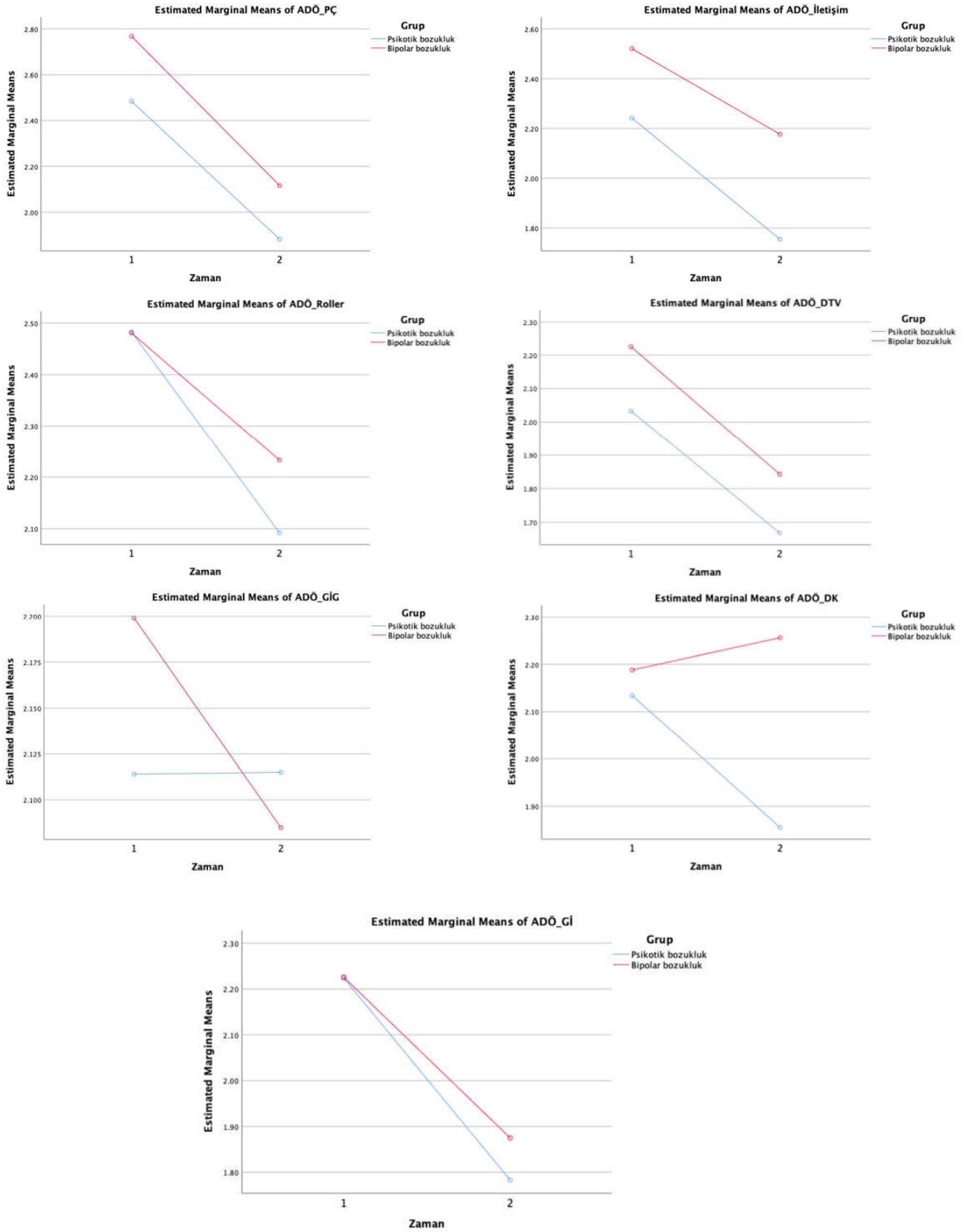
4. 3. 9. 1. 7. ADÖ - Genç Genel İşlevsellik Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi genel işlevsellik alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=-0.01$, $p=1.0$). Her iki grubun terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.016$, $p=0.003$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=0.31$, $p=0.59$) (Tablo 10).

Tablo 10. Aile Değerlendirme Ölçeği - Genç formunun alt test puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	t	p	F	p	η_p^2
ADÖ- PÇ	Ön test	2.77(0.68)	2.48(0.71)	-0.91	0.38	0.03	0.88	0.001
	Son test	2.12(0.54)	1.88(0.72)					
	p	0.012	0.032					
ADÖ- İ	Ön test	2.52(0.72)	2.24(0.82)	-0.81	0.43	0.41	0.53	0.022
	Son test	2.18(0.49)	1.76(0.72)					
	p	0.07	0.011					
ADÖ- R	Ön test	2.48(0.64)	2.48(0.65)	0.07	1.0	0.38	0.57	0.018
	Son test	2.23(0.43)	2.09(0.50)					
	p	0.24	0.025					
ADÖ- DTV	Ön test	2.23(0.57)	2.03(0.83)	-0.60	0.55	0.01	0.94	0.000
	Son test	1.84(0.31)	1.67(0.71)					
	p	0.08	0.021					
ADÖ- GİG	Ön test	2.20(0.47)	2.11(0.55)	-0.37	0.71	0.49	0.49	0.026
	Son test	2.09(0.21)	2.12(0.46)					
	p	0.45	0.99					
ADÖ- DK	Ön test	2.19(0.44)	2.13(0.44)	-0.28	0.79	5.26	0.03	0.226
	Son test	2.26(0.43)	1.86(0.34)					
	p	0.6	0.009					
ADÖ- Gİ	Ön test	2.23(0.78)	2.22(0.85)	-0.01	1.0	0.31	0.59	0.017
	Son test	1.88(0.62)	1.78(0.72)					
	p	0.016	0.003					

Şekil 4. Aile Değerlendirme Ölçeği-Genç formunun alt test puanlarının Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi



4. 3. 9. 2. Aile Değerlendirme Ölçeği - ADÖ - Ebeveyn

4. 3. 9. 2. 1. ADÖ - Ebeveyn Problem Çözme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi problem çözme alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=-0.6$, $p=0.56$). Bipolar bozukluk grubunda terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p=0.013$), psikotik bozukluk grubundaki grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.07$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=0.14$, $p=0.71$) (Tablo 11).

4. 3. 9. 2. 2. ADÖ - Ebeveyn İletişim Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi iletişim alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=0.8$, $p=0.44$). Bipolar bozukluk grubunda terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında anlamlı fark bulunmuş olup ($p=0.023$), psikotik bozukluk grubundaki grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.16$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=0.26$, $p=0.6$) (Tablo 11).

4. 3. 9. 2. 3. ADÖ - Ebeveyn Roller Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi roller alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=0.02$, $p=0.55$). Her iki grubun terapi oturumları öncesi-sonrası puanları ($p=0.13$, $p=0.07$) ve gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=0.02$, $p=0.9$) (Tablo 11).

4. 3. 9. 2. 4. ADÖ - Ebeveyn Duygusal Tepki Verebilme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi duygusal tepki verebilme alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=0.77$, $p=0.45$). Her iki grupta terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.07$, $p=0.07$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.13$, $p=0.72$) (Tablo 10).

4. 3. 9. 2. 5. ADÖ - Ebeveyn Gereken İlgii Gösterme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi gereken ilgiyi gösterme alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.27$, $p=0.24$). Her iki grubun terapi oturumları öncesi-sonrası puanları ($p=0.27$, $p=0.10$) ve gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.73$, $p=0.41$) (Tablo 11).

4. 3. 9. 2. 6. ADÖ - Ebeveyn Davranış Kontrolü Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi davranış kontrolü alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=-0.57$, $p=0.57$). Psikotik bozukluk grubunda terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında anlamlı fark bulunmuş olup ($p= 0.002$), bipolar bozukluk grubundaki grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.21$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=1.42$, $p=0.25$) (Tablo 11).

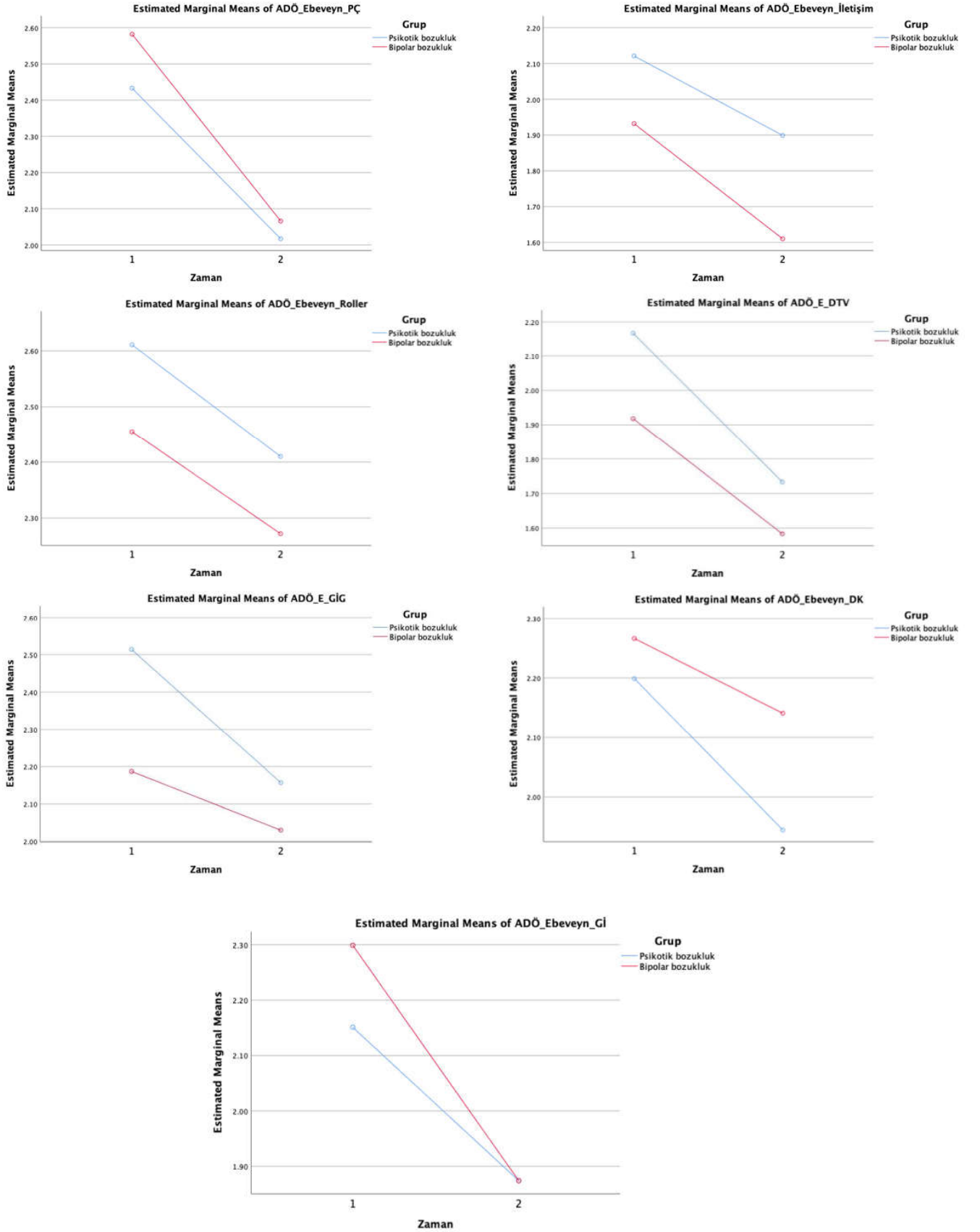
4. 3. 9. 2. 7. ADÖ - Ebeveyn Genel İşlevsellik Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarının terapi öncesi genel işlevsellik alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($t=0.37$, $p=0.55$). Bipolar bozukluk grubunda terapi oturumları öncesi-sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p= 0.015$), psikotik bozukluk grubundaki grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.19$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir ($F=0.37$, $p=0.55$) (Tablo 11).

Tablo 11. Aile Değerlendirme Ölçeği-Ebeveyn formunun alt test puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	t	p	F	p	η_p^2
ADÖ-E- PÇ	Ön test	2.58(0.51)	2.43(0.6)	-0.6	0.56	0.14	0.71	0.008
	Son test	2.07(0.53)	2.02(0.72)					
	p	0.013	0.08					
ADÖ-E- İ	Ön test	1.93(0.39)	2.12(0.64)	0.8	0.44	0.28	0.60	0.016
	Son test	1.61(0.39)	1.9 (0.73)					
	p	0.023	0.16					
ADÖ-E- R	Ön test	2.46(0.57)	2.61(0.57)	0.02	0.55	0.02	0.90	0.001
	Son test	2.27(0.54)	2.41(0.58)					
	p	0.13	0.07					
ADÖ-E- DTV	Ön test	1.92 (0.6)	2.17(0.82)	0.77	0.45	0.13	0.72	0.007
	Son test	1.58(0.49)	1.73(0.76)					
	p	0.07	0.07					
ADÖ-E- GİG	Ön test	2.19(0.25)	2.51(0.79)	1.27	0.24	0.73	0.41	0.039
	Son test	2.03(0.47)	2.16(0.44)					
	p	0.27	0.10					
ADÖ-E- DK	Ön test	2.27(0.28)	2.2(0.24)	-0.57	0.57	1.42	0.25	0.073
	Son test	2.14(0.21)	1.95(0.18)					
	p	0.21	0.002					
ADÖ-E- Gİ	Ön test	2.3 (0.5)	2.15(0.65)	-0.57	0.58	0.37	0.55	0.020
	Son test	1.87(0.32)	1.87(0.64)					
	p	0.015	0.19					

Şekil 5. Aile Değerlendirme Ölçeği-Ebeveyn formu alt test puanlarının Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi



4. 3. 10. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) gençlere ve terapiye katılan ebeveynlere terapi öncesi ve sonrasında verilmiş olup alt test puanları ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

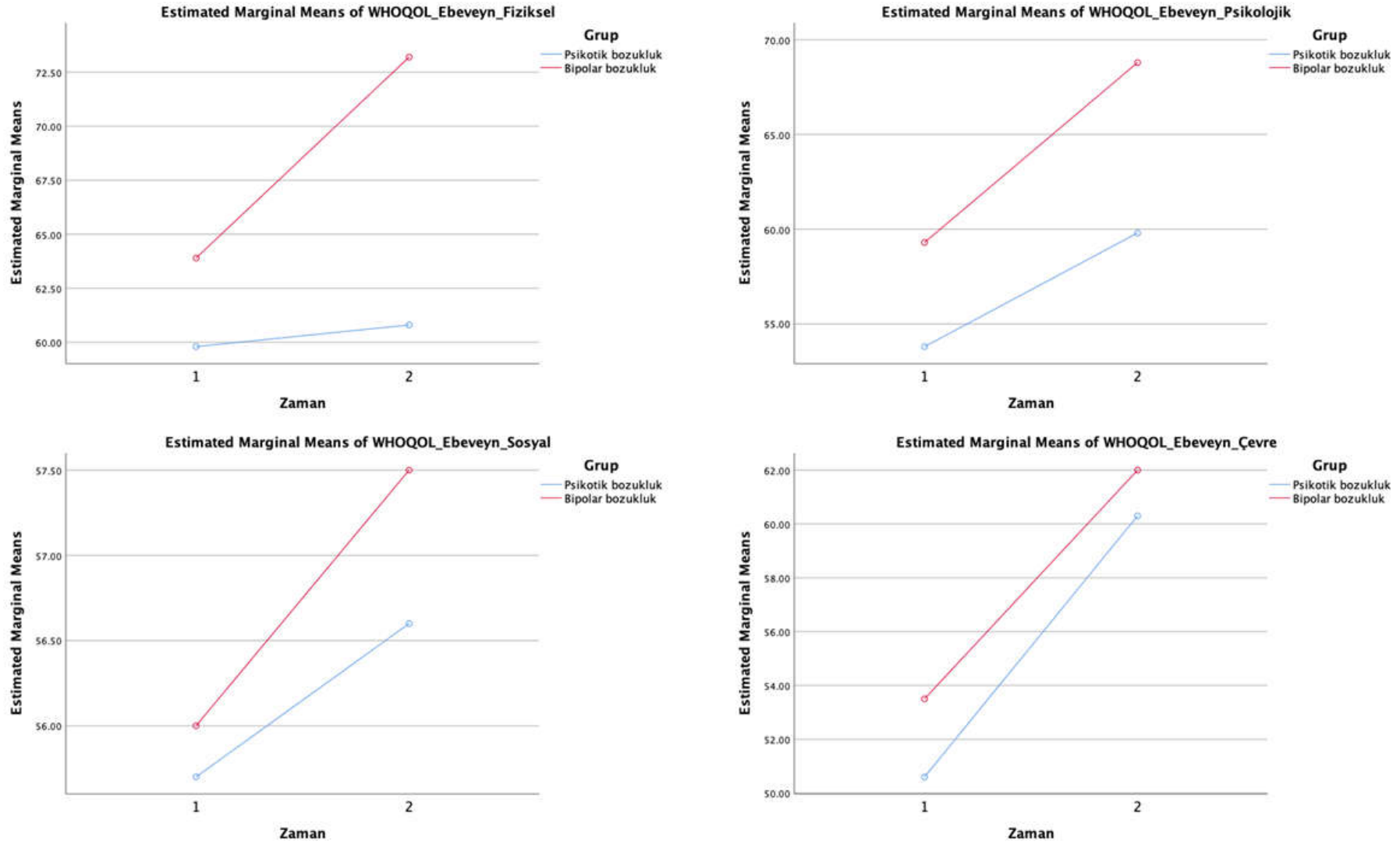
4. 3. 10. 1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) - Genç

WHOQOL genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 5 alan ayrı olarak incelenmiştir. Her iki grup arasında terapi başlangıcında algılanan yaşam kalitesi alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yalnızca bipolar bozukluk grubunda sosyal ilişkiler alt alanında terapi öncesi-sonrası grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($p=0.039$). Gruplar arası değişimin zamana bağlı istatistiksel değerlendirmesinde istatistiksel anlamlılık gösterilememiştir. Tüm veriler Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)-Genç Formunun Değerlendirilmesi

WHOQOL- Genç		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	t	p	F	p	η_p^2
WHOQOL- Genel Sağlık	Ön test	35.1(24.5)	43.8(19.8)	0.86	0.4	0.36	0.56	0.020
	Son test	56.4(28.9)	56.4(18.9)					
	p	0.08	0.22					
WHOQOL- Fiziksel Sağlık	Ön test	53.1(29.5)	58.2(29.3)	0.39	0.7	0.54	0.47	0.029
	Son test	60.9(24.0)	57.8(24.1)					
	p	0.42	0.94					
WHOQOL- Psikolojik Sağlık	Ön test	32.2(23.8)	52.2(32.5)	1.56	0.14	4.18	0.056	0.188
	Son test	52.6(27.4)	52.3(28.2)					
	p	0.055	0.98					
WHOQOL- Sosyal İlişkiler	Ön test	33.4(23.5)	42.5(38.0)	0.64	0.53	0.82	0.38	0.044
	Son test	55.7(20.4)	54.2(26.9)					
	p	0.039	0.14					
WHOQOL- Çevre	Ön test	57.3(21.99)	60.4(24.7)	0.3	0.77	0.00	0.95	0.000
	Son test	64.4(16.3)	68.1(16.7)					
	p	0.35	0.21					

Şekil 6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)-Genç Formu alt ölçeklerinin Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi



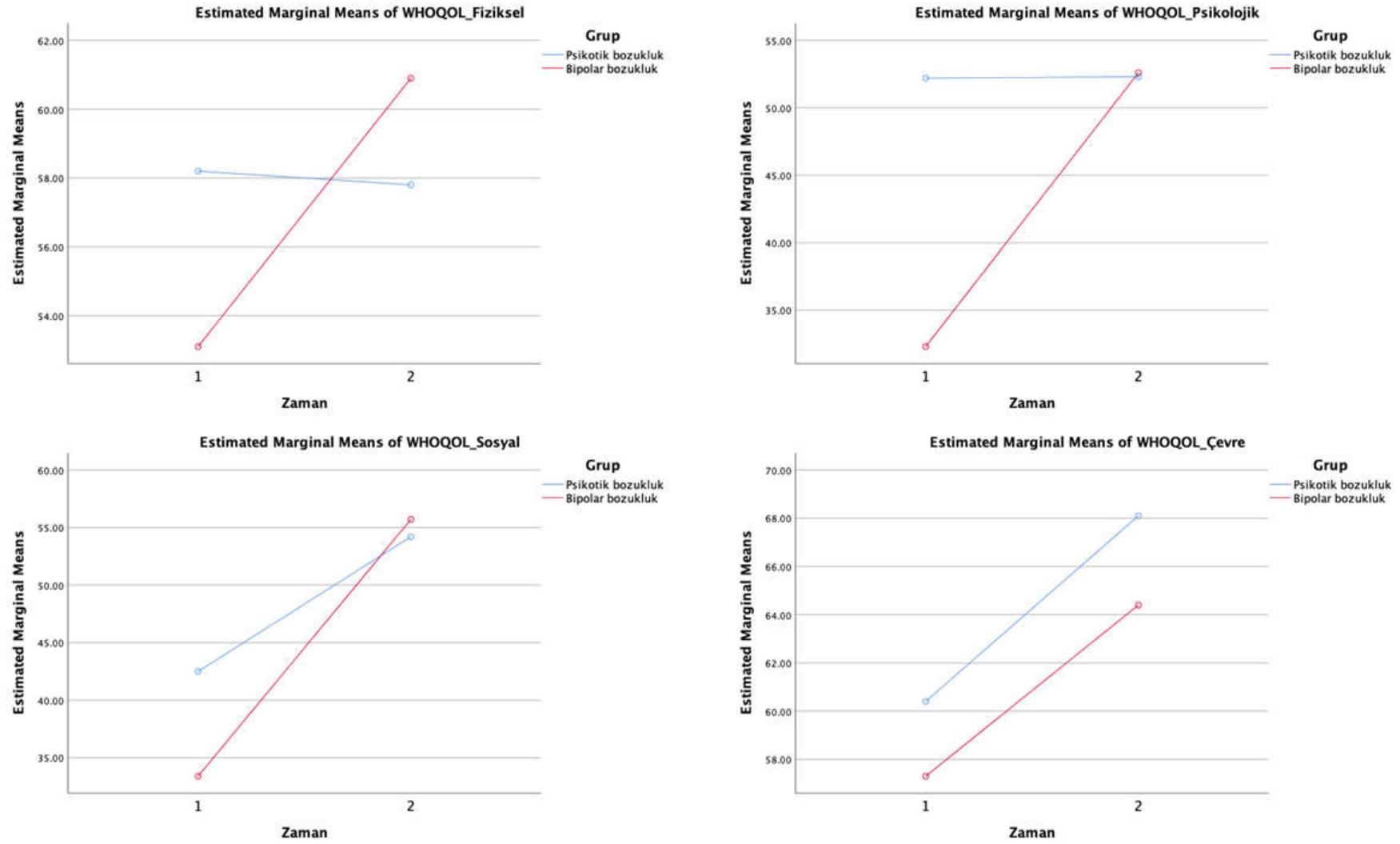
4. 3. 10. 2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) – Ebeveyn

WHOQOL ebeveyn formu genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 5 alan ayrı olarak incelenmiştir. Her iki grup arasında terapi başlangıcında algılanan yaşam kalitesi alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yalnızca bipolar bozukluk grubunda psikolojik işlevsellik alt alanında terapi öncesi-sonrası grup içi değişim istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($p=0.028$). Gruplar arası değişimin zamana bağlı istatistiksel değerlendirmesinde istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Tüm veriler Tablo 13’de özetlenmiştir.

Tablo 13. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)-Ebeveyn Formunun Değerlendirilmesi

WHOQOL- Ebeveyn		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	t	p	F	p	η_p^2
WHOQOL-E Genel Sağlık	Ön test	48.2(17.96)	47.6(34.85)	-0.05	0.96	0.8	0.38	0.042
	Son test	60.2(9.92)	51.4(33.02)					
	p	0.06	0.61					
WHOQOL-E Fiziksel Sağlık	Ön test	63.9(18.71)	59.8(26.04)	-0.40	0.69	1.24	0.28	0.064
	Son test	73.2(17.01)	60.8(21.06)					
	p	0.08	0.87					
WHOQOL-E Psikolojik Sağlık	Ön test	59.3(13.87)	53.8(20.10)	-0.71	0.49	0.47	0.50	0.025
	Son test	68.8(12.19)	59.8(17.27)					
	p	0.028	0.13					
WHOQOL-E Sosyal İlişkiler	Ön test	53.5(29.06)	50.6(24.14)	-0.24	0.81	0.00	0.96	0.000
	Son test	57.5(24.71)	56.6(20.54)					
	p	0.54	0.46					
WHOQOL-E Çevre	Ön test	56.0(14.45)	55.7(21.94)	-0.04	0.97	0.02	0.89	0.001
	Son test	62.0(14.45)	60.3(16.83)					
	p	0.07	0.39					

Şekil 7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)-Ebeveyn Formu alt ölçeklerinin Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi



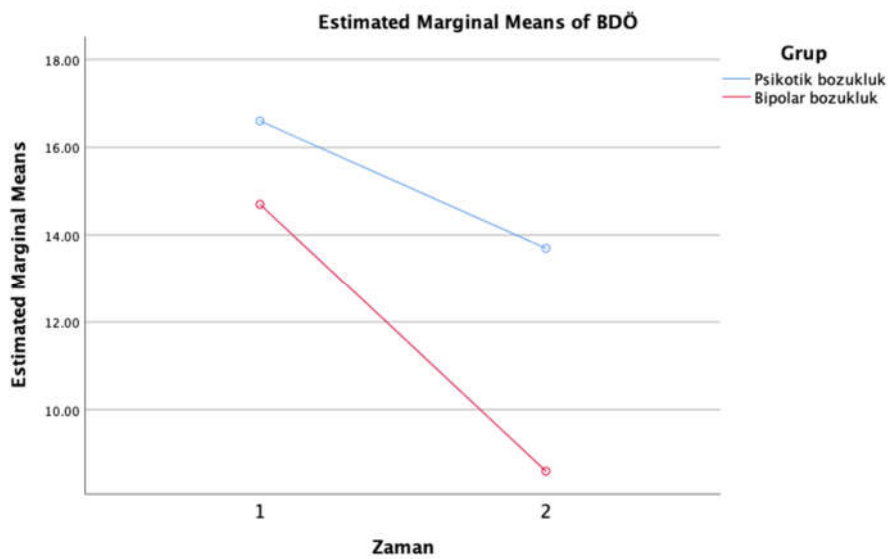
4. 3. 11. Beck Depresyon Ölçeği- Ebeveyn

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) terapi başlangıcında ve sonunda terapiye katılan ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Her iki grupta terapiye katılan ebeveynlerin depresyon puanları arasında terapi başlangıcında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=0.36$, $p=0.72$). Bipolar bozukluk tanılı gençlerin ebeveynlerinde terapi sonrası BDÖ skorlarında gözlenen değişim istatistiksel olarak anlamlı olup ($p=0.009$), psikotik bozukluk tanılı gençlerin ebeveynleri için bu anlamlılık gösterilememiştir ($p=0.22$). Gruplar arası değişimin zamana bağlı istatistiksel değerlendirmesinde istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Tüm veriler Tablo 14’de özetlenmiştir.

Tablo 14. Beck Depresyon Ölçeği-Ebeveyn puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	t	p	F	p	η_p^2
BDÖ	Ön test	14.7(9.07)	16.6(14.03)	0.36	0.72	1.25	0.28	0.065
	Son test	8.6(4.2)	13.7(11.75)					
	p	0.009	0.22					

Şekil 8. Beck Depresyon Ölçeği-Ebeveyn puanlarının Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi



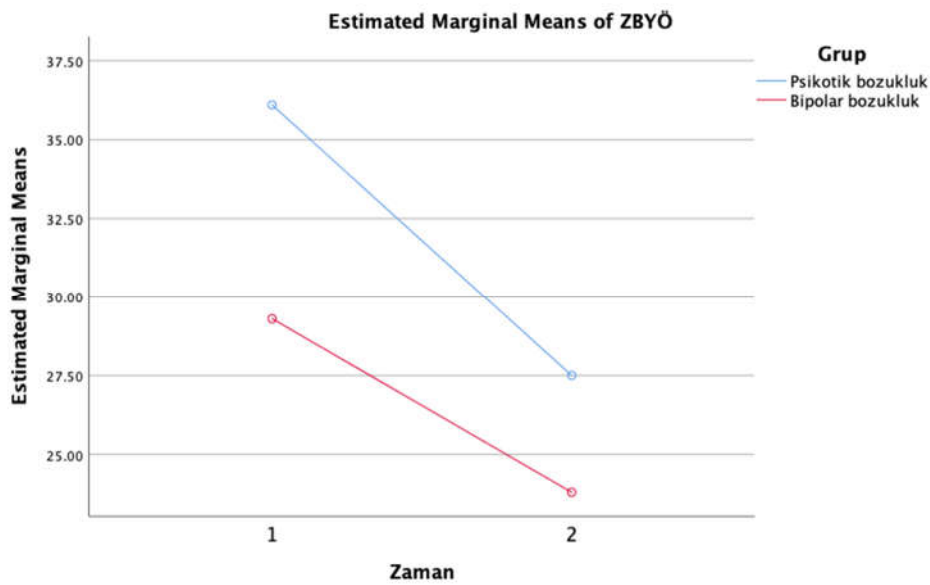
4. 3. 12. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği

Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği terapi (ZBYÖ) başlangıcında ve sonunda terapiye katılan ebeveyn tarafından doldurulmuştır. Her iki grupta terapiye katılan ebeveynler tarafından algılanan bakımveren yüğü puanları arasında terapi başlangıcında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=0.36$, $p=0.72$). Her iki gruptaki ebeveynlerin terapi sonrası ZBYÖ skorlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür ($p=0.004$, $p=0.022$). Bipolar bozukluk tanılı gençlerin ebeveynlerinde terapi sonrası ZBYÖ puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiş olup gruplar arası fark değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Tüm veriler Tablo 15’de özetlenmiştir.

Tablo 15. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar bozukluk	Psikotik bozukluk	Bağımsız örneklem t testi		ANOVA		Etki büyüklüğü
		Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	t	p	F	p	η_p^2
ZBYÖ	Ön test	29.3(13.35)	36.1(18.03)	0.96	0.35	0.81	0.38	0.042
	Son test	23.8(14.44)	27.5(16.71)					
	p	0.004	0.022					

şekil 9. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği puanlarının Aile Odaklı Terapi Oturumları sonrası değişimi

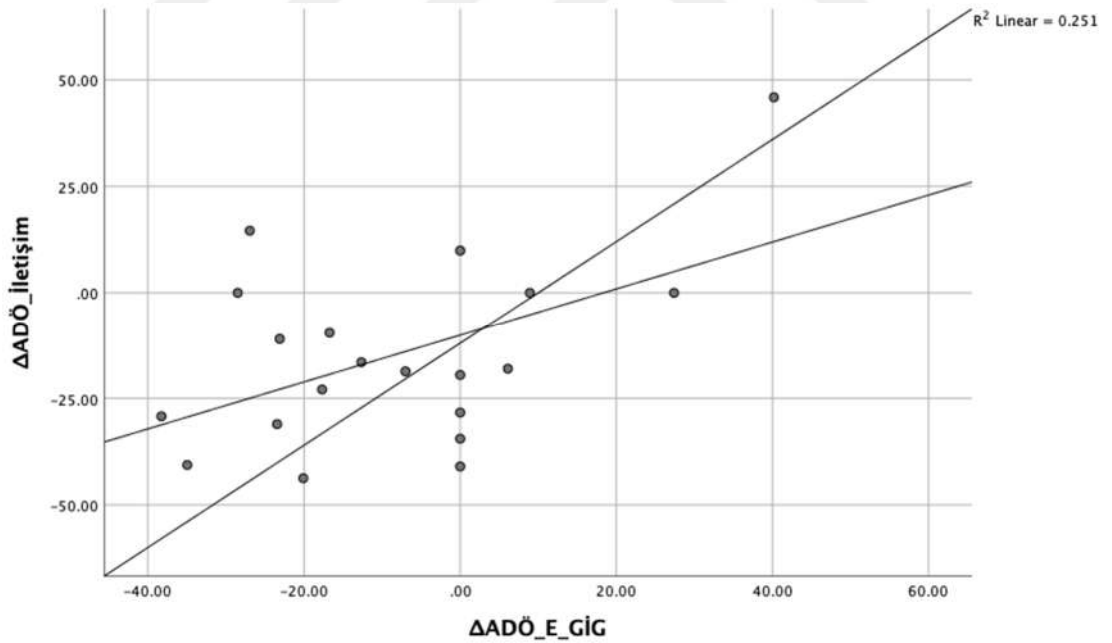


4. 3. 13. Aile Değerlendirme Ölçeği -ADÖ Genç ve Ebeveyn Formu Alt Ölçek Puanlarının Terapi Öncesi - Terapi Sonrası Değişimlerinin Korelasyonun İncelenmesi

Aile odaklı terapi oturumlarının genç ve ebeveyn açısından etkilerinin daha iyi değerlendirilmesi için Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçeklerindeki terapi öncesi-terapi sonrası puanları arasındaki farkın korelasyonunu değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Tüm alt ölçek puanlarındaki değişim yüzdesi hesaplanarak ADÖ-Genç ve ADÖ-Ebeveyn alt ölçek puanlarındaki değişimin korelasyonu değerlendirilmiştir ($\Delta = [(Son\ test - ilk\ test) / Son\ test] \times 100$).

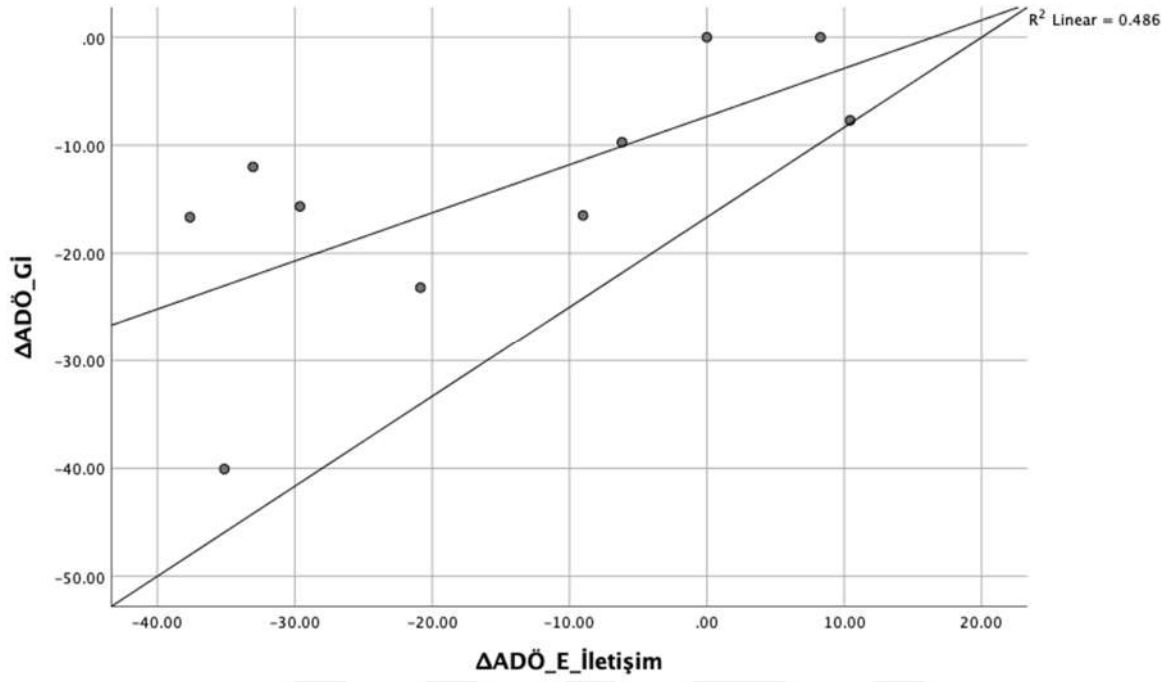
Yapılan analiz sonucunda ADÖ-Genç İletişim puanlarındaki değişim ile ADÖ-Ebeveyn Gereken İlgiyi Gösterme alt testleri arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ($r=0.50$, $p=0.024$). Saçılım grafiği Şekil 10 ile gösterilmiştir.

Şekil 10. ADÖ-Genç-İletişim ve ADÖ-Ebeveyn-Gereken İlgiyi Gösterme Alt Test Puanlarındaki Terapi Öncesi-Sonrası Değişimin Korelasyonu



Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk grupları ayrı analiz edildiğinde analiz sonucunda psikotik bozukluk genç ve ebeveyn alt testlerinde anlamlı korelasyon gözlenmezken; bipolar bozukluk grubunda ADÖ-Genç Genel İşlevler puanlarındaki değişim ile ADÖ-Ebeveyn İletişim alt testleri arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ($r=0.70$, $p=0.025$). Saçılım grafiği Şekil 11 ile gösterilmiştir.

Şekil 11. Bipolar Bozukluk Grubunda ADÖ-Genç-Genel İşlevler Ve ADÖ-Ebeveyn-İletişim Alt Test Puanlarındaki Terapi Öncesi-Sonrası Değişimin Korelasyonu

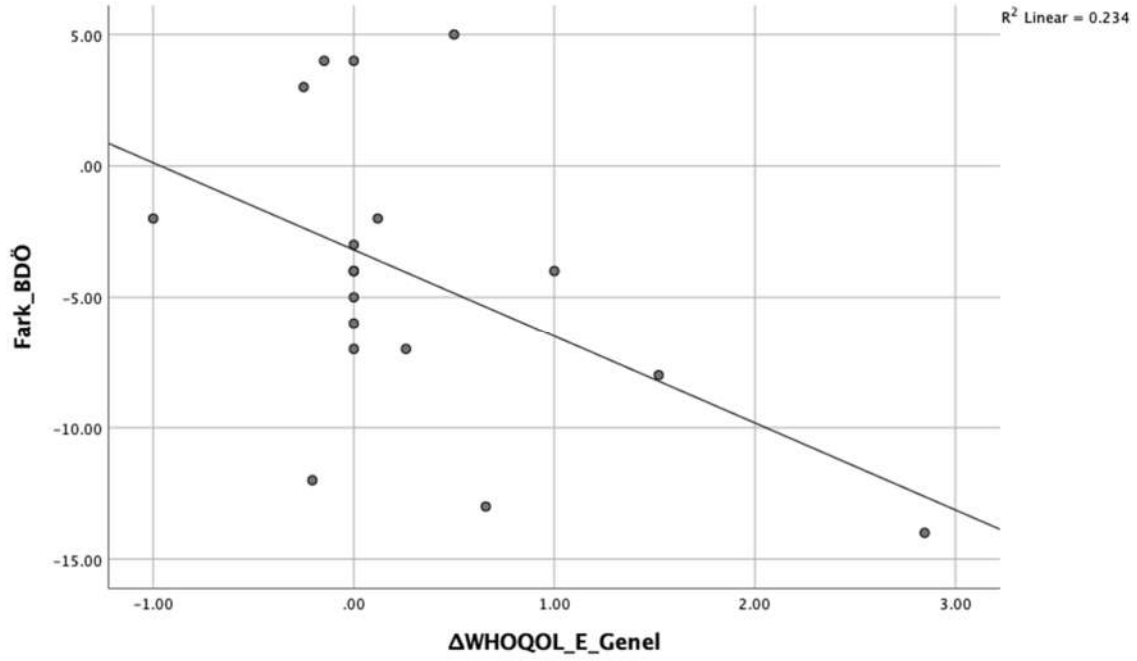


4. 3. 14. Ebeveyn Yaşam Kalitesi, Ebeveyn Depresif Semptomları ve Algılanan Bakımveren Yükü Düzeylerinin Terapi Öncesi-Terapi Sonrası Değişimlerinin Korelasyonun İncelenmesi

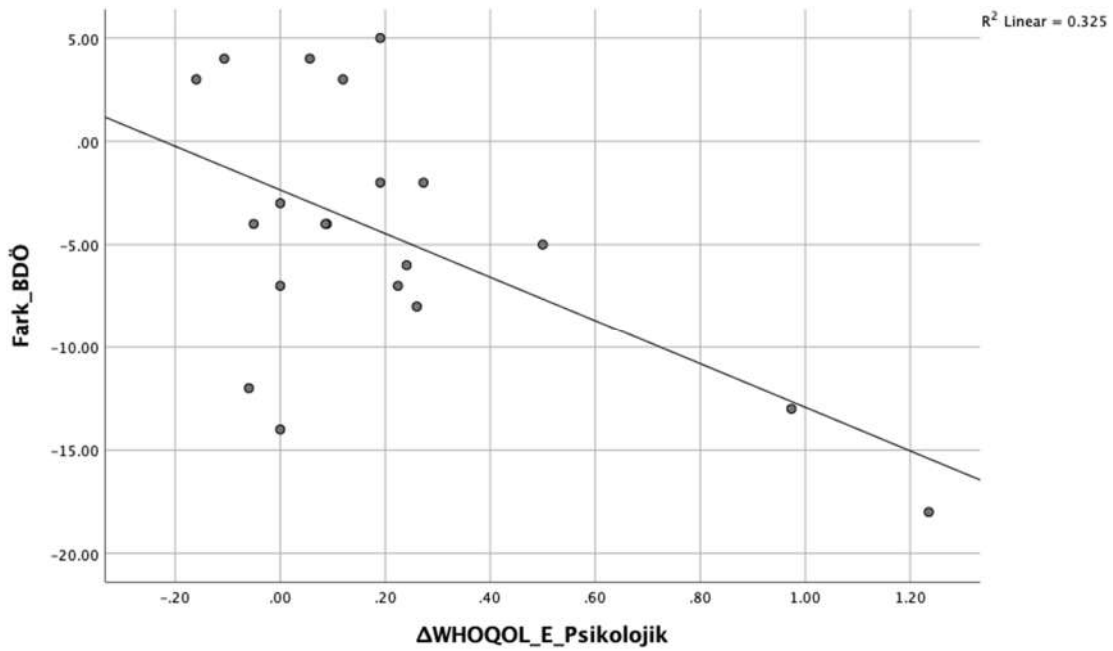
Aile odaklı terapi oturumlarının ebeveyn yaşam kalitesi, bakımveren yükü ve depresyon skorları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi için terapi öncesi-terapi sonrası puanları arasındaki farkın korelasyonunu değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda WHOQOL Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu Genel Sağlık puanı ve Psikolojik Sağlık puanlarındaki değişim ile Beck Depresyon Ölçeği puanındaki değişim arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.48$, $p=0.042$; $r=-0.57$, $p=0.009$). Algılanan bakımveren yükü ve yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir. Saçılım grafiği Şekil 12 ve Şekil 13 ile gösterilmiştir.

Şekil 12. WHOQOL Yaşam Kalitesi Ebeveyn Formu Genel Sağlık Puanı ile Beck Depresyon Ölçeği Ebeveyn Puanının Terapi Öncesi-Terapi Sonrası Değişimlerinin Korelasyonu



Şekil 13. WHOQOL Yaşam Kalitesi Ebeveyn Formu Psikolojik Sağlık Puanı ile Beck Depresyon Ölçeği Ebeveyn Puanının Terapi Öncesi-Terapi Sonrası Değişimlerinin Korelasyonu



V. BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu çalışmada farmakoterapi almakta olan Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk tanılı gençler ve ailelerine Aile Odaklı Terapi uygulanmış olup terapi öncesi ve terapi sonrasında klinik belirtiler, gençlerin baş çıkma stratejileri, ebeveynin duygu dışavurumu, aile işlevleri, ebeveynin depresif belirtileri ve algılanan bakım veren yükü düzeyi ile gencin ve ailenin yaşam kalitesi düzeyleri değerlendirilmiştir. Aile Odaklı Terapinin bu iki gruptaki grup içi etkileri karşılaştırılmış, ayrıca iki grubun terapiden yararlanım düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı gruplar arası karşılaştırmalarla incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar literatürdeki bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda klinik belirtiler terapi uygulamasından bağımsız iki klinisyen tarafından genç ve aile ile terapi öncesi ve sonrasında yapılan görüşmelerle değerlendirilmiştir. Depresif belirtilerin düzeyi Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirilmiş olup Aile Odaklı Terapi uygulaması öncesi ve sonrasında her iki gruptaki gençlerin HDDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bulgularımız bipolar bozukluk grubunda aile odaklı terapi uygulamalarının incelendiği literatürdeki çalışmalar ile uyumludur [185][186]. Psikotik bozukluk grubunda ise terapi müdahalelerinin depresif semptomlar üzerine etkisi ile ilgili literatürdeki verilerin yetersiz olduğu dikkati çekmektedir. Psikotik bozukluk tanılı olgularda depresif semptomların sık görüldüğü ve tedavi sürecini olumsuz etkilediği göz önüne alındığında, çalışmamız aile odaklı terapinin bu gruptaki olgularda depresif semptomların geriletilmesinde olumlu etkilerinin olabileceğini gösteren ilk çalışma olmuştur.

Mani belirtilerinin düzeyi Young Mani Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirilmiş olup terapi öncesi-sonrası YMRS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir, bu durum bipolar bozukluk grubunda olup terapiye dahil edilen gençlerin remisyon döneminde terapiye alınmış olmaları ile açıklanabilir.

Pozitif belirtiler Pozitif Belirti Değerlendirme Ölçeği (SAPS) ile değerlendirilmiştir. Aile Odaklı Terapi uygulaması öncesi ve sonrasında her iki gruptaki gençlerin SAPS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Negatif belirtiler ise her iki grupta Kısa Negatif Belirti Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Psikotik bozukluk grubundaki gençlerin terapi

öncesi negatif belirti skorları (51.0 ± 9.17) bipolar bozukluk grubuna göre (28.8 ± 14.41) daha yüksek olup iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t=4.11$, $p=0.001$). Her iki grubun terapi sonrasında negatif belirti skorları gerilemiş olup (sırasıyla 41.4 ± 11.3 , 12.3 ± 5.08) grup içi değişimler istatistiksel açıdan anlamlılığını korurken ($p<0.05$), gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde iki grup arasında yararlanım açısından anlamlı fark gösterilememiştir ($F=3.34$, $p=0.08$). Psikotik bozukluk grubunda aile odaklı terapi oturumları sonrası negatif belirti skorlarındaki düşüş çalışmamızın dikkat çeken sonuçlarından biri olmuştur. Yakın zamanda psikotik bozukluk tanılı ergenlerde erken dönemde uygulanan ve gençlere ve ailelere yönelik problem çözme becerileriyle kombine edilen psikoeğitim uygulamalarının yapıldığı randomize kontrollü bir çalışmada yapılandırılmamış müdahale yöntemlerinin uygulandığı müdahale grubuna göre negatif belirtilerde anlamlı düzeyde azalma bulunmuş olup çalışmamızdaki verilerle tutarlıdır [187].

Grupların işlevsellik düzeyleri Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) ile değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk grubundaki gençlerin terapi öncesi performans skorlarının (56.0 ± 9.19) psikotik bozukluk grubuna göre (40.3 ± 10.01) daha yüksek olduğu görülmüştür. Terapi oturumları öncesi iki grup arasında performans skorlarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olup ($t=-3.65$, $p=0.002$) bu fark literatürdeki bilgilerle tutarlıdır. Her iki grubun terapi sonrası işlevsellik düzeyleri artmış (sırasıyla 72.0 ± 4.83 , 48.1 ± 10.35), grup içi değişim her iki grupta da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası zamana bağlı değişim incelendiğinde Aile Odaklı Terapi oturumları sonrası her iki grubun işlevsellik puanları yükselmiş olup bipolar bozukluk grubu terapi oturumlarından daha fazla faydalanmış ve gruplar arasında bipolar bozukluk grubu lehine istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterilmiştir ($F=14.22$, $p=0.001$). Önceki çalışmalar incelendiğinde aile temelli psikososyal müdahalelerin hastaların işlevselliğine yönelik olumlu etkileri araştırmamızın sonuçlarıyla tutarlıdır [188][189][190]. Çalışmamız bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk grubunda aile odaklı terapi oturumlarının işlevsellik üzerine etkisinin birlikte incelendiği ilk çalışma olması açısından ayrıca önem taşımaktadır.

Çalışmamızda hastalığa yönelik içgörü düzeyleri Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (SUMD) ile değerlendirilmiş olup oturumlar sonrasında gençlerin içgörüsüzlük puanlarında anlamlı derecede düşüş olmuştur. Konuyla ilgili literatür değerlendirildiğinde bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı bireylere uygulanan aile odaklı terapi uygulamalarının hastalığa

yönelik içgörü üzerine etkisi daha önce değerlendirilmemiş olup çalışmamızın sonuçları aile odaklı terapi oturumlarının hastaların içgörü düzeylerini artırdığını destekler niteliktedir.

Klinik değerlendirmeler sonucunda Aile Odaklı Terapi oturumlarının gençlerin depresif semptom şiddeti, pozitif ve negatif belirti şiddeti azalmış; işlevsellik ve içgörü skorlarında anlamlı derecede artış olmuştur. İşlevsellik puanları dışında gruplar arası karşılaştırmalarda grup*zaman etkisinde anlamlı farklılık gösterilememiş olup bu durum her iki grubun terapi oturumlarından klinik açıdan benzer düzeylerde faydalanım gördükleri şeklinde yorumlanmıştır.

Gençlerin sorunlarla başa çıkma stratejileri Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu (Brief-COPE) ile değerlendirilmiştir. Aile odaklı terapi oturumları sonrasında her iki grupta problem odaklı baş çıkma yöntemleri ve duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinde artış gözlenmiş olup bu artış yalnızca bipolar bozukluk grubunda anlamlılığını korumuştur. Her iki grupta işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri azalmış olmakla birlikte terapi sonunda istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilememiştir. Ebeveynlerin duygu dışavurum düzeyleri Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği ile değerlendirilmiş ve Bipolar Bozukluk grubunda tüm alt test ve toplam test puanlarında anlamlı düşüş gösterilmiştir. Psikotik bozukluk grubunda da müdahalecilik alt ölçeği dışında belirgin azalma olduğu görülmüştür. İki sonuç birlikte değerlendirildiğinde terapi oturumları sonrasında gençlerin işlevsel başa çıkma becerilerinin arttığı, ailelerinse duygu dışavurumları ve eleştirelilik düzeylerinin azaldığı düşünülebilir.

Çalışmamızda aile işlevselliği, Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Gençlerin ve ailelerin aile odaklı terapi oturumlarından faydalanım düzeyleri ayrı şekilde değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk tanılı gençlerde problem çözme ve genel işlevsellik alt alanlarında istatistiksel açıdan anlamlı iyileşme olduğu görülmüştür. Psikotik bozukluk grubunun verileri incelendiğinde problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevsellik alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterilmiştir. Bu durum, gruplar arası karşılaştırmalarda davranış kontrolü alt ölçeği dışında diğer alanlarda istatistiksel anlamlılığını yitirmekle birlikte, psikotik bozukluk tanılı gençlerin aile odaklı terapiden aile işlevselliği açısından bipolar bozukluk tanılı gençlere göre daha fazla alanda fayda gördüklerini düşündürmüştür.

Davranış kontrolü alanında terapi öncesi-sonrası grup içi ölçümlerde bipolar bozukluk grubunda anlamlı iyileşme gözlenmezken psikotik bozukluk grubu anlamlı ölçüde iyileşme bildirmiştir. Grup*zaman değişimi incelendiğinde davranış kontrolü alt alanında psikotik bozukluk grubu lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir iyileşme bulunmuştur. ADÖ-Ebeveyn değerlendirme formu incelendiğinde psikotik bozukluk tanılı gençlerin ebeveynleri de davranış kontrolü alt alanında terapi sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde iyileşme bildirmişlerdir. Psikotik bozukluk grubunda davranış kontrolü alanı hem genç hem de ebeveyn tarafından yararlanım bildirilen tek alt alan olmuştur.

Aile Değerlendirme Ölçeği-Ebeveyn faydalanımı incelendiğinde ise bipolar bozukluk tanılı gençlerin ebeveynleri daha fazla alt alanda yararlanım bildirmişlerdir. Bipolar bozukluk ebeveyn grubunda problem çözme, iletişim ve genel işlevsellik alt alanlarında anlamlı değişim gösterilmişken, psikotik bozukluk ebeveyn grubu aile odaklı terapi sonunda yalnızca davranış kontrolü alt alanında anlamlı farklılık bildirmiştir.

Aile değerlendirme ölçeğinde bipolar bozukluk grubunda ailelerin, psikotik bozukluk grubunda ise gençlerin daha fazla alt alanda faydalanım bildirmiş olması çalışmamızın dikkat çeken bir yanı olmuştur. Yakın zamanda bipolar bozukluk tanılı gençler ve aileleri ile yapılan aile odaklı bilişsel davranışçı terapi müdahalesinde ebeveynler tarafından gencin işlevsellik düzeyi ve aile ortamında rapor edilen iyileşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bununla birlikte gençlerin yaptıkları değerlendirmelerin terapi öncesi-sonrası anlamlı farklılık göstermediği bildirilmiş olup bu durum bipolar bozukluk tanılı ergenlerin tedavi etkilerini fark etmekte zorlanabileceği ya da subsendromal depresif semptomların tedaviden faydalanımın az olduğu şeklinde yorumlamalara neden olabileceği yönünde yorumlanmıştır [191]. Psikotik bozukluk tanılı genç ve ailelerle yapılan ve terapi öncesi-sonrası aile ortamının değerlendirildiği randomize kontrollü bir diğer çalışmada ise yine çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Psikotik bozukluk tanılı gençlerin terapi sonrasında yaptıkları değerlendirmede aile ortamı ölçeğinde aktif/sosyal katılım alanında anlamlı iyileşme bildirdikleri, ancak aile bireylerinin yaptıkları değerlendirmede anlamlı bir fark gözlemlenmediği raporlanmıştır [187]. Bu durum psikotik bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalıklarda, hastalık semptomlarının aile tarafından kavramsallaştırılmasının erken dönemde zor olabileceği ve aile ortamındaki değişimlerin aileler tarafından fark edilebilmesi için uzun bir değerlendirme dönemine ihtiyaç duyulabileceği şeklinde yorumlanmış olup çalışmamızda da uzun izlem sonrasında ek değerlendirmelerin yapılmasının önemli olabileceğini düşündürmektedir. Bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk

grubunda psikososyal müdahalelerden gençlerin ve ailelerin yararlanımı arasındaki farklılıkları etkileyebilecek faktörlerin incelenmesi ve optimal faydanın sağlanabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Gençlerin tedavi öncesi ve sonrası fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel işlevselliklerine yönelik algılarını saptamak amaçlı kullandığımız WHOQOL Yaşam Kalitesi Ölçeğinde bipolar bozukluk tanılı gençler terapi sonrasında daha iyi sosyal ilişkiler bildirmişken, bipolar bozukluk grubundaki gençlerin ebeveynleri psikolojik yaşam kalitelerinde anlamlı iyileşme bildirmişlerdir. Literatürde bipolar bozukluk aile psikoeğitim müdahalesi sonrası gencin sosyal destek algısında artışın gözlemlendiği benzer bir çalışma bulunmaktadır [192].

Psikotik bozukluk grubundaki gençler ve ebeveynlerinde algılanan yaşam kalitesinde terapi sonrasında anlamlı iyileşme gösterilememiştir. Bu durum psikotik bozukluk tanılı gençlerin ve ailelerinin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için ek müdahaleler yapılması gerekebileceğini düşündürmüştür. Yapılan son araştırmalar psikotik bozukluk tanılı bireylerde yaşam kalitesini iyileştirmede yalnızca klinik semptom kontrolüne odaklanmanın yetersiz kaldığını göstermektedir [193]. Hastaların yaşam kalitesine katkıda bulunan çok boyutlu faktörler arasında başa çıkma becerileri, duygu dışavurumu, olumlu aile ilişkileri ve anlamlı duygusal ilişkiler kurma becerisi yer almakta olup, psikotik bozukluk tanılı gençlerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde bu becerilerin geliştirilmesini amaçlayan psikososyal müdahalelerin yerinin daha fazla çalışma ile aydınlatılmasına ihtiyaç duyulmaktadır [194]. Çalışmamız bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı gençlerde aile odaklı terapinin ebeveynin ve gencin yaşam kalitesine etkisinin birlikte değerlendirildiği ilk çalışma olması açısından önemlidir.

Çalışmamızda ebeveyn depresif semptomları ve algılanan bakımveren yükü Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Psikotik bozukluk grubundaki ebeveynlerin depresif semptom şiddetinin ve algılanan bakımveren yükü skorlarının bipolar bozukluk grubundaki ailelerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Aile odaklı terapi oturumları sonrasında bipolar bozukluk grubundaki ebeveynlerin depresif şikayetleri ve algılanan bakımveren yükü skorları anlamlı oranda azalmıştır. Sonuçlarımız aile temelli müdahaleler ile ebeveyn depresif semptomlarındaki iyileşme açısından bipolar bozukluk ebeveyn grubunda literatürdeki sonuçlarla benzerlik göstermektedir [186]. Aile

odaklı terapi uygulamaları sonrasında psikotik bozukluk grubundaki ebeveynlerde ise depresif semptomların düşüşü anlamlı düzeyde olmamış, algılanan bakımveren yükü puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı derecede azalma görülmüştür. Literatürde psikotik bozukluk tanılı bireylerde aile temelli yaklaşımlar ile entegre edilen ve bakımveren yükünde azalma ile sonuçlanan benzer çalışmalar bulunmaktadır [195]. Psikotik bozukluk grubundaki ebeveynlerin yaşam kalitesinde aile odaklı terapi oturumları sonrasında anlamlı değişim saptanmaması ile birlikte düşünüldüğünde bakımveren depresyonu ve algılanan yaşam kalitesinin birbiri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu durum gençlerin tedavi sürecinde oldukça önemli bir faktör olarak rol oynayan ebeveyn ruh sağlığının önemine dikkati çekmektedir.

Ebeveynin yaşam kalitesi, depresif semptom şiddeti ve algılanan bakımveren yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi için ek korelasyon analizleri yapılmıştır. WHOQOL Yaşam Kalitesi Ebeveyn Formu ile Beck Depresyon Ölçeği ve Zarit Bakımveren Yükü Ölçeği puanlarının terapi öncesi-terapi sonrası değişimleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesi düzeyleri ile algılanan bakımveren yükü arasında anlamlı korelasyon saptanmazken ebeveynin depresif semptom şiddetindeki azalma ile genel sağlık ve psikolojik sağlık alt alanlarındaki algılanan yaşam kalitesi düzeylerindeki artış arasında korelasyon saptanmıştır. Özellikle psikotik bozukluk tanılı gençlerin ebeveynlerine yönelik müdahalelerin bakımveren yükünü azaltmakla birlikte, yapılacak ek müdahaleler ile ebeveyn depresyonunun tedavi edilmesinin ebeveynin yaşam kalitesi üzerine pozitif yönde etki edebileceği düşünülmektedir. Çalışmamız aile odaklı terapi oturumlarının bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk grubunda ebeveynin yaşam kalitesi, ebeveyn depresyon düzeyleri ve algılanan bakımveren yükü arasındaki ilişkiyi birlikte inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Çalışmamızın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri ve Erişkin Psikiyatri polikliniklerinde takipli gençler ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayanması ve takipli hastaların bir kısmının çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması, uygulayıcı sayısının sınırlı olması çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır ve bu durum istatistiklere yansımıştır. Çalışmada gençlerin hem anne hem babaları çalışmaya davet edilmiş, ancak sadece bir kısmının her iki ebeveyni çalışmada yer almıştır. Çalışmada ebeveynlerin ruhsal iyilik halleri yalnızca ölçek ile değerlendirilmiş, tanısal görüşme yapılmamıştır. Olgular remisyon dönemlerinde terapiye dahil edilmiş olmasına karşın olguların tıbbi tedavilerini yürüten hekimlerin olası medikasyon değişimi, doz artırma/azaltma

vb. girişimlerine müdahale edilmemiştir. Kullanılan farmakoterapinin gençlerin iyilik halleri üzerine etkilerinin kontrol edilmemiş olması çalışmanın önemli kısıtlılıklarından biridir. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı klinisyenlerin olgulara kör olmamasıdır. Bu durum klinik takip, aile odaklı terapi öncesi ve sonrası klinik değerlendirmeler ve aile odaklı terapi oturumlarının birbirinden bağımsız klinisyenler tarafından yürütülmesiyle aşılmaya çalışılmış olup, değerlendirmecilerin olgu gurubundaki hastaları klinikte görmemesi sağlanarak çalışmanın körlüğü desteklenmiş ancak etkinliği değerlendirilememiştir.

Bu çalışma ülkemizde Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk tanılı gençlere yönelik Aile Odaklı Terapi uygulamasını içeren, Aile Odaklı Terapinin etkilerinin bu iki grupta birlikte değerlendirildiği ilk pilot çalışma olması nedeniyle büyük önem taşımaktadır ve çalışmanın en güçlü özelliğidir. Bu pilot çalışma ile Aile Odaklı Terapi uygulamasının Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk tanılı gençlerde destekleyici tedavi olarak uygulanabileceği, olguların hastalık ve belirti düzeylerinde, işlevselliklerinde düzelmeye yardımcı olacağına yönelik veriler elde edilmiş ve önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde bu iki grupta başa çıkma becerileri, aile duygu dışavurum düzeyi, aile işlevselliği, bakımveren yükü ve yaşam kalitesi düzeylerinin ilk kez hem grup içi hem de gruplar arasında karşılaştırmalarının yapılmış olması çalışmamızın bir diğer güçlü tarafıdır.

VI. BÖLÜM: SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6. 1. SONUÇLAR

Çalışmamızda,

- Aile Odaklı Terapi uygulaması öncesi ve sonrasında her iki gruptaki gençlerin Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır.

- Aile Odaklı Terapi uygulaması öncesi ve sonrasında her iki gruptaki gençlerin pozitif ve negatif belirti şiddeti istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Kullanılan farmakoterapinin olguların klinik değerlendirme skorları üzerindeki etkisi incelenmemiş olup bu durum çalışmamızın önemli bir sınırlılığını oluşturmaktadır.

- Aile Odaklı Terapi uygulaması öncesi ve sonrasında her iki gruptaki gençlerin işlevselliğinde belirgin düzeyde iyileşme saptanmış olup, bipolar bozukluk grubundaki gençlerin terapi oturumlarından işlevsellik açısından faydalanımı daha fazla olmuştur.

- Aile Odaklı Terapi uygulaması öncesi ve sonrasında her iki gruptaki gençlerin hastalığa yönelik içgörülerinde anlamlı derecede artış olmuştur.

- Depresif belirtilerin azalması, işlevselliğin artması ve hastalığa yönelik içgörünün artmasının tedavi uyumunu ve prognozu olumlu etkileyebileceği düşünülmüştür.

- Aile Odaklı Terapi oturumları sonrasında her iki grupta problem odaklı baş çıkma yöntemleri ve duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinde artış gözlenmiş olup işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri azalmıştır.

- Aile Odaklı Terapi oturumlarının ebeveynlerin duygu dışavurumları ve eleştirelilik düzeylerine azaltıcı etkisi olmuştur.

- Aile Odaklı Terapi uygulamasının bipolar bozukluk tanılı gençlerin problem çözme ve genel işlevsellik alt alanlarında istatistiksel açıdan anlamlı faydalanım sağladığı gösterilmiştir. Psikotik bozukluk grubunun verileri incelendiğinde problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevsellik alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme görülmüştür. Bu durum, gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlılığını korumamış olmakla birlikte, psikotik bozukluk tanılı gençlerin aile işlevselliği açısından aile odaklı terapiden bipolar bozukluk tanılı gençlere göre daha fazla alanda fayda gördüklerini düşündürmüştür.

- Aile Odaklı Terapi uygulaması sonrasında bipolar bozukluk ebeveyn grubunda problem çözme, iletişim ve genel işlevsellik alt alanlarında anlamlı değişim gösterilmişken, psikotik bozukluk ebeveyn grubu yalnızca davranış kontrolü alt alanında anlamlı farklılık

bildirmiştir. Tüm sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde aile odaklı terapi oturumlarından psikotik bozukluk tanılı gençlerin kendisi ve bipolar bozukluk tanılı gençlerin ebeveynleri daha fazla alt alanda yararlanım bildirmişlerdir.

- Aile Odaklı Terapi oturumları psikotik bozukluk tanılı gençler ve ebeveynleri için davranış kontrolü alt alanında ortak faydalanım bildirdikleri alan olmuştur.

- Aile Odaklı Terapi oturumları ile algılanan yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde bipolar bozukluk tanılı gençler terapi sonrasında daha iyi sosyal ilişkiler bildirmişken, bipolar bozukluk grubundaki gençlerin ebeveynleri psikolojik yaşam kalitelerinde anlamlı iyileşme bildirmişlerdir. Psikotik bozukluk grubundaki gençler ve ebeveynlerinde algılanan yaşam kalitesinde terapi sonrasında anlamlı iyileşme gösterilememiştir. Bu durum psikotik bozukluk tanılı gençlerin ve ailelerinin yaşam kalitelerine etki eden diğer faktörlerin araştırılması gerekliliğini ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için ek müdahaleler yapılması gerekliliğini düşündürmüştür.

- Aile Odaklı Terapi sonrasında bipolar bozukluk grubundaki ebeveynlerin depresif şikayetleri ve algılanan bakımveren yükü skorları anlamlı oranda azalırken, psikotik bozukluk grubundaki ebeveynlerde depresif semptomların düşüşü anlamlı düzeyde olmamış ancak algılanan bakımveren yükü anlamlı derecede azalmıştır. Bu durum gençlerin tedavi sürecinde oldukça önemli bir faktör olarak rol oynayan ebeveyn ruh sağlığının önemine dikkati çekmektedir. Özellikle psikotik bozukluk tanılı gençlerin ebeveynlerine psikiyatrik destek sağlanması, ebeveyn depresif semptomlarının tedavi edilmesi gençlerin tedavi uyumu ve işlevselliği üzerine pozitif yönde etki edebilir.

6. 2. ÖNERİLER

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler verilmiştir:

- Aile Odaklı Terapi uygulamasının bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı gençlerdeki etkinliğini değerlendirmek amacı ile ülkemizde daha geniş örneklem grubu içeren randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- Aile Odaklı Terapi uygulamasının yaygınlaştırılması, çok merkezli çalışmaların yürütülmesi,
- Aile Odaklı Terapi uygulamasının kısa dönem etkilerinin yanı sıra uzun dönem etkilerinin araştırılması ve izlem çalışmalarının yapılması,
- Aile Odaklı Terapi uygulamasının faydalanımını etkileyen hastalığa özgü faktörler, kişilik ve aile özellikleri vb. biyolojik ve psikososyal değişkenlerin araştırılması,
- Gençlerin ve ebeveynlerin biyo-psiko-sosyal işlevselliklerinin tedavi sürecinde kapsamlı değerlendirmesinin yapılması, gerekli görüldüğü durumlarda fiziksel işlevsellik vb. alanlarda ek müdahalelerin tedavi sürecine dahil edilmesi ve bu müdahalelerin tedavi uyumuna etkilerinin araştırılması,
- Gençlerin tedavi sürecine uyumu ve hastalık prognozunu etkileyen önemli faktörlerden biri olan ebeveyn depresif semptomları ve bakımveren yükünün tedavi sürecinde göz önünde bulundurulması, ailelere gerekli psikiyatrik desteğin sağlanması, gerekirse bakımveren destek grupları vb. psikososyal müdahalelerinin tedavi sürecine eklenmesi ve bu müdahalelerin etkilerinin uzun dönem izlem çalışmaları ile araştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

- [1] S. L. Johnson and J. E. Roberts, "Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories," *Psychol. Bull.*, vol. 117, no. 3, pp. 434–449, 1995, doi: 10.1037/0033-2909.117.3.434.
- [2] E. F. Walker and D. Diforio, "Schizophrenia : A Neural Diathesis-Stress Model," vol. 104, no. 4, 1997.
- [3] J. M. Salinger, M. P. O'Brien, D. J. Miklowitz, S. E. Marvin, and T. D. Cannon, "Family communication with teens at clinical high-risk for psychosis or bipolar disorder.," *J. Fam. Psychol.*, vol. 32, no. 4, pp. 507–516, Jun. 2018, doi: 10.1037/fam0000393.
- [4] A. Catalan *et al.*, "Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents – systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention," *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 62, no. 5, pp. 657–673, 2021, doi: 10.1111/jcpp.13322.
- [5] F. Bellivier *et al.*, "Age at onset in bipolar I affective disorder in the USA and Europe," *World J. Biol. Psychiatry*, vol. 15, no. 5, pp. 369–376, 2014, doi: 10.3109/15622975.2011.639801.
- [6] J. Radua *et al.*, "What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors," *World Psychiatry*, vol. 17, no. 1, pp. 49–66, 2018, doi: 10.1002/wps.20490.
- [7] E. Del Favero, C. Montemagni, P. Bozzatello, C. Brasso, C. Riccardi, and P. Rocca, "The Management of Prodromal Symptoms of Bipolar Disorder: Available Options and Future Perspectives," *Medicina (B. Aires).*, vol. 57, no. 6, p. 545, May 2021, doi: 10.3390/medicina57060545.
- [8] T. Perich and P. B. Mitchell, "Psychological interventions for young people at risk for bipolar disorder: A systematic review," *Journal of Affective Disorders*, vol. 252. Elsevier B.V., pp. 84–91, Jun. 01, 2019, doi: 10.1016/j.jad.2019.04.058.
- [9] M. Buoli *et al.*, "Which factors delay treatment in bipolar disorder? A nationwide study focussed on duration of untreated illness," *Early Interv. Psychiatry*, vol. 15, no. 5, pp. 1136–1145, 2021, doi: 10.1111/eip.13051.
- [10] J. Angst and A. Marneros, "Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth," *J. Affect. Disord.*, vol. 67, no. 1–3, pp. 3–19, 2001, doi: 10.1016/S0165-0327(01)00429-3.
- [11] M. J. Tueth, "Schizophrenia: Emil kraepelin, Adolph Meyer, and beyond," *J. Emerg.*

- Med.*, vol. 13, no. 6, pp. 805–809, 1995, doi: 10.1016/0736-4679(95)02022-5.
- [12] W. Maier, A. Zobel, and M. Wagner, “Schizophrenia and bipolar disorder: differences and overlaps,” *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 19, no. 2, pp. 165–170, Mar. 2006, doi: 10.1097/01.yco.0000214342.52249.82.
 - [13] A. Jablensky, “The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects,” *Dialogues Clin. Neurosci.*, vol. 12, no. 3, pp. 271–287, Sep. 2010, doi: 10.31887/DCNS.2010.12.3/ajablensky.
 - [14] P. Pichot, “The birth of the bipolar disorder,” *Eur. Psychiatry*, vol. 10, no. 1, pp. 1–10, 1995, doi: 10.1016/0767-399X(96)80069-1.
 - [15] A. Marneros, “The schizoaffective phenomenon: The state of the art,” *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, vol. 108, no. 418, pp. 29–33, 2003, doi: 10.1034/j.1600-0447.108.s418.7.x.
 - [16] G. D. Pearlson, “Etiologic, phenomenologic, and endophenotypic overlap of schizophrenia and bipolar disorder,” *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 11, pp. 251–281, 2015, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112915.
 - [17] D. J. Stein, C. Lund, and R. M. Nesse, “Classification systems in psychiatry,” *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 26, no. 5, pp. 493–497, 2013, doi: 10.1097/yco.0b013e3283642dfd.
 - [18] G. D. Pearlson, “Etiologic, Phenomenologic, and Endophenotypic Overlap of Schizophrenia and Bipolar Disorder,” *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 11, no. 1, pp. 251–281, Mar. 2015, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112915.
 - [19] B. I. Goldstein *et al.*, “The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: Knowledge to date and directions for future research,” *Bipolar Disord.*, vol. 19, no. 7, pp. 524–543, 2017, doi: 10.1111/bdi.12556.
 - [20] R. M. Post and H. Grunze, “The challenges of children with bipolar disorder,” *Med.*, vol. 57, no. 6, pp. 1–9, 2021, doi: 10.3390/medicina57060601.
 - [21] M. N. Pavuluri, B. Birmaher, and M. W. Naylor, “Pediatric bipolar disorder: A review of the past 10 years,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 44, no. 9, pp. 846–871, 2005, doi: 10.1097/01.chi.0000170554.23422.c1.
 - [22] J. Dagani *et al.*, “Meta-analysis of the Interval between the Onset and Management of Bipolar Disorder,” *Can. J. Psychiatry*, vol. 62, no. 4, pp. 247–258, 2017, doi: 10.1177/0706743716656607.
 - [23] B. Birmaher *et al.*, “Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The course and outcome of bipolar youth (COBY) study,”

- Am. J. Psychiatry*, vol. 166, no. 7, pp. 795–804, 2009, doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08101569.
- [24] R. H. Perlis *et al.*, “Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD),” *Biol. Psychiatry*, vol. 55, no. 9, pp. 875–881, 2004, doi: 10.1016/j.biopsych.2004.01.022.
 - [25] R. M. Post *et al.*, “Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood,” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 71, no. 7, pp. 864–872, 2010, doi: 10.4088/JCP.08m04994yel.
 - [26] M. K. Larson, E. F. Walker, and M. T. Compton, “Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders,” *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 10, no. 8, pp. 1347–1359, Aug. 2010, doi: 10.1586/ern.10.93.
 - [27] R. C. Kessler, G. P. Amminger, S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso, S. Lee, and T. B. Üstün, “Age of onset of mental disorders: A review of recent literature,” *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 20, no. 4, pp. 359–364, 2007, doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.
 - [28] R. K. McNamara, J. R. Strawn, K. D. Chang, and M. P. DelBello, “Interventions for Youth at High Risk for Bipolar Disorder and Schizophrenia,” *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, vol. 21, no. 4, pp. 739–751, 2012, doi: 10.1016/j.chc.2012.07.009.
 - [29] J. McClellan and S. Stock, “Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 52, no. 9, pp. 976–990, 2013, doi: 10.1016/j.jaac.2013.02.008.
 - [30] W. H. Berrettini, “Are schizophrenic and bipolar disorders related? A review of family and molecular studies,” *Biol. Psychiatry*, vol. 48, no. 6, pp. 531–538, Sep. 2000, doi: 10.1016/S0006-3223(00)00883-0.
 - [31] C. Dacquino, P. De Rossi, and G. Spalletta, “Schizophrenia and bipolar disorder: The road from similarities and clinical heterogeneity to neurobiological types,” *Clin. Chim. Acta*, vol. 449, no. 2014, pp. 49–59, 2015, doi: 10.1016/j.cca.2015.02.029.
 - [32] R. M. Murray, P. Sham, J. Van Os, J. Zanelli, M. Cannon, and C. McDonald, “A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder,” *Schizophr. Res.*, vol. 71, no. 2–3, pp. 405–416, 2004, doi: 10.1016/j.schres.2004.03.002.
 - [33] M. Léger, V. Wolff, B. Kabuth, E. Albuissou, and F. Ligier, “The mood disorder spectrum vs. schizophrenia decision tree: EDIPHAS research into the childhood and

- adolescence of 205 patients,” *BMC Psychiatry*, vol. 22, no. 1, pp. 1–13, 2022, doi: 10.1186/s12888-022-03835-0.
- [34] R. K. McNamara, J. J. Nandagopal, S. M. Strakowski, and M. P. DelBello, “Preventative strategies for early-onset bipolar disorder: Towards a clinical staging model,” *CNS Drugs*, vol. 24, no. 12, pp. 983–996, 2010, doi: 10.2165/11539700-000000000-00000.
- [35] J. L. Rosen, T. J. Miller, J. T. D’Andrea, T. H. McGlashan, and S. W. Woods, “Comorbid diagnoses in patients meeting criteria for the schizophrenia prodrome,” *Schizophr. Res.*, vol. 85, no. 1–3, pp. 124–131, 2006, doi: 10.1016/j.schres.2006.03.034.
- [36] M. Herz and C. Melville, “Relapse in schizophrenia,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 137, no. 7, pp. 801–805, Jul. 1980, doi: 10.1176/ajp.137.7.801.
- [37] A. R. Yung and P. D. McGorry, “The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations,” *Schizophr. Bull.*, vol. 22, no. 2, pp. 353–370, Jan. 1996, doi: 10.1093/schbul/22.2.353.
- [38] L. Steardo, M. Manchia, B. Carpinello, C. Pisanu, L. Steardo, and A. Squassina, “Clinical, genetic, and brain imaging predictors of risk for bipolar disorder in high-risk individuals,” *Expert Rev. Mol. Diagn.*, vol. 20, no. 3, pp. 327–333, 2020, doi: 10.1080/14737159.2020.1727743.
- [39] A. R. Yung *et al.*, “Prediction of psychosis,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 172, no. S33, pp. 14–20, 1998, doi: 10.1192/s0007125000297602.
- [40] A. R. Yung and B. Nelson, “Young people at ultra high risk for psychosis: A research update,” *Early Interv. Psychiatry*, vol. 5, no. SUPPL. 1, pp. 52–57, 2011, doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00241.x.
- [41] F. Schultze-Lutter, B. G. Schimmelmann, S. Ruhrmann, and C. Michel, “‘A rose is a rose is a rose’, but at-risk criteria differ,” *Psychopathology*, vol. 46, no. 2, pp. 75–87, 2013, doi: 10.1159/000339208.
- [42] M. Lambert, V. Niehaus, and C. Correll, “Pharmacotherapy in Children and Adolescents at Clinical-High Risk for Psychosis and Bipolar Disorder,” *Pharmacopsychiatry*, vol. 49, no. 6, pp. 229–244, 2016, doi: 10.1055/s-0042-116668.
- [43] S. Lavoie, A. R. Polari, S. Goldstone, B. Nelson, and P. D. McGorry, “Staging model in psychiatry: Review of the evolution of electroencephalography abnormalities in major psychiatric disorders,” *Early Interv. Psychiatry*, vol. 13, no. 6, pp. 1319–1328, 2019, doi: 10.1111/eip.12792.

- [44] P. D. McGorry, B. Nelson, S. Goldstone, and A. R. Yung, "Clinical staging: A heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders," *Can. J. Psychiatry*, vol. 55, no. 8, pp. 486–497, 2010, doi: 10.1177/070674371005500803.
- [45] P. McGorry *et al.*, "Biomarkers and clinical staging in psychiatry," *World Psychiatry*, vol. 13, no. 3, pp. 211–223, 2014, doi: 10.1002/wps.20144.
- [46] A. Duffy, G. S. Malhi, and P. Grof, "Do the Trajectories of Bipolar Disorder and Schizophrenia Follow a Universal Staging Model?," *Can. J. Psychiatry*, vol. 62, no. 2, pp. 115–122, 2017, doi: 10.1177/0706743716649189.
- [47] E. Mennigen and C. E. Bearden, "Psychosis Risk and Development: What Do We Know From Population-Based Studies?," *Biol. Psychiatry*, vol. 88, no. 4, pp. 315–325, 2020, doi: 10.1016/j.biopsych.2019.12.014.
- [48] P. Fusar-Poli *et al.*, "Transdiagnostic psychiatry: a systematic review," *World Psychiatry*, vol. 18, no. 2, pp. 192–207, 2019, doi: 10.1002/wps.20631.
- [49] B. N. Cuthbert, "The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology," *Ann. Med. Psychol. (Paris)*, vol. 179, no. 1, pp. 75–85, 2021, doi: 10.1016/j.amp.2020.11.013.
- [50] N. A. Chaudri, "Adherence to Long-term Therapies Evidence for ActionWorld Health Organization (WHO). 2003, 216 pages [English]. ISBN 92 4 154599 2," *Ann. Saudi Med.*, vol. 24, no. 3, pp. 221–222, May 2004, doi: 10.5144/0256-4947.2004.221.
- [51] E. Loots, E. Goossens, T. Vanwesemael, M. Morrens, B. Van Rompaey, and T. Dilles, "Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 18, no. 19, 2021, doi: 10.3390/ijerph181910213.
- [52] J. G. Csernansky and E. K. Schuchart, "Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: Effects of second generation antipsychotics," *CNS Drugs*, vol. 16, no. 7, pp. 473–484, 2002, doi: 10.2165/00023210-200216070-00004.
- [53] G. E. Hogarty and R. F. Ulrich, "The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment," *J. Psychiatr. Res.*, vol. 32, no. 3–4, pp. 243–250, 1998, doi: 10.1016/S0022-3956(97)00013-7.
- [54] G. Ayano and B. Duko, "Relapse and hospitalization in patients with schizophrenia and bipolar disorder at the St Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A comparative quantitative cross-sectional study," *Neuropsychiatr. Dis.*

- Treat.*, vol. 13, pp. 1527–1531, 2017, doi: 10.2147/NDT.S139075.
- [55] R. H. Perlis *et al.*, “Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD),” *Am. J. Psychiatry*, vol. 163, no. 2, pp. 217–224, 2006, doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.217.
 - [56] K. R. Jamison, “Suicide and Bipolar Disorder,” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 61, no. SUPPL. 9, pp. 47–51, Dec. 2000, [Online]. Available: <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/20406/>.
 - [57] M. Pompili, Z. Rihmer, M. Innamorati, D. Lester, P. Girardi, and R. Tatarelli, “Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders,” *Expert Rev. Neurother.*, vol. 9, no. 1, pp. 109–136, 2009, doi: 10.1586/14737175.9.1.109.
 - [58] D. V. Iosifescu, “The relation between mood, cognition and psychosocial functioning in psychiatric disorders,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 22, no. SUPPL3, pp. S499–S504, 2012, doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.08.002.
 - [59] W. Bai *et al.*, “Worldwide prevalence of suicidal ideation and suicide plan among people with schizophrenia: a meta-analysis and systematic review of epidemiological surveys,” *Transl. Psychiatry*, vol. 11, no. 1, p. 552, Oct. 2021, doi: 10.1038/s41398-021-01671-6.
 - [60] O. F. Wahl, “Mental Health Consumers’ Experience of Stigma,” *Schizophr. Bull.*, vol. 25, no. 3, pp. 467–478, Jan. 1999, doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394.
 - [61] K. L. M. Hinrichs, C. B. Woolverton, and J. L. Meyerson, “Help Me Understand: Providing Palliative Care to Individuals With Serious Mental Illness,” *Am. J. Hosp. Palliat. Med.*, vol. 39, no. 2, pp. 250–257, 2022, doi: 10.1177/10499091211010722.
 - [62] D. Shalev, L. Fields, and P. A. Shapiro, “End-of-Life Care in Individuals With Serious Mental Illness,” *Psychosomatics*, vol. 61, no. 5, pp. 428–435, Sep. 2020, doi: 10.1016/j.psych.2020.06.003.
 - [63] I. Segredou, K. Xenitidis, M. Panagiotopoulou, V. Bochtsou, O. Antoniadou, and M. Livaditis, “Group psychosocial interventions for adults with schizophrenia and bipolar illness: The evidence base in the light of publications between 1986 and 2006,” *Int. J. Soc. Psychiatry*, vol. 58, no. 3, pp. 229–238, 2012, doi: 10.1177/0020764010390429.
 - [64] H. E. Arat Çelik, D. Ceylan, B. Bağcı, B. B. Akdede, K. Alptekin, and A. Özerdem, “Quality of Life of Individuals with Bipolar Disorder and Schizophrenia,” *Noropsikiyatri Ars.*, vol. 59, no. 4, pp. 309–314, 2022, doi: 10.29399/npa.28089.
 - [65] A. Millier *et al.*, “Humanistic burden in schizophrenia: A literature review,” *J. Psychiatr. Res.*, vol. 54, no. 1, pp. 85–93, 2014, doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.021.

- [66] G. J. Karambelas, K. Filia, L. K. Byrne, K. A. Allott, A. Jayasinghe, and S. M. Cotton, "A systematic review comparing caregiver burden and psychological functioning in caregivers of individuals with schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorders," *BMC Psychiatry*, vol. 22, no. 1, pp. 1–24, 2022, doi: 10.1186/s12888-022-04069-w.
- [67] G. Parker, "Staging the bipolar disorders: Are early stages at too early a stage for intervention?," *Bipolar Disord.*, vol. 24, no. 8, pp. 784–787, 2022, doi: 10.1111/bdi.13256.
- [68] P. Fusar-Poli, "Predicting Psychosis," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 69, no. 3, p. 220, Mar. 2012, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472.
- [69] E. Z. Shoemaker, L. M. Tully, T. A. Niendam, and B. S. Peterson, "The Next Big Thing in Child and Adolescent Psychiatry: Interventions to Prevent and Intervene Early in Psychiatric Illnesses," *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 38, no. 3, pp. 475–494, 2015, doi: 10.1016/j.psc.2015.05.010.
- [70] E. J. Costello, W. Copeland, and A. Angold, "Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?," *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 52, no. 10, pp. 1015–1025, 2011, doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x.
- [71] G. V. Polanczyk, G. A. Salum, L. S. Sugaya, A. Caye, and L. A. Rohde, "Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents," *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 56, no. 3, pp. 345–365, 2015, doi: 10.1111/jcpp.12381.
- [72] J. Balázs *et al.*, "Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk," *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 54, no. 6, pp. 670–677, 2013, doi: 10.1111/jcpp.12016.
- [73] F. M. Gore *et al.*, "Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis," *Lancet*, vol. 377, no. 9783, pp. 2093–2102, 2011, doi: 10.1016/S0140-6736(11)60512-6.
- [74] T. Vos *et al.*, "Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010," *Lancet*, vol. 380, no. 9859, pp. 2163–2196, Dec. 2012, doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
- [75] T. Dua *et al.*, "Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: Summary of WHO recommendations," *PLoS Med.*, vol. 8, no. 11, 2011, doi: 10.1371/journal.pmed.1001122.

- [76] J. A. Hartmann, B. Nelson, A. Ratheesh, D. Treen, and P. D. McGorry, "At-risk studies and clinical antecedents of psychosis, bipolar disorder and depression: A scoping review in the context of clinical staging," *Psychol. Med.*, vol. 49, no. 2, pp. 177–189, 2019, doi: 10.1017/S0033291718001435.
- [77] M. Colizzi *et al.*, "Investigating Gait, Movement, and Coordination in Children with Neurodevelopmental Disorders: Is There a Role for Motor Abnormalities in Atypical Neurodevelopment?," *BRAIN Sci.*, vol. 10, no. 9, Sep. 2020, doi: 10.3390/brainsci10090601.
- [78] C. S. Conley, J. A. Durlak, and A. C. Kirsch, "A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students," *Prev. Sci.*, vol. 16, no. 4, pp. 487–507, May 2015, doi: 10.1007/s11121-015-0543-1.
- [79] S. Ruhrmann, F. Schultze-Lutter, and J. Klosterkötter, "Probably at-risk, but certainly ill - Advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V," *Schizophr. Res.*, vol. 120, no. 1–3, pp. 23–37, 2010, doi: 10.1016/j.schres.2010.03.015.
- [80] P. Fusar-Poli *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*, vol. 207, no. 3, pp. 198–206, 2015, doi: 10.1192/bjp.bp.114.157115.
- [81] C. Mei *et al.*, "Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis," *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 86, no. January, p. 102005, 2021, doi: 10.1016/j.cpr.2021.102005.
- [82] P. D. McGorry, C. Mei, J. Hartmann, A. R. Yung, and B. Nelson, "Intervention strategies for ultra-high risk for psychosis: Progress in delaying the onset and reducing the impact of first-episode psychosis," *Schizophr. Res.*, vol. 228, pp. 344–356, 2021, doi: 10.1016/j.schres.2020.12.026.
- [83] P. Fusar-Poli, P. D. McGorry, and J. M. Kane, "Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview," *World Psychiatry*, vol. 16, no. 3, pp. 251–265, 2017, doi: 10.1002/wps.20446.
- [84] M. Zhang, M. Wang, J. Li, and M. R. Phillips, "Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: An 18-month study in Suzhou, Jiangsu," *Br. J. Psychiatry*, vol. 164, no. AUG. SUPPL. 24, pp. 96–102, 1994, doi: 10.1192/s0007125000293045.
- [85] L. Petersen *et al.*, "A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness," *Br. Med. J.*, vol. 331, no. 7517, pp. 602–605, 2005, doi: 10.1136/bmj.38565.415000.E01.

- [86] D. L. Penn, D. Ph, E. J. Waldheter, D. O. Perkins, K. T. Mueser, and J. A. Lieberman, "Reviews and Overviews Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis:A Research Update," *Am. J. Psychiatry*, no. December, pp. 2220–2232, 2005.
- [87] J. L. Shah *et al.*, "Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement," *World Psychiatry*, vol. 19, no. 2, pp. 233–242, 2020, doi: 10.1002/wps.20745.
- [88] J. A. Lieberman *et al.*, "The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches," *Biol. Psychiatry*, vol. 50, no. 11, pp. 884–897, Dec. 2001, doi: 10.1016/S0006-3223(01)01303-8.
- [89] K. A. Woodberry, D. I. Shapiro, C. Bryant, and L. J. Seidman, "Progress and Future Directions in Research on the Psychosis Prodrome," *Harv. Rev. Psychiatry*, vol. 24, no. 2, pp. 87–103, Mar. 2016, doi: 10.1097/HRP.0000000000000109.
- [90] S. S. Datta, R. Daruvala, and A. Kumar, "Psychological interventions for psychosis in adolescents," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2020, no. 7, 2020, doi: 10.1002/14651858.CD009533.pub2.
- [91] R. T. Brown *et al.*, *Childhood Mental Disorders Evidence Base and Contextual Factors for Psychosocial, Pstchopharmacological and Combined Interventions*, First edit. Cham: American Psychological Association, 2008.
- [92] A. Ventriglio *et al.*, "Psychosocial interventions in schizophrenia: Focus on guidelines," *Int. J. Soc. Psychiatry*, vol. 66, no. 8, pp. 735–747, 2020, doi: 10.1177/0020764020934827.
- [93] M. F. Chia *et al.*, "Early intervention for bipolar disorder – Do current treatment guidelines provide recommendations for the early stages of the disorder?," *J. Affect. Disord.*, vol. 257, no. July, pp. 669–677, 2019, doi: 10.1016/j.jad.2019.07.062.
- [94] M. W. Otto and D. J. Miklowitz, "The Role and Impact of Psychotherapy in the Management of Bipolar Disorder," *CNS Spectr.*, vol. 9, no. S12, pp. 27–32, Nov. 2004, doi: 10.1017/S1092852900028868.
- [95] R. S. Kern, S. M. Glynn, W. P. Horan, and S. R. Marder, "Psychosocial treatments to promote functional recovery in Schizophrenia," *Schizophr. Bull.*, vol. 35, no. 2, pp. 347–361, 2009, doi: 10.1093/schbul/sbn177.
- [96] M. Yildiz, "Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder," *Noropsikiyatri Ars.*, vol. 58, no. Supplement 1, pp. S77–S82, 2021, doi: 10.29399/npa.27430.
- [97] N. O'Connell *et al.*, "Early Intervention in Psychosis services: A systematic review and

- narrative synthesis of the barriers and facilitators to implementation,” *Eur. Psychiatry*, vol. 65, no. 1, 2022, doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.2260.
- [98] M. Lambert, V. Niehaus, and C. Correll, “Pharmacotherapy in Children and Adolescents at Clinical-High Risk for Psychosis and Bipolar Disorder,” *Pharmacopsychiatry*, vol. 49, no. 6, pp. 229–244, 2016, doi: 10.1055/s-0042-116668.
- [99] D. J. Miklowitz, “Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 165, no. 11, pp. 1408–1419, 2008, doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040488.
- [100] K. T. Mueser, F. Deavers, D. L. Penn, and J. E. Cassisi, “Psychosocial treatments for schizophrenia,” *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 9, no. December, pp. 465–497, 2013, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- [101] N. Guidelines, “Bipolar disorder: assessment and management.,” *Aust. Fam. Physician*, vol. 36, no. 4, pp. 12–19, 2020.
- [102] National Institute for Health and Care Excellence (NICE), “Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management,” *Nice*, no. March 2014, p. 4, 2014.
- [103] A. P. Morrison and S. Barratt, “What are the components of CBT for psychosis? a delphi study,” *Schizophr. Bull.*, vol. 36, no. 1, pp. 136–142, 2010, doi: 10.1093/schbul/sbp118.
- [104] F. Naeem *et al.*, “Brief culturally adapted CBT for psychosis (CaCBTp): A randomized controlled trial from a low income country,” *Schizophr. Res.*, vol. 164, no. 1–3, pp. 143–148, 2015, doi: 10.1016/j.schres.2015.02.015.
- [105] K. J. Chiang, J. C. Tsai, D. Liu, C. H. Lin, H. L. Chiu, and K. R. Chou, “Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A metaanalysis of randomized controlled trials,” *PLoS One*, vol. 12, no. 5, pp. 1–19, 2017, doi: 10.1371/journal.pone.0176849.
- [106] A. E. West *et al.*, “Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: A randomized clinical trial,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 53, no. 11, pp. 1168–1178.e1, 2014, doi: 10.1016/j.jaac.2014.08.013.
- [107] S. G. Hofmann, A. Asnaani, I. J. J. Vonk, A. T. Sawyer, and A. Fang, “The efficacy of CBT: a review of meta-analyses,” *Cogn. Ther. Res.*, vol. 36, no. 5, pp. 427–440, 2012, doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.The.
- [108] F. Pharoah, J. Mari, J. Rathbone, and W. Wong, “Family intervention for schizophrenia,” *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 12, 2006, doi:

10.1002/14651858.cd000088.pub2.

- [109] K. Bond and I. M. Anderson, "Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials," *Bipolar Disord.*, vol. 17, no. 4, pp. 349–362, 2015, doi: 10.1111/bdi.12287.
- [110] D. Smith, I. Jones, and S. Simpson, "Psychoeducation for bipolar disorder," *Adv. Psychiatr. Treat.*, vol. 16, no. 2, pp. 147–154, 2010, doi: 10.1192/apt.bp.108.006403.
- [111] J. Xia, L. B. Merinder, and M. R. Belgamwar, "Psychoeducation for schizophrenia," *Schizophr. Bull.*, vol. 37, no. 1, pp. 21–22, 2011, doi: 10.1093/schbul/sbq138.
- [112] J. C. Markowitz and M. M. Weissman, "Interpersonal Psychotherapy: Past, Present and Future," *Clin. Psychol. Psychother.*, vol. 19, no. 2, pp. 99–105, 2012, doi: 10.1002/cpp.1774.
- [113] E. Frank, H. A. Swartz, and E. Boland, "Interpersonal and social rhythm therapy: An intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder," *Dialogues Clin. Neurosci.*, vol. 9, no. 3, pp. 325–332, 2007, doi: 10.31887/dcns.2007.9.3/efrank.
- [114] D. J. Miklowitz *et al.*, "Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis," *JAMA Psychiatry*, vol. 78, no. 2, pp. 141–150, 2021, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2993.
- [115] E. Frank *et al.*, "Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 62, no. 9, pp. 996–1004, 2005, doi: 10.1001/archpsyc.62.9.996.
- [116] D. Velligan, P. Weiden, and M. et al Sajatovic, "The Expert Consensus Guideline Series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness," *J. Clin. Psychiatry*, vol. 70, no. suppl 4, pp. 01–48, 2009, doi: 10.4088/jcp.7090sulcj.x.
- [117] R. E. Gearing and I. A. Mian, "An approach to maximizing treatment adherence of children and adolescents with psychotic disorders and major mood disorders.," *Can. Child Adolesc. Psychiatr. Rev.*, vol. 14, no. 4, pp. 106–13, 2005, [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19030524><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2553227>.
- [118] N. E. M. Salema, R. A. Elliott, and C. Glazebrook, "A systematic review of adherence-enhancing interventions in adolescents taking long-term medicines," *J. Adolesc. Heal.*, vol. 49, no. 5, pp. 455–466, 2011, doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.02.010.
- [119] A. Barman, A. Chatterjee, and R. Bhide, "Cognitive impairment and rehabilitation strategies after traumatic brain injury," *Indian J. Psychol. Med.*, vol. 38, no. 3, pp. 172–181, 2016, doi: 10.4103/0253-7176.183086.

- [120] T. Touloupoulou, S. Quraishi, C. McDonald, and R. M. Murray, “The Maudsley Family study: Premorbid and current general intellectual function levels in familial bipolar I disorder and schizophrenia,” *J. Clin. Exp. Neuropsychol.*, vol. 28, no. 2, pp. 243–259, 2006, doi: 10.1080/13803390500360513.
- [121] E. Bora, B. Veznedaroğlu, and S. Vahip, “Theory of mind and executive functions in schizophrenia and bipolar disorder: A cross-diagnostic latent class analysis for identification of neuropsychological subtypes,” *Schizophr. Res.*, vol. 176, no. 2–3, pp. 500–505, 2016, doi: 10.1016/j.schres.2016.06.007.
- [122] C. M. Bonnin, C. Torrent, E. Vieta, and A. Martínez-Arán, “Restoring functioning in bipolar disorder: Functional remediation,” *Harv. Rev. Psychiatry*, vol. 22, no. 6, pp. 326–330, 2014, doi: 10.1097/HRP.0000000000000062.
- [123] M. Irfan, S. Muzaffar, D. Kingdon, S. Rathod, and F. Naeem, *Psychotherapy for schizophrenia and bipolar disorder*. Elsevier Inc., 2019.
- [124] A. Vita, S. Barlati, M. Bellani, and P. Brambilla, “Cognitive remediation in schizophrenia: Background, techniques, evidence of efficacy and perspectives,” *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, vol. 23, no. 1, pp. 21–25, 2014, doi: 10.1017/S2045796013000541.
- [125] I. Bighelli *et al.*, “Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis,” *The Lancet Psychiatry*, vol. 8, no. 11, pp. 969–980, 2021, doi: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1.
- [126] E. Mc Glanaghy *et al.*, “A network meta-analysis of psychological interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms,” *Schizophr. Res.*, vol. 228, pp. 447–459, 2021, doi: 10.1016/j.schres.2020.12.036.
- [127] D. L. Penn, D. L. Roberts, D. Combs, and A. Sterne, “The development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 58, no. 4, pp. 449–451, 2007, doi: 10.1176/ps.2007.58.4.449.
- [128] C. F. Bartholomeusz, K. Allott, E. Killackey, P. Liu, S. J. Wood, and A. Thompson, “Social cognition training as an intervention for improving functional outcome in first-episode psychosis: A feasibility study,” *Early Interv. Psychiatry*, vol. 7, no. 4, pp. 421–426, 2013, doi: 10.1111/eip.12036.
- [129] M. M. Kurtz and C. L. Richardson, “Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research,” *Schizophr. Bull.*, vol. 38, no. 5, pp. 1092–1104, 2012, doi: 10.1093/schbul/sbr036.
- [130] C. S. Chu *et al.*, “The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in

- treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis,” *J. Affect. Disord.*, vol. 225, no. June 2017, pp. 234–245, 2018, doi: 10.1016/j.jad.2017.08.025.
- [131] S. Miziou *et al.*, “Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: A systematic review,” *Ann. Gen. Psychiatry*, vol. 14, no. 1, pp. 1–11, 2015, doi: 10.1186/s12991-015-0057-z.
- [132] M. Demissie, C. Hanlon, R. Birhane, L. Ng, G. Medhin, and A. Fekadu, “Psychological interventions for bipolar disorder in low- and middle-income countries: systematic review,” *BJPsych Open*, vol. 4, no. 5, pp. 375–384, 2018, doi: 10.1192/bjo.2018.46.
- [133] C. Hakulinen *et al.*, “Employment status and personal income before and after onset of a severe mental disorder: A case-control study,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 71, no. 3, pp. 250–255, 2020, doi: 10.1176/appi.ps.201900239.
- [134] M. Z. R. Z. Abidin, F. W. Yunus, H. F. M. Rasdi, and M. Kadar, “Employment programmes for schizophrenia and other severe mental illness in psychosocial rehabilitation: a systematic review,” *Br. J. Occup. Ther.*, vol. 84, no. 10, pp. 605–619, 2021, doi: 10.1177/0308022620980683.
- [135] E. Falkum *et al.*, “Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society,” *BMC Psychiatry*, vol. 17, no. 1, pp. 1–11, 2017, doi: 10.1186/s12888-016-1183-0.
- [136] M. Rocamora-Montenegro, L. M. Compañ-Gabucio, and M. Garcia De La Hera, “Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: A scoping review,” *BMJ Open*, vol. 11, no. 10, 2021, doi: 10.1136/bmjopen-2020-047467.
- [137] W. N. Stone, “Affect and therapeutic process in groups for chronically mentally ill persons,” *J. Psychother. Pract. Res.*, vol. 7, no. 3, pp. 208–216, 1998, doi: 10.4324/9780429473258-11.
- [138] K. L. Fortuna, P. Solomon, and J. Rivera, “An Update of Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients,” *Psychiatr. Q.*, vol. 93, no. 2, pp. 571–586, 2022, doi: 10.1007/s11126-022-09971-w.
- [139] U. H. Haahr *et al.*, “Multi-family group and single-family intervention in first-episode psychosis: A prospective, quasi-experimental cohort study,” *Early Interv. Psychiatry*, vol. 15, no. 4, pp. 983–992, 2021, doi: 10.1111/eip.13047.
- [140] M. Leszcz, “Group therapy for patients with medical illness,” *Am. J. Psychother.*, vol. 73, no. 4, pp. 131–136, 2020, doi: 10.1176/APPI.PSYCHOTHERAPY.20200005.
- [141] R. A. Janis, G. M. Burlingame, H. Svien, J. Jensen, and R. Lundgreen, “Group therapy

- for mood disorders: A meta-analysis,” *Psychother. Res.*, vol. 31, no. 3, pp. 369–385, 2021, doi: 10.1080/10503307.2020.1817603.
- [142] T. Macheiner, A. Skavantzios, R. Pilz, and E. Z. Reininghaus, “A meta-analysis of adjuvant group-interventions in psychiatric care for patients with bipolar disorders,” *J. Affect. Disord.*, vol. 222, no. January, pp. 28–31, 2017, doi: 10.1016/j.jad.2017.06.057.
- [143] S. Orfanos, C. Banks, and S. Priebe, “Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis,” *Psychother. Psychosom.*, vol. 84, no. 4, pp. 241–249, 2015, doi: 10.1159/000377705.
- [144] B. Duko, “Prevalence and Correlates of Co-occurring Substance Use Disorder among Patients with Severe Mental Disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia,” *J. Neuropsychopharmacol. Ment. Heal.*, vol. 01, no. 01, pp. 1–6, 2016, doi: 10.4172/2472-095x.1000101.
- [145] L. Petersen *et al.*, “Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The Danish OPUS trial,” *Early Interv. Psychiatry*, vol. 1, no. 1, pp. 88–96, 2007, doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00015.x.
- [146] C. Cather *et al.*, “Impact of comprehensive treatment for first episode psychosis on substance use outcomes: A randomized controlled trial,” *Psychiatry Res.*, vol. 268, pp. 303–311, 2018, doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.055.
- [147] L. Citrome and D. Yeomans, “Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being?,” *J. Psychopharmacol.*, vol. 19, no. 6 SUPPL., pp. 102–109, 2005, doi: 10.1177/0269881105059505.
- [148] D. Vancampfort *et al.*, “The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions to improve physical health outcomes in people with schizophrenia: a meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials,” *World Psychiatry*, vol. 18, no. 1, pp. 53–66, 2019, doi: 10.1002/wps.20614.
- [149] D. Winter, S. Livinstone, and M. Saeed, “Growing Up in a Connected World,” *Florence UNICEF Off. Res.*, pp. 1–25, 2019, doi: 10.1142/9789812775214_0004.
- [150] M. J. Park, D. J. Kim, U. Lees, E. J. Na, and H. J. Jeon, “A Literature Overview of Virtual Reality (VR) in Treatment of Psychiatric Disorders: Recent Advances and Limitations,” *Front. PSYCHIATRY*, vol. 10, Jul. 2019, doi: 10.3389/fpsyt.2019.00505.
- [151] S. Riches, S. Pisani, L. Bird, M. Rus-Calafell, P. Garety, and L. Valmaggia, “Virtual reality-based assessment and treatment of social functioning impairments in psychosis: a systematic review,” *Int. Rev. Psychiatry*, vol. 33, no. 3, pp. 337–362, 2021, doi: 10.1080/09540261.2021.1918648.

- [152] I. R. H. Falloon *et al.*, “Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: Clinical Outcome of a Two-Year Longitudinal Study,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 42, no. 9, pp. 887–896, 1985, doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790320059008.
- [153] D. J. Miklowitz and B. Chung, “Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research,” *Fam. Process*, vol. 55, no. 3, pp. 483–499, 2016, doi: 10.1111/famp.12237.
- [154] N. Raes, I. Jaspers, and G. Lemmens, “Family Therapy: A Necessary Core Competence for Psychiatric Trainees,” pp. 495–510, 2019, doi: 10.1007/978-981-10-2350-7_29.
- [155] V. Bird, P. Premkumar, T. Kendall, C. Whittington, J. Mitchell, and E. Kuipers, “Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 197, no. 5, pp. 350–356, 2010, doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526.
- [156] M. P. O’Brien *et al.*, “A randomized trial of family focused therapy with populations at clinical high risk for psychosis: Effects on interactional behavior,” *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 82, no. 1, pp. 90–101, 2014, doi: 10.1037/a0034667.
- [157] M. Reinares, C. M. Bonnín, D. Hidalgo-Mazzei, J. Sánchez-Moreno, F. Colom, and E. Vieta, “The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review,” *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 43, pp. 47–57, Feb. 2016, doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.010.
- [158] J. Kaufman *et al.*, “Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 36, no. 7, pp. 980–988, 1997, doi: 10.1097/00004583-199707000-00021.
- [159] B. Gökler, F. Ünal, and B. Pehlivan Türk, “Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health.*,” *Turk J Child Adolesc Ment Heal.*, vol. 11, no. 3, pp. 109–116, 2004, [Online]. Available: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-11929-001>.
- [160] M. B. First and M. Gibbon, “The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II).,” in *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment.*, Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc., 2004, pp. 134–143.

- [161] A. Özkürkçügil, O. Aydemir, M. Yıldız, A. Danacı, and E. Köroğlu, “DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması . Adaptation into Turkish and Reliability of Structured Clinical In ...,” *İlaç Ve Tedavi Derg.*, vol. 12, no. 4, pp. 233–236, 1999.
- [162] N. C. Andreasen, “Negative v Positive Schizophrenia,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 39, no. 7, p. 789, 1982, doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290070025006.
- [163] Erkoç Ş, “Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve güvenilirlik Çalışması,” *Düşünen Adam*, vol. 4, no. 2, pp. 20–24, 1991.
- [164] M. Hamilton, “A RATING SCALE FOR DEPRESSION,” *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 23, no. 1, pp. 56–62, Feb. 1960, doi: 10.1136/jnnp.23.1.56.
- [165] A. Akdemir, D. S. Örsel, N. İşcan, H. Özbay, İ. Dağ, and M. H. Türkçapar, “Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliliği- güvenilirliği ve klinikte kullanımı,” *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, vol. 4, no. 4. pp. 251–259, 1996, [Online]. Available: <http://search/yayin/detay/41533>.
- [166] F. Karadağ, T. Oral, F. A. Yalçın, and E. Erten, “[Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale].,” *Türk Psikiyatri Derg.*, vol. 13, no. 2, pp. 107–114, 2002, [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12794663>.
- [167] B. Kirkpatrick *et al.*, “The brief negative symptom scale: Psychometric properties,” *Schizophr. Bull.*, vol. 37, no. 2, pp. 300–305, 2011, doi: 10.1093/schbul/sbq059.
- [168] I. Polat Nazlı, C. Ergül, Ö. Aydemir, S. Chandhoke, A. Üçok, and A. S. Gönül, “Validation of Turkish version of brief negative symptom scale,” *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, vol. 20, no. 4, pp. 265–271, 2016, doi: 10.1080/13651501.2016.1207086.
- [169] Ö. Aydemir *et al.*, “Bireysel ve sosyal performans ölçeği’nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması,” *Klin. Psikofarmakol. Bul.*, vol. 19, no. 2, pp. 93–100, 2009.
- [170] F. Amador, M. Flaum, D. Ph, H. Strauss, A. Yale, and J. M. Gorman, “Assessment of insight in psychosis,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 150, no. 6, pp. 873–879, Jun. 1993, doi: 10.1176/ajp.150.6.873.
- [171] Ö. S. BORA E, OZDEMIR F, “Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği’nin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği,” *Türkiye’de Psikiyatr. Derg.*, vol. 8, pp. 74–80, 2006.
- [172] C. S. Carver, M. F. Scheier, and K. J. Weintraub, “Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach,” *J. Pers. Soc. Psychol.*, vol. 56, no. 2, pp. 267–283, 1989, doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267.

- [173] Charles S. Carver, "You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE," *Int. J. Behav. Med.*, vol. 4, no. 1, pp. 92–100, 1997.
- [174] H. Bacanlı, M. Sürücü, and T. İlhan, "Basa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması," *Kuram ve Uygulamada Egit. Bilim.*, vol. 13, no. 1, pp. 90–96, 2013.
- [175] S. M. Nelis, G. Rae, and C. Liddell, "Factor analyses and score validity of the family emotional involvement and criticism scale in an adolescent sample," *Educ. Psychol. Meas.*, vol. 66, no. 4, pp. 676–686, 2006, doi: 10.1177/0013164405282466.
- [176] P. Vural, D. Siğirli, Ş. Eray, I. Ercan, and E. Z. Kiliç, "The reliability and validity study of shortened level of expressed emotion scale in adolescents," *Türkiye Klin. J. Med. Sci.*, vol. 33, no. 1, pp. 191–199, 2013, doi: 10.5336/medsci.2012-30433.
- [177] A. T. BECK, "An Inventory for Measuring Depression," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 4, no. 6, p. 561, Jun. 1961, doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- [178] Hisli N, "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği," *Psikoloji Dergisi*, vol. 7, no. 23. pp. 3–13, 1989.
- [179] J. M. Z. Zarit, S. H., "The memory and behavior problems checklist: 1987R and the burden interview (technical report)," *Univ. Park Pennsylvania State Univ.*, 1990.
- [180] F. H. İnci and M. Erdem, "Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik Güvenilirliği," *J. Anatolia Nurs. Heal. Sci.*, vol. 11, no. 4, pp. 85–95, 2008.
- [181] The WHOQOL Group, "WHO Quality of Life Scale (WHOQOL)," *Psychol. Med.*, vol. 28, no. 3, pp. 551–558, 1998.
- [182] E. Eser, H. Fidnner, S. Y. Eser, and H. Elbi, "Psychometric properties of the WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF ' in psikometrik özellikleri *," *3P Derg.*, vol. 7, no. (Ek 2), pp. 23–40, 1999.
- [183] D. S. Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, "The McMaster Family Assessment Device," *J. Marital Fam. Ther.*, vol. 9, no. 2, pp. 171–180, 1983, doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x.
- [184] I. Bulut, *Aile değerlendirme ölçeği el kitabı*. Özgüzelış Matbaası, 1990.
- [185] D. J. Miklowitz *et al.*, "Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial," *Bipolar Disord.*, vol. 13, no. 1, pp. 67–75, Feb. 2011, doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00890.x.
- [186] L. A. Poole, T. Knight, J. W. Toumbourou, D. I. Lubman, M. D. Bertino, and A. J. Lewis, "A Randomized Controlled Trial of the Impact of a Family-Based Adolescent Depression Intervention on both Youth and Parent Mental Health Outcomes," 2017,

doi: 10.1007/s10802-017-0292-7.

- [187] A. Calvo *et al.*, “Intervention for adolescents with early-onset psychosis and their families: A randomized controlled trial,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 53, no. 6, pp. 688–696, 2014, doi: 10.1016/j.jaac.2014.04.004.
- [188] W.-T. Chien and S. W. C. Chan, “One-Year Follow-up of a Multiple-Family-Group Intervention for Chinese Families of Patients With Schizophrenia,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 55, no. 11, pp. 1276–1284, Nov. 2004, doi: 10.1176/appi.ps.55.11.1276.
- [189] W. R. Mcfarlane *et al.*, “Clinical and Functional Outcomes After 2 Years in the Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis Multisite Effectiveness Trial,” vol. 41, no. 1, pp. 30–43, 2015, doi: 10.1093/schbul/sbu108.
- [190] K. Madigan *et al.*, “A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder,” *Eur. Psychiatry*, vol. 27, no. 4, pp. 281–284, 2012, doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.12.008.
- [191] B. Bäckström, O. Rask, and J. Knutsson, “Adolescent and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorders: An Open Trial and Individual Trajectories Study in Routine Psychiatric Care,” *Child Psychiatry Hum. Dev.*, no. 0123456789, 2023, doi: 10.1007/s10578-023-01504-1.
- [192] M. A. Fristad, J. S. Goldberg-Arnold, and S. M. Gavazzi, “Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders,” *J. Marital Fam. Ther.*, vol. 29, no. 4, pp. 491–504, 2003, doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01691.x.
- [193] M. S. Ritsner, M. Arbitman, A. Lisker, and A. M. Ponizovsky, “Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorder II. Predictive value of psychosocial factors,” *Qual. Life Res.*, vol. 21, no. 6, pp. 1075–1084, 2012, doi: 10.1007/s11136-011-0015-4.
- [194] M. Hurmuz *et al.*, “Quality of Life in Patients with Chronic Psychotic Disorders: A Practical Model for Interventions in Romanian Mental Health Centers,” *Med.*, vol. 58, no. 5, 2022, doi: 10.3390/medicina58050615.
- [195] P. Jeppesen *et al.*, “Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 187, no. S48, pp. s85–s90, Aug. 2005, doi: 10.1192/bjp.187.48.s85.

EKLER:

VERİ KAYIT FORMU

Olgu No:

Çalışmanın Adı: ‘Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk Erken Dönemde Aile Odaklı Terapinin Etkilerinin İncelenmesi’

Yürütücü: Prof. Dr. Neslihan İnal

Prof. Dr. Emre Bora

Çalıştığı Kurum: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı / İzmir

İletişim: E-posta adresi:

Katılımcı Bilgileri-Demografik Veriler:

Yaş:

Cinsiyet: 1. Erkek () 2. Kadın ()

Boy/Kilo:

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

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

Meslek:

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

Eğitim süresi (yıl):

Alışkanlıklar:

Sigara:.....paket/gün/yıl

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

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

Diğer: ()

Ailesel Özellik:

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

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

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

Kaç kişi?..... Kimler?

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

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

Kaç kişi?..... Kimler?

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

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

Baba eğitim yılı:

Anne eğitim yılı:

Adli Öykü: 1.Var () 2.Yok ()

Gelişim (mümkünse aileden de öykü):

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

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

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

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

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

DEHB: 1.Evet () 2.Hayır () 3.Olası ()

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

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

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

Çocukluk çağı ihmali: Fiziksel () Psikolojik/Sözel () CTQ skor:.....

Bipolar Bozukluk tanı yaşı:

Manik semptomlarının başlangıç yaşı:

Depresif semptomların başlangıç yaşı:

Depresif atak sayısı:

Melankolik özellikli depresyon:

Manik atak sayısı:

Psikotik özellikli epizodlar:

Geçmiş en şiddetli depresif epizod dönemi:

Geçmiş en şiddetli manik epizod dönemi:

Melankolik indeks:

Kullanılan psikiyatrik ilaçlar ve doz:

Komorbid Psikiyatrik Tanılar:

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

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

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

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

Sosyal fobi: 1.Evet () 2.Hayır ()

Diğer fobiler: 1.Evet () 2.Hayır ()

OKB: 1.Evet () 2.Hayır ()

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

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

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

TSSB: 1.Evet () 2.Hayır ()

Kullandığı ilaçlar:

HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

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

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

2) Suçluluk duyguları

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

3) İntihar

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

4) Uykuya dalamamak

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

5) Geceyarısı uyanmak

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

6) Sabah erken uyanmak

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

7) Çalışma ve aktiviteler

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

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

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

9) Ajitasyon

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

10) Psikik anksiyete

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

11) Somatik anksiyete

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

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

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

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

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

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

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

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

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

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

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

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

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

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

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

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

17) Durumu hakkında görüşü

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

Toplam HAM-D skoru:



YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

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

5) İritabilite

0. Yok

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

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

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

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

8) Düşünce içeriği

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

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

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

- 0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
- 1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
- 2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
- 3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
- 4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

VARSANILAR

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

Altölçek toplam ()

SANRILAR

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

Altölçek Toplam ()

GARİP DAVRANIŞ

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

Altölçek Toplam ()

POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

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

Altölçek Toplam ()

UYGUNSUZ DUYGULANIM

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

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

KISA NEGATİF SEMPTOM ÖLÇEĞİ: PUAN ÇİZELGESİ

← NORMAL BOZULMUŞ →

I. ANHEDONİ

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

II. SIKINTI HİSSİNİN EKSİKLİĞİ

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

III. ASOSYALLİK

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

IV. AVOLÜSYON

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

V. KÜNT AFFEKT

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

VI. ALOJİ

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

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Lütfen kişiyi **geçen ay** boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz. Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:

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

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

a-c alanlarının şiddet derecesi

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

d alanında şiddetin derecesi

(I) yok

(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor

(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeye- cek bir tarzda yemek yemek gibi

(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)

(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak

(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan

Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği (SUMD)

Bu ölçeğin uygulanması için hastanın aşağıdaki semptomlardan birine sahip olması gerekir.

Öncelikle hastanın araştırılan dönemde hangi semptomları olduğu saptanmalıdır. Semptomların şiddetinden çok açıkça bulunması önemlidir. Ölçek doldurulmadan önce semptom tarama çizelgesi doldurulmalıdır.

Güncel sütununa hastanın semptomlarına görüşme sırasındaki farkındalık düzeyi işaretlenir.

Geçmiş sütununa daha önceki bir dönemdeki semptomların farkındalık düzeyi işaretlenir. Geçmişte seçilen bir zaman-
da (Örneğin son psikotik alevlenmesini yaşadığı dönem) hastanın semptomların ne kadar farkında olduğu sorgulanır.
Araştırmanın amacına göre incelenen dönem değişebilir.

Semptomların farkındalık düzeyinden sonra 1-3 arası puan alan (en azından kısmi içgörüsü korunmuş) maddelerin ne ölçüde hastalığa atfedildiği sorgulanır.

Semptom tarama çizelgesi

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

Madde

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

1- Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi

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

Ş	G	
0	0	Değerlendirilemedi.
1	1	Farkında: Hasta açık bir şekilde ruhsal bir hastalığı olduğuna inanıyor.
2	2	
3	3	Kısmi: Bir ruhsal bozukluğu olabileceği konusunda şüphe içinde ama hasta olabileceği düşüncesini dikkate alabiliyor.
4	4	
5	5	Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu olmadığını düşünüyor.

2- İlaç tedavisinin etkilerinin farkında olma düzeyi

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

Ş	G	
0	0	Değerlendirilemedi ya da uygun değil.
1	1	Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığını düşünüyor.
2	2	
3	3	Kısmi: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltıp azaltmadığı konusunda şüpheli ama ilaçların etkili olmuş olabileceği fikrini dikkate alabiliyor.
4	4	
5	5	Farkında değil: Hasta ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azaltmadığını düşünüyor.

3- Ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi

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

Ş	G	
0	0	Değerlendirilemedi ya da uygun değil.
1	1	Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor.
2	2	
3	3	Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığıyla ilgili olduğu konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor.
4	4	
5	5	Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanmıyor.

Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız.

1. Asla böyle bir şey yapmam
3. Orta derecede böyle yaparım

2. Çok az böyle yaparım
4. Çoğunlukla böyle yaparım

<i>Madde</i>				
1. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
2. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da TV seyredirim.	1	2	3	4
3. Olay hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
4. Bununla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemekten vaz geçerim.	1	2	3	4
5. Olayın gerçekten olduğu fikrine kendimi alıştırırım.	1	2	3	4
6. Allah'tan yardım isterim.	1	2	3	4
7. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
8. Şartlar uygun olana kadar bu konuda hiç bir şey yapmam.	1	2	3	4
9. Ne hissettiğimi birilerine anlatırım.	1	2	3	4
10. Amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	1	2	3	4
11. Soruna odaklanabilmek için diğer etkinliklerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
12. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir süre kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
13. Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
14. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
15. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
16. Ne yapmam gerektiği konusunda bir strateji geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4
17. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse- yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
18. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.	1	2	3	4
19. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç almaya çalışırım.	1	2	3	4
20. Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
21. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.	1	2	3	4
22. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.	1	2	3	4
23. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
24. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü etkinliklere yönelirim.	1	2	3	4
25. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.	1	2	3	4
26. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
27. Dini inancımda huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
28. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4

Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği

Aşağıda, başkalarının size karşı davranma biçimlerini açıklayan çok sayıda açıklama bulunmaktadır. Her açıklamayı dikkatli bir şekilde okuyunuz ve hayatınızdaki en etkili kişinin/ailenin son 3 ay içinde size karşı bu şekilde davranıp davranmadıklarını aşağıdaki dört seçenek üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

1- Doğru değil. 2- Kısmen doğru. 3- Büyük ölçüde doğru. 4-Doğru.

1. Moralim bozuk olduğu zaman beni sakinleştiriyor	1	2	3	4
2. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman bana karşı sempattir.	1	2	3	4
3. Ona çok sorun yarattığımı hissetmiyor.	1	2	3	4
4. Bir kişi olarak kendimi değerli hissetmemi sağlıyor.	1	2	3	4
5. Stresli durumlarda kontrollü olmayı başarıyor.	1	2	3	4
6. Moralim bozuk veya hasta olduğum zaman kendimi daha iyi hissetmemi sağlamaya çalışıyor.	1	2	3	4
7.Yapabileceklerim ve yapamayacaklarım hakkında gerçekçidir.	1	2	3	4
8. Beni sonuna kadar dinliyor.	1	2	3	4
9.Yakınımda olduğu zaman rahatlamış hissetmemi sağlıyor.	1	2	3	4
10. İşler iyi gitmese bile bana iyi davranır, beni zorlamaz.	1	2	3	4
11. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman düşüncelidir.	1	2	3	4
12. İhtiyacım olduğu zaman beni destekler.	1	2	3	4
13. Kendimi iyi hissetmediğim zaman durumumu anlamak için daha fazla bilgi toplamaya isteklidir.	1	2	3	4
14. Ben bir hata yapsam bile anlayışlı davranır.	1	2	3	4
15. Kendimi kötü hissettiğimde bana güven vermeye çalışır.	1	2	3	4
16. İyi olmadığımı söylediğim zaman sadece dikkat çekmek istiyorsundur.	1	2	3	4
17.Beklentilerini gerçekleştiremediğimde beni aşağılar.	1	2	3	4
18. Moralim bozuk olduğu veya kötü hissettiğim zaman bana yardımcı olmaz.	1	2	3	4
19. Beklentilerine uygun bir şekilde yaşamazsam beni eleştirir.	1	2	3	4
20.Kendimi iyi hissetmediğim zaman duygularıyla nasıl baş edeceğini bilmiyor	1	2	3	4
21. İşler yolunda gitmediğinde bana kızar.	1	2	3	4
22. İyi olmadığım zaman beni durumu abartmakla suçlar.	1	2	3	4
23. İşler yolunda gitmediği zaman meseleleri daha da kötüleştirir.	1	2	3	4
24.Kendimi iyi hissetmediğim zaman beni, olayları uydurmakla suçlar.	1	2	3	4
25. Bir işi iyi yapmadığım zaman çılgına döner.	1	2	3	4
26. İşler yolunda gitmediği zaman gergin hale gelir.	1	2	3	4
27. Kendimi iyi hissetmediğim zaman aynı düzeyde çaba bekler.	1	2	3	4
28. Her zaman işlerime burnunu sokar.	1	2	3	4
29.Her zaman, hakkımdaki her şeyi bilmek zorundadır.	1	2	3	4
30. Özel meselelerime burnunu sokar.	1	2	3	4
31. Hayatıma burnunu sokmaz.	1	2	3	4
32. Benden çok fazla şey bekler.	1	2	3	4
33. Çok fazla kişisel soru sormaz.	1	2	3	4

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlemin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılı- yorum	Büyük Ölçüde Katılı- yorum	Biraz Katılı- yorum	Hiç Katılmı- yorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10. Gerekliğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlemin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılı- yorum	Büyük Ölçüde Katılı- yorum	Biraz Katılı- yorum	Hiç Katılmı- yorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()

11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle allece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Allecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
CÜMLELER:		Büyük		

	Aynen Katılı- yorum	Ölçüde Katılı- yorum	Biraz Katılı- yorum	Hiç Katılmı- yorum
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()

49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60. Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek	☐ Kadın	Doğum tarihiniz nedir?
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?		
☐ Hiç Eğitim Almadım	☐ İlkokul-Ortaokul	☐ Hiç Evlenmemiş	☐ Evli Gibi Yaşıyor
☐ Lise Veya Eşdeğeri	☐ Üniversite	☐ Boşanmış	☐ Ayrılmış
☐ Evli	☐ Eşi Yaşamıyor		
Şu anda bir hastalığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;
Sizce bu nedir?			(hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐ 5	Çok az ☐ 4	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 2	Aşırı derecede ☐ 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Son derecede ☐ 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Tamamen ☐ 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
F9.1		☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F13.3						
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F10.3						
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F12.4						
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F6.3						
20	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F13.3						
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F15.3						
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F14.4						
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F17.3						
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F19.3						
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
F23.3						

26	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
F8.1		☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁

27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U		☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi		
Alt Parametre	Oluşturan sorular	
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı	
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı	Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı	
Sosyal ilişkiler	20,21,22. Soruların toplamı	
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı	

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun

$$[(30-7) / (35-7)] \times 100 = (23/28) \times 100 = \%82,14$$

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr.Neslihan İnal

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7079-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk Erken Dönemde Aile Odaklı Terapinin Etkilerinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Neslihan İnal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/11-07	Tarih:23.03.2022				
	Prof.Dr.Neslihan İnal'ın sorumlusu olduğu "Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk Erken Dönemde Aile Odaklı Terapinin Etkilerinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asılsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	