

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ALGILANAN BİLİŞSEL BOZUKLUK ANKETİNİN
TÜRKÇEYE UYARLANMASI, BİPOLAR BOZUKLUĞU
OLAN ÖTİMİK HASTALARDA GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Zerrin ÇİMEN KIYLIOĞLU

**DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR**

ANKARA

2018

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketinin Türkçeye Uyarlanması, Bipolar Bozukluğu Olan Ötimik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanıma ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Zerrin ÇİMEN KIYLIOĞLU

Tarih: 29/06/2018

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalında
Adli Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında
Zerrin ÇİMEN KIYLIOĞLU tarafından hazırlanan
“Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketinin Türkçeye Uyarlanması, Bipolar Bozukluğu
Olan Ötimik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak
OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29.06.2018

Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR
Ankara Ü. Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı

Prof. Dr. H. Sinan SÜZEN
Ankara Ü. Eczacılık Fakültesi
Üye

Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ
Ankara Hacı Bayram Veli Ü. Edebiyat Fakültesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	x
Çizelgeler	xi
1.GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	2
1.1.1. Bipolar Bozukluk	2
1.1.1.1. Bipolar Bozukluğun Hastalık Dönemleri	3
1.1.1.1.1. Mani Dönemi	3
1.1.1.1.2. Hipomani Dönemi	4
1.1.1.1.3.Yeğin (Majör) Depresyon Dönemi	5
1.1.1.2. Bipolar I Bozukluğu	7
1.1.1.3. Bipolar II Bozukluğu	7
1.1.1.4. Bipolar Bozukluğun Sıklık ve Yaygınlığı	8
1.1.1.5. Bipolar Bozuklukta İntihar	8
1.1.1.6. Bipolar Bozuklukta Eştanı	9
1.1.1.7. Bipolar I Bozukluğun Gidişatı ve Sonlanması	9
1.1.1.8. Bipolar I Bozuklukta Tedavi	11
1.1.2. Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevler	12
1.1.2.1. Bipolar Bozuklukta Klinik Faktörler ile Bilişsel İşlevlerin İlişkisi	15
1.1.2.2. Bipolar Bozuklukta İlaçlar ile Bilişsel İşlevlerin İlişkisi	16
1.1.2.3. Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Değerlendirilmesi için Kullanılan Testler	17

1.1.3. Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi	19
2. GEREÇ VE YÖNTEM	20
2.1. Amaçlar ve Hipotez	20
2.2. ABBA' nın Türkçeye Uyarlanması	20
2.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem	21
2.3.1. Hasta Grubu için Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri	21
2.3.2. Hasta Grubu için Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	22
2.3.3. Kontrol Grubu için Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri	22
2.3.4. Kontrol Grubu için Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	23
2.4. Veri Toplama Araçları	23
2.4.1. Veri Toplama Formları	23
2.4.1.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	23
2.4.1.2. DSM- IV Eksen- I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	24
2.4.2. Depresyon ve Mani Değerlendirme Ölçekleri	24
2.4.2.1. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	24
2.4.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	25
2.4.3. Bilişsel Değerlendirme Ölçekleri	25
2.4.3.1. İz Sürme Testi	26
2.4.3.2. WAIS- R Sayı Dizisi Alt Testi	27
2.4.3.3. WAIS- R Şifre Alt Testi	27
2.4.3.4. WAIS- R Benzerlikler Alt Testi	28
2.4.3.5. Sözel Akıcılık Testleri	28
2.4.3.5.1. Kontrollü Kelime Çağrışım Testi	28
2.4.3.5.2. Kategori Akıcılık Testi	28
2.4.3.6. Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi	29
2.5. İşlem	29
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3. BULGULAR	32

3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	32
3.2. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri	33
3.3. Hasta Grubunun Klinik Ölçümleri	36
3.4. Katılımcıların Bilişsel İşlevlerinin Değerlendirilmesi- İlk Uygulama	37
3.4.1. Bilişsel Değerlendirme Testlerinin Normallik Varsayımının Test Edilmesi: Kolmogrov- Smirnov Testi İncelemesi	37
3.4.2. Dikkat	38
3.4.3. Yürütücü İşlevler	40
3.4.4.Sözel Bellek	40
3.5. Katılımcıların Bilişsel İşlevlerinin Değerlendirilmesi- İzlem Uygulaması	42
3.5.1. Dikkat- İzlem	42
3.5.2. Yürütücü İşlevler- İzlem	43
3.5.3. Sözel Bellek- İzlem	44
3.6. ABBA Maddelerine İlişkin Sayısal Değerlerin İncelenmesi	45
3.7. ABBA' nın Güvenirlik Analizleri	47
3.7.1. İç Tutarlık Güvenirliği	47
3.7.2. Test- Tekrar Test Güvenirliği	49
3.8. ABBA' nın Geçerlik Analizleri	49
3.8.1. Açıklayıcı Faktör Analizi	49
3.8.2. Ölçüt Bağıntılı Geçerlik Analizi	51
3.8.3. Ayırt Edici Geçerlik Analizi	52
4. TARTIŞMA	54
4.1. Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi	54
4.2. Güvenirlik	54
4.3. Geçerlik	55
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
ÖZET	60
SUMMARY	61
KAYNAKLAR	62

EKLER	72
Ek- 1. Onam Formu	72
Ek- 2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	74
Ek- 3. Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi	76
Ek- 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	77
Ek- 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	80
Ek- 6. İz Sürme Testi- A Form	86
Ek- 7. İz Sürme Testi- B Formu	88
Ek- 8. WAIS- R Sayı Dizisi Alt Testi	90
Ek- 9. WAIS- R Şifre Alt Testi	91
Ek- 10. Etik Kurul Onayı	92
ÖZGEÇMİŞ	93

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında benden her daim desteğini eksik etmeyen, kendisinin yanında çalışmaktan onur duyduğum ve bu süreçte göstermiş olduğu sabır, ilgi ve hoşgöründen dolayı değerli hocam Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR' a,

Eğitim hayatımın en önemli anlarından biri olan tez savunma jürimde olmayı kabul eden saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. H. Sinan SÜZEN' e ve Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ' a,

Ölçek formatının oluşturulmasında ve ölçeğin çeviri aşamasındaki katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan Atılğan ACAR' a,

Veri analizim ve ölçeğin çeviri aşamasındaki katkılarından dolayı Doç. Dr. İhsan SARI' ya ve Halime HIZARCI' ya,

Sabırla beni destekleyen, her an yanımda olan değerli arkadaşlarım Sadiye YILDIRIM BAŞAR' a, İlker AKÇİL' a ve tüm arkadaşlarıma,

Son olarak; öncelikle varlığıyla yaşamımı aydınlatan, benden desteğini eksik etmeyen, beni her an motive eden hayat arkadaşım Ayhan KIYLIOĞLU' na ve tabii ki bu süreçte benim için en büyük ilham kaynağı olan minik kızıma, bugünlere gelmemde en büyük paya sahip başta annem olmak üzere tüm aile üyelerime,

Yürekten teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABBA	Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi
BB- I	Bipolar I Bozukluğu
BB- II	Bipolar II Bozukluğu
COWAT	Kontrollü Kelime Çağrışım Testi
DSDP	Düz Sayı Dizisi Puanı
DSM- V	DSM- V Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
HAM- D	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
Hayvan	Hayvan Akıcılığı Alt Testi
SCID- I	DSM- IV Eksen- I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SDT	WAIS- R Sayı Dizisi Alt Testi
SDTP	Sayı Dizisi Toplam Puanı
Şifre	WAIS- R Şifre Alt Testi
TMT	İz Sürme Testi
TMT- A	İz Sürme Testi- A Formu
TMT- B	İz Sürme Testi- B Formu
TSDP	Ters Sayı Dizisi Puanı
WLG	Kategori Akıcılık Testi
YMDÖ	Young Mani Derecelendirme Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Özdeğerlere Ait Çizgi Grafiği

50



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Değerlendirmesinde Kullanılan Testler	18
Çizelge 2.1. Bilişsel Değerlendirme Testleri ve Ölçtüğü Bilişsel Alanlar	26
Çizelge 3.1. Sosyodemografik Veri Çizelgesi	33
Çizelge 3.2. Klinik Özellikler	36
Çizelge 3.3. Klinik Ölçümler	37
Çizelge 3.4. Kolmogrov- Smirnov Normallik Testi	38
Çizelge 3.5. Objektif Bilişsel İşlevleri Değerlendirme Testleri (İlk Uygulama)	42
Çizelge 3.6. Objektif Bilişsel İşlevleri Değerlendirme Testleri (İzlem Uygulaması)	45
Çizelge 3.7. Abba Maddelerinin Gruplara Göre Dağılımları	46
Çizelge 3.8. Abba' nın Madde Alt Ölçek ve Toplam Puan Korelasyonları	48
Çizelge 3.9. Örneklemin Uygunluğu	49
Çizelge 3.10. Ölçeğin Orijinal ve Türkçe Formundaki Maddelerin Faktörlere Göre Dağılımı	51
Çizelge 3.11. Ölçüt Bağıntılı Geçerlik Analizi	52
Çizelge 3.12. İki Grubun ABBA ve Alt Ölçek Mann Whitney U Testi Analiz Sonuçları	53

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk, mani, hipomani ya da yeğin depresyon dönemleriyle giden, alevlenme ve remisyon (ötimik) dönemleri olan, özellikle alevlenme dönemlerinde hastalarda ciddi düzeyde işlevsellikte kayba neden olan, kronik bir hastalıktır. Bipolar bozukluk tanısı konması için depresif dönemin varlığı gerekli olmamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından bipolar bozukluğun, yetiyitimine sebep olan hastalıklar içerisinde altıncı sırada yer aldığı belirtilmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastaların pek çoğunun klinik belirtileri tedaviyle kontrol altına alınmış veya hasta ötimik dönemde olsa dahi aile, iş ve sosyal ilişkiler gibi yaşamın pek çok alanında işlevsellik kaybı yaşadıkları çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir (Elgie ve Morselli, 2007; Levy ve Manove, 2012 ve MacQueen ve ark., 2001).

Bipolar bozukluktaki bilişsel işlev bozuklukları hastalığın her evresinde görülebilmekle birlikte (Bearden ve ark., 2001; Quraishi ve Frangou, 2002 ve Savitz ve ark., 2005) alevlenme dönemlerinde daha belirgin olmaktadır (Basso ve ark., 2002; Malhi ve ark., 2007; Martinez- Aran ve ark., 2004; Murphy ve Sahakian, 2001 ve Quraishi ve Frangou, 2002). Özellikle son yıllarda bipolar bozukluk ve bilişsel işlev bozukluğun ilişkisini anlamak için pek çok araştırma yapılmış ve hala araştırma yapılmaya devam etmektedir. Son zamanlarda yapılan araştırmalar göstermektedir ki, bilişsel işlev bozuklukları hastalığın sadece akut döneminde değil, ötimik döneminde de görülmekte ve devam etmektedir (Clark ve ark., 2002; Martinez- Aran ve ark., 2004 ve Şentürk Cankorur ve ark., 2007).

Bipolar bozukluktaki bilişsel işlev bozukluğu, kişinin yaşamının her alanını olumsuz etkilemektedir. Bu noktada bilişsel bozulmanın alanını ve etki büyüklüğünü tespit edebilmek, hastalığın yıkımının kontrol altına alınarak önlem alınması için büyük önem arz etmektedir. Bu bilişsel işlev bozukluğunun alanını ve etki büyüklüğünü tespit edebilmek amacıyla genellikle objektif bilişsel değerlendirme testleri uygulanmaktadır. Bu testlerin uygulanması esnasında bir uzman, hastaya

uygulayacağı formu vererek ne yapacağını anlatmakta, gerekirse süre tutmakta ve komut vererek testi uygulamaktadır. Wisconsin kart eşleme testi ve iz sürme testi gibi (Spree ve Strauss, 1998 ve Yalçın ve Karakaş, 2007). Türkiye’ de bipolar bozukluğu olan ötimik hastaların bilişsel işlev bozukluğunu ölçen subjektif bir öz bildirim aracının olmaması nedeniyle subjektif bir öz bildirim aracı olan Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi’ nin (ABBA) Türkçeye uyarlanarak, bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması, Türkiye psikiyatri ve psikoloji alanyazınına katkısının sağlanması amaçlanmaktadır. Bu anketin pratik, kısa, uygulanması kolay ve zamandan tasarruf edilen bir anket olması nedeniyle gerek hastanelerde poliklinik muayenelerinde gerekse de ilgili alanlarda yapılacak akademik çalışmalarda tercih edilebilirliğinin yüksek olabileceği düşünülmektedir.

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Bipolar Bozukluk

“Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini ve klinik belirtilerini yazmışlarsa da; hepsini psikoz manyak depresif adı altında toplamayı, hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin başarmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).”

Günümüzde bipolar ve ilişkili bozukluklar, DSM- V Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabında (DSM- V), depresyon bozukluklarından ayrılmakta ve psikozla giden diğer bozukluklarla depresyon bozuklukları bölümleri arasında bulunmaktadır. Bipolar ve ilişkili bozukluklar; “bipolar I bozukluğu (BB- I), bipolar II bozukluğu (BB- II), siklotimi bozukluğu, maddenin/ ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir bipolar ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış bipolar ve

ilişkili bozukluk alt tiplerinden oluşmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).”

1.1.1.1.Bipolar Bozukluğun Hastalık Dönemleri

1.1.1.1.1. Mani Dönemi

DSM- V tanı kriterlerine göre, mani dönemi kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. En az yedi gün (ya da hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında devam eden, kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun olduğu ayrı bir dönem olması.

B. Bu kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (irritabl bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede bulunur ve bunlar kişinin olağan davranışlardan önemli derecede değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Her zamanki halinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
3. Uyku ihtiyacında azalma.
4. Dikkat dağınıklığının bildirilmesi ya da bu durumun gözlenmesi.
5. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbirinin peşi sıra geldiğine ilişkin yaşantı.
6. Amaca yönelik etkinlikte artış ya da bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlikler.
7. Kötü sonuçlar doğurma ihtimali yüksek olan etkinliklere aşırı katılım gösterme.

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir

bozulmaya yol açacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir zararının dokunmaması için hastaneye yatırılmasına neden olacak kadar ağırdır ya da psikotik özellikler bulunmaktadır.

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

Not: Tüm bu kriterler mani dönemini oluşturmaktadır. Yaşam boyunca en az bir kez mani döneminin geçirilmiş olması, BB- I tanısının konulabilmesi için gereklidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.1.1.2. Hipomani Dönemi

DSM- V tanı kriterlerine göre hipomani dönemi kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. En az dört ardışık gün, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde devam eden, kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun olduğu ayrı bir dönem olması.

B. Bu kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun olduğu dönem sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (irritabl bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede bulunur ve bunlar kişinin olağan davranışlardan önemli derecede değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Her zamanki halinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
3. Uyku ihtiyacında azalma.
4. Dikkat dağınıklığının bildirilmesi ya da bu durumun gözlenmesi.
5. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbirinin peşi sıra geldiğine ilişkin yaşantı.

6. Amaca yönelik etkinlikte artış ya da bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlikler.
7. Kötü sonuçlar doğurma ihtimali yüksek olan etkinliklere aşırı katılım gösterme.

C. Bu dönem, kişinin hastalık belirtilerinin olmadığı zamandan çok daha değişiktir ve işlevsellikte belirgin bir değişiklik görülür.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir zararının dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır olmamaktadır. Psikotik özellikler bulunmaz.

F. Bu dönem, bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Yukarıda bahsedilen kriterler bir hipomani dönemini oluşturmaktadır. Hipomani dönemleri BB- I' de sık görülebilmektedir, ancak BB- I tanısının konulabilmesi için bu dönemin olması şart değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.1.1.3. Yeğin (Majör) Depresyon Dönemi

DSM- V tanı kriterlerine göre yeğin depresyon dönemi kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. Aynı ondört günlük dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha çoğu) bulunmuş olması ve daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişikliğin olması; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da

zevk alamamadır.

1. Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümün kapsayan çökkün duygudurum (bu durum kişinin kendisi tarafından bildirilir ya da başkalarınca gözlenir) .
2. Bütün etkinliklere karşı belirgin bir ilgi kaybı ya da bunlardan zevk alamama durumu (bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir) .
3. Diyet yapmıyorken önemli ölçüde kilo kaybı ya da kilo alımı ya da neredeyse her gün, iştahta azalma ya da artma.
4. Uyuyamama ya da aşırı uyuma.
5. Psikodevinsel ajitasyon ya da yavaşlama (kişinin bu durumu bildirmesinin yanı sıra başkalarınca da gözlenebilir olması gerekir).
6. Bitkinlik ya da enerji düşüklüğü.
7. Değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrı düzeyinde olabilir).
8. Düşünmekte ya da bir konuya odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama durumu (bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir).
9. Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri (yalnızca ölmekten korkma değil), özel bir tasarı hazırlamaksızın tekrarlayıcı intihar düşünceleri ya da intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özel bir tasarı yapma.

B. Tüm bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olup toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

Not: Yukarıda bahsedilen kriterler bir yeğin depresyon dönemini oluşturmaktadır. Yeğin depresyon dönemleri BB- I' de sık görülmektedir, ancak BB- I tanısının

konulabilmesi için bu dönemin olması şart değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Not: Kişinin önemli bir kaybı (yas, iflas gibi) ve bunun karşısında göstermiş olduğu tepkilerde, A tanı ölçütündeki, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, kayıpla ilgili sürekli düşünme, uyku düzeninin bozulması, yeme isteğinde azalma olması ve kilo kaybı gibi belirtiler olabilir ve bu belirtiler depresyon dönemini anımsatabilir. Bu kayıp karşısında gösterilen tepkilerin, kayba uygun olduğu saptansa da aynı zamanda kişinin bir yeğin depresyon dönemini yaşıyor olabileceği de değerlendirilmelidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.1.2. Bipolar I Bozukluğu

BB- I tanısının konulabilmesi için bireyin yaşamı boyunca en az bir kez mani dönemini yaşamış olması gerekmektedir. Mani dönemi koşulunun sağlanabilmesi için, yukarıda “Mani Dönemi” başlığı altında bahsedilen kriterlerin karşılanmış olması gerekmektedir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da yeğin depresyon dönemleri olabilmektedir. Bu dönemler her hastada süre ve sayı olarak farklılık gösterebilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.1.3. Bipolar II Bozukluğu

BB- II tanısının konulabilmesi için, en az bir hipomani dönemi için yukarıda “Hipomani Dönemi” başlığı altında bahsedilen kriterlerin ve en az bir yeğin depresyon dönemi için de “Yeğin Depresyon Dönemi” başlığı altında bahsedilen kriterlerin karşılanmış olması gerekmektedir. Kişi hastalığın hiçbir döneminde bir mani dönemi geçirmez. Yeğin depresyon ve hipomani dönemlerinin görülmesi bir başka psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Kişinin depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasındaki hızlı döngünün belirsizlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellik

kaybına neden olur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).”

1.1.1.4. Bipolar Bozukluğun Sıklık ve Yaygınlığı

DSM- V’ te bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı % 4.5 olarak bildirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Bipolar bozuklukluğun alt tiplerinin yaşam boyu yaygınlık oranları ve cinsiyete göre görülme oranları farklılık göstermektedir. Buna göre; BB- I için yaşam boyu yaygınlık oranı % 0- 2.4 düzeyindedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). BB- II’ nin uluslararası yaşam boyu yaygınlık oranı % 0.3 iken Birleşik Devletlerde görülme sıklığı % 0.8 düzeyindedir (Angst ve ark., 2003). Cinsiyete göre bakıldığında; kadınlarla erkeklerin BB- I yaşam boyu görülme sıklık oranları 1.1-1’ dir ve buna göre sıklık ve yaygınlık oranlarında fark yoktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). BB- II’ nin ise kadınlar ve erkeklerde görülme oranları 1.5-1’ dir (Angst ve ark., 2003). Siklotomik bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı ise % 0.3- 4.8 düzeyindedir (Lewinshon ve ark., 1995).

1.1.1.5. Bipolar Bozuklukta İntihar

Bipolar bozukluğun yaşam boyu intihar girişimi oranı % 25 olarak bildirilmiştir (Dalton ve ark., 2003). Bipolar bozuklukta ölümle sonuçlanan intihar girişimi erkeklerde, ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri ise kadınlarda daha sık görülmektedir. İntihar girişimleri genellikle genllikle genç yaşta meydana gelmektedir. DSM- V’ e göre, BB- II ve BB- I’ in yaşam boyu intihar girişimi oranları benzerdir. Madde kullanımı olan ve kişilik bozukluğu eştanısı bulunan hastaların intihar girişimi sonrasında ölüm riski daha yüksektir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Eştanısı olan BB- II hastalarında intihar girişimleri daha sık görülmektedir (Vieta ve ark., 2000). Bipolar bozuklukta; anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı gibi eştanıların olmasının intihar girişimleriyle anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (Simon ve ark., 2007).

1.1.1.6. Bipolar Bozuklukta Eştanı

Bipolar bozuklukta eştanıların varlığı yaygın bir şekilde görülmektedir. Eştanıların BB- I' de % 50' den, BB- II' de ise % 60' dan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kessler ve ark., 1994). DSM- V' e göre eştanı alan çok fazla ruhsal bozukluk vardır. Bunlar arasında en sık görülenleri, kaygı bozuklukları (panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğu gibi); yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları ve alkol- madde kullanım bozukluğudur. Bunun yanı sıra, bipolar bozukluğu olan hastalarda metabolik sendrom ve migrenin görülme sıklığının bipolar bozukluğu olmayan kişilere göre daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Remisyonadaki BB- I hastalarıyla yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu eştanısı değerlendirilmiş ve buna göre; % 39' unun obsesif kompulsif bozukluk, % 26' sının özgül fobi, % 20' sinin sosyal fobi olmak üzere % 61' inin yaşamı boyunca en az bir anksiyete bozukluğu eştanısı aldığı bildirilmiştir (Tamam ve Ozpoyraz, 2002). Bipolar bozuklukta eksen- I eştanısının değerlendirildiği çalışmada ise % 42 anksiyete bozukluğu, % 42 madde kullanım bozukluğu ve % 5 oranla yeme bozukluğu eştanısı bildirilmiştir (McElroy ve ark., 2001).

Bipolar bozuklukta, kişilik bozuklukları eştanısının yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (Ünal ve ark, 2007 ve Vieta ve ark., 2000) ve bu eştanının psikiyatrik ilaç sayısı ve madde kullanım bozukluğu oranı ile olumsuz bir şekilde ilişkili olduğu (Kay ve ark., 2002) ve bipolar bozuklukta madde kullanım bozukluklarının, borderline kişilik bozukluğuyla yüksek oranda ilişkili olduğu bildirilmiştir (Zanarini ve ark., 2004).

1.1.1.7. Bipolar Bozukluğun Gidişatı ve Sonlanışı

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşının erkeklerde ortalama 18; kadınlarda ortalama 19- 20 olduğu bildirilmektedir (Bland, 1997 ve Yazıcı, 2007). Hastalık

belirtileri nadiren ergenlik dönemi ve öncesinde başlamaktadır. Belirtiler 15- 19 yaşları arasında görülmeye başlansa da (Bauer ve Pfenning, 2005 ve Yazıcı, 2007), 20- 24 yaşları arasında ikinci bir çıkış olmaktadır (Yazıcı, 2007). Aynı zamanda, bipolar bozukluğun 18 yaşın öncesinde belirtilerini göstermeye başladığı düşünülse de bipolar bozukluğu diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırt etmek zor olabilmekte ve bu nedenle net, kesin yargılara ulaşılamamaktadır (Bauer ve Pfenning, 2005).

DSM- V' te BB- II' de geçirilen dönem sayısının BB- I' e göre daha çok olduğu bildirilmektedir. BB- II olan kişilerin yaklaşık % 5- 15' i son bir yıl içinde daha çok duygudurum dönemleri yaşamaktadır. Bipolar bozukluğun hızlı döngülü ve psikotik özellikli olmasının hastalığın kötü gidişatı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Aynı zamanda BB- II' nin başlama yaşının küçük olması, hastalık şiddetinin yüksek olması ve tedaviye yanıt verme oranının düşük olması da kötü gidişatla ilişkilendirilmiştir (Benazzi, 2007).

Bipolar bozuklukta olumlu ve olumsuz gidişat göstergeleri aşağıda belirtilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011 ve Ünal ve ark., 2007) .

Olumlu Gidişat Göstergeleri;

1. Başlangıç yaşının geç olması,
2. Mani döneminin baskın olması,
3. Mani dönemi süresinin kısa olması,
4. İntihar düşüncesinin az olması/hiç olmaması,
5. Eştanının az olması/hiç olmaması,
6. Aile, iş ve sosyal koşullarının iyi olması,
7. Ötimik dönemde olduğu sürenin uzun olmasıdır.

Olumsuz Gidişat Göstergeleri;

1. Başlangıç yaşının erken olması,

2. Erkek olması,
3. Kişilik bozukluğu eştanının varlığı,
4. Geçirilmiş mani döneminin sayısının 10' dan fazla olması,
5. Alkol/ madde bağımlılığının olması,
6. Hızlı döngülülük,
7. Psikotik tablonun varlığı,
8. Hastalık dönemleri arasında depresif tablonun varlığı,
9. Kişinin mesleki durumunun kötü olmasıdır.

1.1.1.8.Bipolar Bozuklukta Tedavi

Bipolar bozukluğun akut dönem ve ötimik dönem tedavisinde ilaç kullanımı en temel tedavi yöntemidir. İlaç tedavisinin yanı sıra psikoterapi uygulaması da etkili olabilmektedir.

Bipolar bozukluk hastalarının tedavisi için doğru ilaçları belirlemek önemlidir. Bu nedenle hastanın o döneme kadar ki gidişat özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın yaş ve genel tıbbi durumu, psikotik özelliğin varlığı, hızlıdöngülülük varlığı, hastalık döneminin şiddeti, geçmiş dönemlerdeki riskli davranışları ve bu dönemlerdeki tedaviye yanıt süresi, içgörünün derecesi ve tedavi işbirliğinin derecesi gibi unsurlar bir arada değerlendirilmelidir (Yazıcı, 2007). Hastanın geçirmekte olduğu döneme göre duygudurum dengeleyiciler, antipsikotikler, antidepresanlar ve antiepileptikler tekli veya çoklu olarak kullanılabilir.

Yaygın olarak kullanılan duygudurum düzenleyiciler lityum, valproat, karbamazepin, lamotrijindir. Özellikle karbamazepin lityumun etkili olmadığı hastalarda kullanılabilecek bir ilaçtır (Vahip, 2007). Hızlı döngülülüğün olduğu hastaların tedavisinde lityum ve valproik asit kullanımının etkili olduğu ve lityum ve valproik asitin birlikte kullanımının, tekli ilaç kullanımından daha etkili olduğu bildirilmektedir (Calebrase ve ark., 2005).

Antidepresan ilaçlar, bipolar bozukluğun yeğin depresyon dönemi belirtilerini yatıştırmak için kullanılmaktadır. Antidepresanların BB- II depresyonunda etkili olduğu ve manik kayma riskini düşürdüğü bildirilmektedir (Post ve ark., 2006). BB- II hastalarında görülen depresyonun koruyucu tedavisinde lityumun etkili olduğu tespit edilmiştir (Andreasen ve Black, 2006 ve Bennazi, 2007). Bazı çalışmalarda ise lamotrijin kullanımının BB- II hastalarının depresyonunda etkili olmadığı bildirilmiştir (Barbosa ve ark., 2003; Benazzi, 2007 ve Bowden ve ark., 2003).

Antipsikotiklerin özellikle ketiyapin ve olanzapinin özellikle mani dönemlerini önleyebildiği, bipolar bozukluğun depresyon tedavisinde etkili olduğu bildirilmekte olup bu nedenle bipolar bozukluğun sürdürüm ve koruyucu tedavisinde kullanılabileceği öne sürülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Özellikle ketiyapinin depresyonu önleyici etkisinin neredeyse lityuma yakın olduğu görülmektedir (Yatham, 2005). Bipolar bozukluk hastalarının yaklaşık %45' inin antipsikotik kullanımı olduğu ve bunların madde bağımlılığı veya post travmatik stres bozukluğu eştanısının olduğu bildirilmiştir (Sajatoviç ve ark., 2006).

1.1.2. Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevler

Daha önce yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun akut dönemi boyunca bilişsel işlevlerde bozulma olduğu bildirilmiştir (Bearden ve ark., 2001; Martinez-Aran ve ark., 2000; Quarishi ve Frangou, 2002 ve Yazıhan ve ark., 2015). Son 20 yıla kadar ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarının bilişsel işlevlerini araştıran çalışmaların oldukça nadir olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin, ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarının normal bilişsel işleve sahip olduklarına dair genel kanı olduğu düşünülmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, hastalığın ötimik dönemde de yürütücü işlevler, dikkat ve sözel bellek gibi bilişsel işlev alanlarında bozulmaların devam etmekte olduğunu bildirmiştir (Clark ve ark., 2002; Martinez-Aran ve ark., 2004; Şentürk Cankorur ve ark., 2007; Thompson ve ark., 2005 ve Van Gorp ve ark., 1998). Buna göre, bipolar bozuklukta bilişsel işlev bozukluğu hastalığın tüm dönemlerinde görülebilmekte olup (Bearden ve ark., 2001;

Martinez- Aran ve ark., 2004; Quarishi ve Frangou, 2002 ve Savitz ve ark, 2005) akut dönemde daha belirgin hale gelmektedir (Basso ve ark., 2002; Malhi ve ark., 2007; Martinez- Aran ve ark., 2004; Murphy ve ark., 2001 ve Quarishi ve Frangou, 2002;). Bu bağlamda bilişsel işlev bozukluklarının bipolar bozukluğun her evresinde görüldüğüne dair kanıtlar, bipolar bozuklukta bilişsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

BB- I ve BB- II alt tiplerinin bilişsel işlev bozukluğunun tipi ve derecesinin incelendiği çalışmalarda alt tipler arasındaki farklılıklar çeşitli çalışmalarla saptanmıştır. BB- II hastalarının çalışma belleği, dikkat, yürütücü işlevler, sözel bellek, öğrenme ve işlem hızı alanlarında BB- I hastalarına benzer şekilde bozukluklar gösterdikleri (Bora ve ark., 2011; Martino ve ark., 2011; Sole ve ark., 2012 ve Torrent ve ark, 2006) ancak sözel bellek ve öğrenme alanlarındaki bozukluğun daha çok BB- I hastalarına özgün olduğu (Bora ve ark., 2011) bildirilirken, bazı çalışmalarda ise, BB- II hastalarının dikkat, çalışma belleği, yürütücü işlevler ve işlem hızı alanlarında kontrol grubuna göre daha kötü performans göstermelerine rağmen sözel bellek ve öğrenme alanlarında kontrol grubu ile benzer performans sergiledikleri bildirilmiştir (Dittman ve ark., 2008 ve Simonsen ve ark., 2008). Bazı araştırmalar da, BB- II ve BB- I hastalarının benzer şekilde bilişsel işlev bozukluğu gösterdiği ve bu alt tipler arasında farklılık olmadığını bildirmiştir (Dittman ve ark., 2008 ve Paisson ve ark., 2013).

Bipolar bozuklukta bilişsel işlev bozukluğunu araştıran çalışmalar bu bozulmanın tipine ve potansiyel açıklayıcı faktörlerine odaklanmaktadır (Clark ve ark., 2002; Ferrier ve ark., 1999; Goswami ve ark., 2006; İlhan ve Şentürk Cankorur, 2015; Krabbendam ve ark., 2000; Martinez- Aran ve ark., 2004; Thompson ve ark., 2005; Van Gorp ve ark., 1998; Van Gorp ve ark., 1999 ve Zubieta ve ark., 2001). Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarının bilişsel işlev bozukluğunun değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında dikkat, psikomotor hız ve sözel bellek alanlarında bozulmaların olduğu ve en belirgin bozulmaların ise sözel öğrenme ve yürütücü işlevler alanlarında görüldüğü bildirilmiştir (Robinson ve ark., 2006).

Torres ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu bir metaanaliz çalışmasında dikkat, sözel bellek, işlem hızı ve yürütücü işlevler gibi alanlarda orta derecede bozulmaların olduğu bildirilmiştir. Arts ve arkadaşlarının (2008) metaanaliz çalışmasında sözel bellek ve yürütücü işlevlerde bozukluk olduğu ve hastaların birinci derecede yakınlarında da daha hafif şiddette benzer bozuklukların olduğu saptanmıştır.

Bora ve arkadaşlarının (2009) metaanaliz çalışmasında ise, ötimik bipolar bozukluğu olan hastaların ve birinci derece yakınlarının bilişsel işlev bozukluğu değerlendirilmiştir. Her iki grupta dikkat, sözel bellek ve yürütücü işlevler alanlarında bozukluk saptanırken, görsel bellek, işlem hızı ve sözel akıcılık alanlarında bozukluk sadece hasta grubunda saptanmıştır. Mur ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu 2 yıllık izlem çalışmasında hasta grubunun işlem hızı, dikkat ve yürütücü işlevler alanlarındaki test performanslarının kontrol grubuna göre daha kötü olduğu ve bu bozuklukların zamanla devamlılık gösterdiği bildirilmiştir. Bu alanda yapılan araştırmalarda bozulmaların öne çıktığı bilişsel alanlar; yürütücü işlevler, dikkat, sözel bellek ve işlem hızı olarak ifade edilebilir (Glahn ve ark., 2004; Martinez- Aran ve ark., 2004; Quraishi ve Frangou, 2002; Seidman ve ark., 2002 ve Thompson ve ark., 2005). Bunun yanı sıra; en belirgin bozulmaların sözel bellek ve yürütücü işlevler alanlarında olduğu bildirilmiştir (Arts ve ark., 2008 ve Lloyd ve ark., 2009).

Bipolar bozuklukta, endofenotipler ile ilgili yapılan araştırmalarda hastaların birinci derece yakınlarında sözel bellek, yürütücü işlevler (Arts ve ark., 2008 ve Bora ve ark., 2009) ve öğrenmenin (Demirel ve ark., 2012 ve Goswami ve ark., 2006) muhtemel endofenotip adayı olduğu ayrıca bu endofenotiplerin fronto-temporal ve fronto-limbik alanlarla ilişkili bilişsel kusurları içerdiği bildirilmiştir (Bora ve ark., 2009).

1.1.2.1.Bipolar Bozuklukta Klinik Faktörler ile Bilişsel İşlevlerin İlişkisi

Bipolar bozuklukta bilişsel işlevleri etkileyen pek çok klinik etken bulunmaktadır. Geçirilen hastalık dönem sayısı (özellikle mani dönemi) ve hastaneye yatış sayısı bilişsel işlevleri bozmaktadır (Altshuler, 1993; Bora ve ark., 2008; Cavanagh ve ark., 2002; Martinez- Aran ve ark., 2004; McKay ve ark., 1995; Morice ve ark., 1990; Van Gorp ve ark., 1998 ve Zubieta ve ark., 2001). Bazı araştırmalarda, daha önceki mani dönem sayısı ile sözel öğrenme arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (Altshuler, 1993; Cavanagh ve ark., 2002; Christensen ve ark., 2006; Clark ve ark., 2002; Van Gorp ve ark., 1998 ve Zubieta ve ark., 2001). Buna göre, BB- I hastalarında BB- II hastalarına göre sözel bellekte daha çok bozukluk olmaktadır. Bu sonuç, Torrent ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmış olan çalışmanın sonuçları ile uyumludur. Rezidüel duygudurum semptomları (özellikle depresif semptomlar) bilişsel işlev bozukluğu ile ilişkilidir (Kessing, 1998 ve Martinez- Aran ve ark., 2000). Ancak bazı çalışmalarda bu bilişsel işlev bozukluğunun depresyon belirtilerinden bağımsız olduğu bildirilmiştir (Kılıç Temur ve ark., 2016). BB- II' deki yürütücü işlevler ve sözel öğrenme olmak üzere bilişsel işlev bozukluklarının BB- I' e göre daha hafif derecede olduğu tespit edilmiştir. Depresyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarının yürütücü işlevler ve sözel bellek alanlarında bozukluk olduğu bildirilmiştir (Ha ve ark., 2014). Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi bilişsel işlevlerle negatif yönde ilişkilidir (Robinson ve ark., 2006). Hastalarda daha önce psikotik özelliklerin bulunması bilişsel işlevleri etkilemektedir (Albus ve ark., 1996) ve bu durum hastalığın şiddeti ve kronik süreci ile ilişkilidir (Tohen ve ark., 2000). Glahn ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmada psikotik özelliklerin bulunmasının bilişsel işlevleri kötü etkilediği bildirilmiştir. Bora ve arkadaşları (2007) psikotik özelliklerin bulunmasının bilişsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bipolar bozuklukta eştanının varlığının bilişsel işlev bozukluklarına etkisine dair sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Alkol bağımlılığı eştanısı olan hastaların yürütücü işlevlerinde daha fazla bozulma görüldüğü bildirilmiştir (Gorp ve ark., 1998). Sınır kişilik bozukluğu eş tanısı bulunan bipolar bozukluk hastalarının, eştanısı olmayan bipolar bozukluk hastalarına göre daha fazla dikkat ve bellek fonksiyonlarında bozulma olduğu

bildirilmiştir (Baltacıoğlu, 2015). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu eştanısının fronto-striatal ve talamik yollar ile ilişkili olduğu ve silik nörolojik belirtilerin şiddetini arttırdığı bildirilmiştir (Tüysüzoğlu ve ark., 2011).

1.1.2.2.Bipolar Bozuklukta İlaçlar ile Bilişsel İşlevlerin İlişkisi

Bipolar bozukluk tedavisinde hastaların büyük bir kısmı, tekli ya da çoklu ilaç kullanmaktadır. Bu ilaçlar, duygudurum düzenleyici, antipsikotik ve antidepresan ilaçlardır. Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan duygudurum dengeleyici ilaçların bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkisinin olması ihtimali çalışmalarda ele alınmaktadır.

Geçmişte duygudurum düzenleyici ilaçların bilişsel işlevler üzerinde bir etkisinin olmadığı düşünülmekteydi (Joffe ve ark., 1988). Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Lopez- Jaramillo ve arkadaşları (2010) lityum kullanan hasta grubu, ilaç kullanımı olmayan hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubuyla yaptığı çalışmada ilaç kullanımından bağımsız olarak bipolar bozukluk hastalarının sözel bellek performanslarının bipolar bozukluğu olmayan kontrol grubuna göre kötü olduğunu, ilaç kullanımı olan ve olmayan hastalar arasında bir fark olmadığını bildirmiştir. Buna göre lityumun bilişsel işlev bozukluğu ile ilişkisi olmadığı değerlendirilmiştir. Bir başka çalışmada, lityum kullanımının, valproat kullanımına göre daha fazla sensör ve motor hızı olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Atagün ve ark., 2013). Şentürk Cankorur ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise monoterapi lityum ve monoterapi valproat kullanımının bilişsel işlevler üzerinde anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır. Bazı çalışmalarda ise lityum kullanımının sözel bellek, sözel öğrenme, dikkat ve psikomotor hız bilişsel işlevlerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Nemeroff, 2000 ve Wingo ve ark., 2009). Bora ve arkadaşları (2009), bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçların psikomotor yavaşlama ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Şentürk Cankorur ve arkadaşlarının (2017b) yapmış olduğu bir izlem çalışmasında tek ilaçla tedavinin bilişsel işlevler üzerinde olumsuz bir etki oluşturmadığı değerlendirilmiştir.

Bipolar bozuklukta kullanılan antipsikotik ilaçların bilişsel işlevler üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar çok azdır. Antipsikotik ilaç kullanan bipolar bozukluk hastalarının bilişsel işlevlerdeki performansının düşük olduğunu gösteren bazı çalışmalar mevcuttur (Şentürk Cankorur ve ark., 2017a). Bipolar bozuklukta antipsikotik ilaç kullanımı ile Wisconsin kart eşleme testindeki performansın düşük olması arasında olumsuz ilişki bulunmuştur (Zubieta ve ark., 2001). Antipsikotik ilaç kullanımının düşük zeka düzeyi, bellek fonksiyonlarında bozulma (Donaldson ve ark., 2003) ve psikomotor yavaşlama ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Bearden ve ark., 2001). Bipolar bozuklukta olanzapin, ketiyapin ve risperidon kullanımının bilişsel işlevler üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada bu üç antipsikotik ilaçtan birini kullanan hastaların, tedavisiz olan ötimik bipolar bozukluk hastalarından daha fazla bilişsel bozukluk gösterdiği, ketiyapin kullanan hastaların ise olanzapin ve risperidon kullanan hastalara göre öğrenme, kısa süreli bellek gibi sözel bellek işlevlerinde daha az bilişsel bozukluk gösterdiği bildirilmiştir (Torrent ve ark., 2011).

1.1.2.3. Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Değerlendirmesi İçin Kullanılan Testler

Son yıllarda bipolar bozukluk ve bilişsel işlev bozukluğun ilişkisini anlamak için yapılan çalışmalarda kullanılan bilişsel değerlendirme ölçeklerinin önemi vurgulanmaktadır.

Bourne ve arkadaşlarının (2013) metaanaliz çalışmasında, bipolar bozukluk ve bilişsel işlev bozukluğunun incelendiği 31 çalışma ele alınmış ve bu çalışmalarda kullanılan 6 ölçek incelenmiştir. Bu ölçekler çizelge 1.1’ de sunulmaktadır.

Wingo ve arkadaşlarının (2009) metaanaliz çalışmasında ise, bipolar bozukluk ve bilişsel işlev bozukluğunun incelendiği 12 çalışma ele alınmış ve bu çalışmalarda kullanılan ölçekler de çizelge 1.1’ de sunulmaktadır. Aynı zamanda bipolar bozuklukta bilişsel işlev bozukluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan diğer ölçekler de çizelge 1.1’ de bulunmaktadır.

Çizelge 1.1. Bipolar bozuklukta bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılan testler.

Bourne ve arkadaşları	Wingo ve arkadaşları	Diğer testler
Kaliforniya Sözel Öğrenme Testi Rey Sözel Öğrenme Testi İz Sürme Testi WAIS Sayı Dizisi Testi Wisconsin Kart Eşleme Testi WAIS- R Şifre Alt Testi	WAIS- R Kelime Alt Testi Kontrollü Kelime Çağrışım Testi Kaliforniya Sözel Öğrenme Testi Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi İz Sürme Testi WAIS Sayı Dizisi Testi WAIS Aritmetik Dizisi Testi WAIS Küplerle Desen Testi Wisconsin Kart Eşleme Testi WAIS- R Şifre Alt Testi Stroop Renk Kelime Testi Değiştirilmiş Raven Matrisleri Hayvan Akıcılığı Testi Saat Çizme Testi Boston Adlandırma Testi Kategori Akıcılık Testi FAS Testi (Türkiye’ de KAS Testi) North America Adult Reading Test Stocking of Cambridge	Sürekli Performans Testi <i>Spatial Working Memory</i> Londra Kulesi Testi <i>Intradimensional-Extradimensional Shift</i> <i>Rapid Visual Information Processing</i> İowa Kumar Testi Claeson- Dahl Öğrenme ve Bellek Testi İşaretleme Testi Sayı Dizisi Öğrenme Testi Rey Karmaşık Figür Testi <i>Degraded Stimulus Continuus Performance Test</i> <i>Rey Osterrieth Complex Figure Test</i> <i>Spatial Span Test</i>

Bipolar bozuklukta bilişsel işlev bozukluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan tüm bu ölçekler, objektif ölçüm araçları olup özgül olarak bipolar bozukluk hastalığındaki bilişsel işlevleri değerlendirmemekte ve diğer hastalıklarda da bilişsel işlev bozukluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu nöropsikolojik ölçekler, kapsamlı nöropsikolojik değerlendirme amacıyla çoğunlukla çoklu bir şekilde uygulanmaktadır.

Objektif nöropsikolojik testler bir uzman tarafından uygulanmakta ve uygulama süresi uzun zaman almaktadır. Bu testlerin uygulanması esnasında bir uzman, hastaya uygulayacağı formu vererek ne yapacağını anlatmakta, gerekirse süre tutmakta ve komut vererek testi uygulamaktadır. Subjektif nöropsikolojik testlerde ise bireyler öznel bilişsel belirtilerini kendileri ifade etmektedir.

Bipolar bozuklukta bilişsel işlev bozukluğunun varlığı çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır ve bu bilişsel işlev bozukluğu kişinin yaşamının her alanını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle bipolar bozukluk hastalarında bilişsel değerlendirmenin yapılması; bilişsel bozulmanın alanının ve derecesinin saptanması, bu bilişsel işlev bozukluğunun kontrol altına alınarak önlem alınması açısından büyük önem arz

etmektedir. Bu değerdendirmerin yapılmasında objektif bilişsel değerdendirme testlerinin yanı sıra pratik, kısa, uygulanması kolay ve zamandan tasarruf edilen subjektif özbidirim araçlarının da kullanılması avantajlı olabileceğı düşünölmektedir. Aynı zamanda Scott ve Pope (2002) tarafından yapılmış olan bir çalışmada, öznel bilişsel yakınması az olan bipolar bozukluk hastalarının, fazla olan hastalara göre, ilaç tedavisine daha fazla uyum gösterdiği saptanmıştır.

1.1.3. Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi

ABBA, 1990 yılında özellikle Multipl Skleroz hastalarının bilişsel bozukluğunu ölçen bir özbidirim aracı olarak Sullivan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (MSQLİ, 1997). ABBA, bilişsel işlev bozukluğu ölçmekte ve öznel bilişsel belirtilerin değerdendirilmesinde güvenilir ve geçerli bir araç olarak kullanılmaktadır (Kim ve ark., 2015; MSQLİ, 1997; Sullivan ve ark., 1990 ve Takasaki ve ark., 2012).

ABBA' nın 20 ve 5 maddelik iki versiyonu bulunmaktadır. ABBA' da bulunan 20 madde, son 4 hafta içerisinde kişinin algıladığı, subjektif/ öznel bilişsel fonksiyonları değerdendirmektedir. Her bölüm farklı bilişsel şikayetleri listeleyen 5 maddeden oluşmaktadır. ABBA, dikkat/ konsantrasyon (örneğin; son 4 hafta boyunca ne sıklıkla televizyon programı izleme veya kitap okuma gibi şeylerde konsantrasyon güçlüğü yaşadınız?), retrospektif bellek (örneğin; son 4 hafta boyunca ne sıklıkla bir telefon görüşmesinden sonra, ne hakkında konuştuğunuzu unuttunuz?), prospektif bellek (örneğin; son 4 hafta boyunca ne sıklıkla odaya ne için girdiğinizi unuttunuz?) ve planlama/ organizasyon (örneğin; son 4 hafta boyunca ne sıklıkla bir şeyleri organize etmekte zorlandınız?) bölümlerinden oluşmakta ve bu alanların değerdendirilmesini sağlamaktadır (Sullivan ve ark., 1990). Tüm maddeler 5 puanlık likert tipi ile 0 (asla) ile 4 (nerdeyse her zaman) arasında puanlanmaktadır. Her bölüm 20 puan üzerinden puanlanmakta olup yüksek puanlar bilişsel bozulmanın yüksek olduğunu göstermektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Amaçlar ve Hipotez

Bu tez çalışmasının amacı, subjektif bir öz bildirim aracı olan ABBA' nın Türkçeye uyarlanarak, bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasıdır. Bu amaçla aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. ABBA' nın bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda geçerliği ne düzeydedir?

2. ABBA' nın bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda güvenirliği ne düzeydedir?

Hipotezler;

1. ABBA, bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda bilişsel yakınmaları değerlendirmekte geçerli bir araçtır.

2. ABBA, bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda bilişsel yakınmaları değerlendirmekte güvenilir bir araçtır.

2.2. ABBA' nın Türkçeye Uyarlanması

ABBA' nın İngilizce formu bir psikiyatri uzmanı, bir nöroloji uzmanı ve iki dilbilimci tarafından Türkçeye çevrilmiş ve sonrasında bir psikiyatri uzmanı ve bir dilbilimci tarafından Türkçeye çevrilmiş form tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Ardından çevrilen formlardaki ifadeler tartışılarak bir anket haline getirilmiştir. Daha sonra bir psikiyatri uzmanı tarafından yeniden İngilizceye çevrilerek ankete son hali verilerek uygulama için hazırlanmıştır.

2.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem

Bu çalışmanın örneklemini, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, DSM- V tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı bulunan, en az altı aydır ötimik dönemde olan, çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 46 hasta ve 43 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Kontrol grubu cinsiyet, yaş ve eğitim durumu değişkenleri bakımından eşleştirilmiştir. Katılımcıların yaşları 18 ile 55 yaş arasında değişmektedir. 55 yaş üstü kişiler, ilerleyen yaşın getirmiş olduğu hastalıkların sonucundan etkilemediğinden emin olabilmek amacıyla çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcıların çoğu Sakarya’ da yaşamaktadır.

Ötimik dönemde olmayan iki hasta, ek psikiyatrik tanısı olan bir hasta, zeka geriliği olan bir hasta, alprazolam kullanımı olan bir hasta ve ebeveyni bipolar bozukluk tanısı olan kontrol grubundan bir kişi çalışmaya dahil edilmemiştir. İlk uygulamanın ardından ikinci uygulamaya gelmeyen altı hasta çalışmadan çıkarılmıştır. Norm dışı olan 2 hasta ve kontrol grubundan 1 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışmaya katılan kişi sayısı 104, çalışmayı tamamlayan kişi sayısı ise 89’ dir.

Sakarya ili Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü’nden Mayıs 2016 tarihinde etik kurul onayının alınmasının ardından veri toplanmaya başlanmıştır. Tüm katılımcılara çalışma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilmiş ve gönüllü rıza formu imzalatılmıştır.

2.3.1. Hasta Grubu İçin Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri:

1. Yazılı bilgilendirilmiş olur vermiş olması,
2. DSM- V’ e göre bipolar bozukluk tanı ölçütlerini karşılaması,
3. 18-55 yaş aralığında olması,

4. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olduğu izlenimi vermesi,
5. Son 6 aydır remisyonda olması (HAM- D puanı<8, YMDÖ puanı<7 olması),
6. Ek psikiyatrik hastalığının olmaması,
7. Eğitim süresi 5 yıl ve üzerinde olması,
8. Son 1 yıl içinde alkol ve madde bağımlılığının olmaması,
9. Son 6 ayda içinde elektrokonvulsif tedavi (EKT) almamış olması,
10. Bilinç kaybı ile giden bir kafa travma öyküsü olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

2.3.2. Hasta Grubu için Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. Duygudurum bozukluğunun genel tıbbi duruma veya alkol-madde kullanımına bağlı olması,
2. 18- 55 yaş aralığında olmaması,
3. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olduğu izlenimi vermemesi,
4. Eğitim süresinin 5 yılın altında olması,
5. Ek psikiyatrik hastalığının olması,
6. Son 6 ay içinde EKT almış olması,
7. Psikiyatrik ölçekler ve bilişsel testlerin uygulanmasına engel olacak herhangi bir fiziksel özür varlığı (görme, işitme kaybı, motor kayıp vb.),
8. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

2.3.3. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri:

1. Yazılı bilgilendirilmiş olur vermiş olması,
2. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığının olmaması,
3. 18- 55 yaş aralığında olması,
4. Son 1 yıl içinde alkol ve madde bağımlılığının olmaması,
5. Eğitim süresi 5 yıl ve üzeri olması,
6. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olduğu izlenimi vermesi,

7. Psikiyatrik ölçekler ve bilişsel testlerin uygulanmasına engel olacak herhangi bir fiziksel özür varlığı olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

2.3.4. Kontrol Grubu için Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığının olması,
2. 18- 55 yaş aralığında olmaması,
3. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olduğu izlenimi vermemesi,
4. Son 1 yıl içinde alkol ve madde bağımlılığının olması,
5. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olduğu izlenimi vermemesi,
6. Psikiyatrik ölçekler ve bilişsel testlerin uygulanmasına engel olacak herhangi bir fiziksel özür varlığı (görme, işitme kaybı, motor kayıp vb.)
7. Eğitim süresinin 5 yılın altında olması,
8. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

2.4.1. Veri Toplama Formları:

2.4.1.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacı ile hazırlanmıştır. Bu formda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mesleki durumu, çocuk durumu, hastalık başlangıç yaşı, tedaviye kadar (varsa) geçen süre, ilaç kullanma süresi, hastane yatış sayısı, toplam epizod sayısı, ilk ve son epizod türü, ötimik dönemde olduğu süre, hastalığın psikotik, mevsimsel ve hızlı döngülü olma durumu, intihar girişim öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ek psikiyatrik bozukluklar, ilaç kullanımı, ilaç dozları ve sigara, alkol ve diğer maddelerin varlığı kaydedilmiştir.

2.4.1.2. DSM- IV Eksen- I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme:

DSM- IV eksen- I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID- I), tanıların güvenilir biçimde konmasını sağlayan, farklı ortamlarda yapılan çalışmalarda ortak bir dil oluşturan, çalışmaların karşılaştırılabilirliğini sağlayan, ölçütlerin öznel olarak yorumlanmasını sağlayan ve ölçütlerin öznel olarak değerlendirilmesini en aza indirmek amacıyla kullanılan, uzman tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (Özkürkçügil ve ark. 1999). SCID- I ölçeği First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

SCID- I bu çalışmada; hastaların bipolar bozukluk tanılarını doğrulamak, ek psikiyatrik tanı varlığını araştırmak ve kontrol grubunda herhangi bir psikiyatrik bozukluk olup olmadığını kontrol etmek amacıyla kullanılmıştır. Uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

2.4.2. Depresyon ve Mani Değerlendirme Ölçekleri:

2.4.2.1. Young Mani Derecelendirme Ölçeği: 11 maddeden oluşan, her bir maddesi beş şiddet derecesi içeren ve görüşmeci tarafından puanlanan bir ölçektir (Karadağ ve ark, 2001). Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Young ve arkadaşları tarafından (1978) mani belirtilerinin şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Son 48 saat içinde ya da son bir haftada, hastanın klinik durumuna yönelik öznel kanaatini bildirmekte ve klinisyenin gözlemine dayalı olarak değerlendirme yapılmaktadır. Ortalama 15 ile 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanmaktadır (Karadağ ve ark, 2001). Bazı maddeler 0- 4 arasında puanlanırken, bazı maddeler 0- 8 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten 0 ile 60 arasında puan alınmaktadır. 12 puan ve üstünün mani lehine olduğu düşünülmektedir. YMDÖ' den 6 ve altında puan alan hastalar ötimik olarak kabul edilmektedir (Young ve ark, 1978). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

YMDÖ bu çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının ötimik dönemde olup olmadığını ayırt edebilmek amacıyla kullanılmıştır. YMDÖ' den 7 puan ve üzerinde alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

2.4.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: Depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla Max Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiştir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), başlangıçta görüşmecinin açık uçlu sorular sorarak aldığı cevapları kaydettiği bir ölçekken, standartlığını artırmak amacıyla her madde sabit sorularla yapılandırılarak bir görüşme ölçeği haline getirilmiştir (Williams, 1988). Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Son bir hafta içinde kişinin yaşadığı depresyon belirtilerini ölçen HAM- D, 17 maddeden oluşmakta ve görüşmeci tarafından doldurulmaktadır. Bazı maddeler 0- 2 arasında puanlanırken, bazı maddeler 0- 4 arasında puanlanmaktadır. Elde edilen puanların toplanmasıyla ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puan 0 ile 53 arasında olabilmektedir. Ölçek toplam puandaki artış, depresyon şiddetindeki artışı göstermektedir. Buna göre; 0- 7 puan arası depresyon yok, 8- 15 puan arası hafif düzeyde depresyon, 16- 28 puan arası orta düzeyde depresyon ve 29 puan ve üzeri ağır düzeyde depresyonu göstermektedir. HAM- D' den 7 ve altında puan alan hastalar ötimik olarak kabul edilmektedir (Hamilton, 1960).

HAM- D bu çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının ötimik dönemde olup olmadığını ayırt edebilmek amacıyla kullanılmıştır. HAM- D' den 8 puan ve üzerinde alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

2.4.3. Bilişsel Değerlendirme Ölçekleri:

Bilişsel işlevleri ölçmede kullanılan testler ve ölçtüğü bilişsel alanlar çizelge 2.1'de yer almaktadır.

Çizelge 2.1. Bilişsel değerlendirme testleri ve ölçtüğü bilişsel alanlar.

Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi (ABBA)	Dikkat, retrospektif bellek, prospektif bellek, planlama/ organizasyon
İz Sürme Testi (TMT)	Yürütücü işlevler, dikkat, soyut düşünme, planlama/ organizasyon
Sayı Dizisi Testi (SDT)	İşleyen bellek, dikkat, kısa süreli bellek
WAIS- R Şifre Testi	Dikkat, kısa süreli bellek
Benzerlik Testi	Soyutlama
Kontrollü Kelime Çağrışım Testi (COWAT)	Konsantrasyon, sözel işlevler ve dil becerileri
Kategori Akıcılık Testi (WLG)	Dil becerileri

2.4.3.1. İz Sürme Testi: Amerika Birleşik Devletler Ordusu'ndaki psikologlar tarafından 1944 yılında geliştirilmiştir (U. S. War Department 1944; Reitan 1955) ve şu anda tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. İz Sürme Testi (TMT); çalışma belleği, karmaşık dikkat, soyut düşünme, planlama, organizasyon, görsel motor izleme, tarama ve motor hızı gibi yönetici işlevleri ölçmektedir. Testin A ve B olmak üzere iki bölümü bulunmaktadır. İz Sürme Testi- A (TMT- A) ilk olarak uygulanmaktadır. Bu bölümde sayfa üzerinde 1' den 25' e kadar rakamlar gelişigüzel şekilde dağılmış bulunmaktadır ve kişiden sayıları 1' den başlayıp sırasıyla çizerek sayıları birleştirmesi istenir (1- 2- 3- 4...). İz Sürme Testi- B' de (TMT- B) ise hem harf hem de rakamlar sayfada gelişigüzel bulunmaktadır. Kişiden bu sayı ve rakamları önce sayı sonra harf gelecek şekilde 1' den A' ya, A' dan 2' ye, 2' den B' ye doğru çizgi ile birleştirerek, doğru dizilimde olacak şekilde birleştirmesi istenir (1- A- 2- B-3- C...). Uygulama esnasında, kişinin testi tamamlama süresi kaydedilir. TMT- A' nın tamamlanma süresi, TMT- B' ye göre daha kısa sürmektedir ve bu durum, TMT- B' nin karmaşık- ikili veya çoklu- kavramsal izleme yapısından kaynaklanmaktadır (Lezak, 2004). TMT- A görsel arama ve taramayı ölçerken, TMT- B, hem TMT- A' nın ölçtüğü özellikleri hem de yönetici işlevleri ölçmektedir (Lezak 1995). Her iki bölümün farkı alınarak hız etkeni kontrol edilmekte ve dikkat, esneklik ve set değiştirme ölçülebilmektedir (Holtzer ve ark, 2005). Bu testin Türkçe formunun standardizasyon çalışması; 50 yaş ve üzeri yetişkin ve yaşlı örneklemde Cangöz ve arkadaşları tarafından (2007), 20-49 yaş aralığındaki örneklemde norm

belirleme çalışması ise Türkeş ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır.

2.4.3.2. WAIS- R Sayı Dizisi Alt Testi: Wechsler Yetişkin Zeka Ölçeği'nin bir alt ölçeği olan sayı dizisi testi (SDT); ileri sayı dizisi ve geri sayı dizisi olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. İşleyen bellek, işleme hızı, işitsel dikkat, kısa süreli saklama kapasitesini değerlendirmektedir. Bazı kaynaklarda ters sayı dizisi karmaşık dikkat, düz sayı dizisi ise kısa süreli bellek kapsamında ele alınmaktadır (Öktem, 1994). Normal koşullarda, düz ve ters sayı dizisi arasındaki farkın 1 ya da 2 olması beklenmektedir (Weintraub, 2004). Aradaki farkın 2' den fazla olması, dikkati sürdürmede zorlanma olduğunu göstermektedir. WAIS- R Sayı Dizisi Alt Testinin norm verileri Özdeniz (2001) tarafından toplanmıştır.

Uygulamada ilk olarak, ileri sayı dizisi uygulanmaktadır. Bu bölümde kişiden kendisine söylenen sayıları aynı sırayla tekrarlaması istenmekte ve bunlar kaydedilmektedir. Bu bölümden hiç puan alamasa da ters sayı dizisi uygulanır. Ters sayı dizisinde, uygulayıcı bazı sayılar daha söyler, fakat bu sefer kişinin bunları sondan başa doğru, tersten tekrar etmesi istenir ve bunlar kaydedilmektedir.

2.4.3.3. WAIS- R Şifre Alt Testi: Wechsler Yetişkin Zeka Ölçeğinin alt testlerinden biridir. WAIS- R Şifre Alt Testi (şifre); psikomotor performans, sürekli dikkat, tepki hızı ve görsel motor koordinasyonu ve gizil öğrenmeyi değerlendirmektedir (Schear and Sato, 1989). Bu testin uygulanmasında; sayfanın yukarısında üst kutuda sayılar, alt kutuda ise semboller olacak şekilde kutular vardır. Her sayının kendisine ait bir sembolü vardır, kişi bunlara bakarak 1 ile 9 arasındaki rastgele sayıların sembollerini, doksan saniye içerisinde hatasız ve hızlı bir şekilde, alt kutulara doldurmaya çalışmaktadır. Öncelikle deneme kısmındaki 7 kutuya semboller doğru bir şekilde doldurulur ve test uygulanır. Doksan saniye içinde doğru olarak yapılan sembol sayısı değerlendirilir. Yanlış sembol sayısı değerlendirmeye alınmaz.

2.4.3.4. WAIS- R Benzerlikler Alt Testi: Wechsler Yetişkin Zeka Ölçeğinin alt testlerinden biridir. Soyutlama yapabilmeyi, soyutlama yaparken genelleme yapabilmeyi ve bunu doğru bir şekilde ifade edebilmeyi değerlendirmektedir. Bu testin uygulanmasında kişiden iki kavram arasındaki benzerliği söylemesi istenir ve kişinin yanıtları forma kaydedilir. 14 sorudan oluşmaktadır. Kişinin yanıtı genel sınıflandırma içeriyorsa 2 puan, spesifik bir işlev yada özellik içeriyorsa 1 puan, bunları içermiyorsa 0 puan verilmektedir.

2.4.3.5. Sözel Akıcılık Testleri

2.4.3.5.1. Kontrollü Kelime Çağrışım Testi: Benton ve grubu tarafından geliştirilmiştir. Tasarlanmış bir harfle başlayan kelimelerin sözel olarak üretilmesini sistematik olarak incelemiştir. Kontrollü Kelime Çağrışım Testinde (COWAT) kişilerden bir dakika içinde özel isimler haricinde F, A ve S harfleriyle başlayan ve aynı kelime kökünden olmayan kelimeler söylemesi istenmekte ve bunlar kaydedilmektedir. Benton ve Hamsheer (1989) tarafından testin C, F, L ve P, R, W normları bulunmuştur. COWAT kişinin düşüncelerini örgütleme, konsantrasyon, sözel işlevler ve dil becerilerinin değerlendirilmesini sağlayan bir testtir. Ülkemizde standardizasyon çalışması Tumaç tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada testin Türkiye uyarlaması kullanılmıştır. Kişiden bir dakika içinde özel isim olmayan ve K, A ve S harfleri ile başlayan kelimeleri söylemesi istenmiştir.

2.4.3.5.1.1. Kategori Akıcılık Testi: Bu test dil becerisini, sözel üretimi ve davranışı devam ettirebilmeyi ölçmektedir (Mesulam, 1985). Kişiden sadece belli bir kategoriye giren sözcüklerin üretilmesi istenir. Kategori Akıcılık Testinin (WLG) iki bölümü bulunmaktadır. İlk bölümde hayvan isimleri saymaları, ikinci bölümde ise meyve isimleri söylemeleri istenmektedir. Bu çalışmada sadece hayvan akıcılığı uygulanmıştır. Hayvan akıcılığı kategorisinde kişiden sadece bir dakika içerisinde aklına gelen tüm hayvan isimlerini söylemesi istenmektedir. Bir dakikada içerisinde söylediği tüm hayvan isimleri kaydedilir. Bunun yanı sıra, tekrar ettiği hayvan ismi

sayısı ve kategori dışında söylediği kelime sayısı da puanlamaya dahil edilmektedir.

2.4.3.6. Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi: Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi (ABBA), Sullivan ve arkadaşları tarafından 1990 yılında özellikle Multipl Skleroz hastalarının bilişsel bozukluğunu ölçen bir öz bildirim aracı olarak geliştirilmiştir. Bu anket dikkat/ konsantrasyon, retrospektif bellek, prospektif bellek ve planlama/ organizasyon gibi bilişsel işlevlerin çeşitli alanlarının değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu testin uygulanmasında, anket kişiye verilerek son 4 hafta boyunca ankette yazılı olan soruları ne sıklıkla yaşadığına ona göre puanlaması istenmektedir. Testin uygulanma süresi yaklaşık 5 dakika sürmektedir.

2.5. İşlem

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, DSM- V tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı bulunan, en az altı aydır ötimik dönemde olan, çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 46 hasta ve 43 sağlıklı kişi çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya alınan her bir katılımcıya ölçekler bireysel olarak uygulanmıştır. Katılımcılara öncelikle çalışma ve uygulanacak testler hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcıların yazılı- imzalı onayları alınmış ve demografik ve klinik veri formu ile bilgileri alınmıştır. Bipolar bozukluk hastalarının ötimik dönemde olup olmadığını ayırt edebilmek ve depresyon ve mani düzeyini değerlendirebilmek amacıyla YMDÖ ve HAM- D kullanılmıştır. En az 6 ay süresince ötimik dönemde olduğu bilgisi alınan ve uygulanan YMDÖ’ den 6 ve altında puan alan ve HAM-D’ den 7 ve altında puan alan hastalar çalışmaya alınmıştır. Ardından hastaların bipolar bozukluk tanılarını doğrulamak, ek psikiyatrik rahatsızlığın varlığını araştırmak ve kontrol grubunda herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olup olmadığını kontrol etmek amacıyla SCID- I uygulanmıştır. SCID- I’ in uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Ek

psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalar ve psikiyatrik bozukluğu olmayan sağlıklı kişiler çalışmaya alınmıştır. Ardından bilişsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla yaklaşık 45 dakika süren testler sırasıyla; TMT- A, ABBA, TMT- B, Şifre, DST, Benzerlikler Testi, COWAT ve WLG ölçekleri uygulanmıştır. İlk uygulama yaklaşık bir buçuk saat sürmüştür. Bu uygulamadan üç hafta sonra tüm ölçekler tekrar uygulanmıştır. İzlem uygulaması ise yaklaşık bir saat sürmüştür.

Yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarınca eşleştirilen sağlıklı gönüllülerden aynı demografik bilgiler alınarak, aynı bilişsel işlevleri değerlendirme ölçekleri aynı sırayla uygulanmış ve üç hafta sonra izlem uygulaması yapılmıştır.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel işlemleri SPSS 23.0 programı ile analiz edilmiştir (George ve Mallery, 2010). Sosyodemografik ve klinik veri formundaki verilerin normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirilerek, normal dağılım gösteren sürekli değişkenler bağımsız örneklem t- testi ile kategorik değişken olanlar ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen ve grup sayısı 15' ten az olan kategorik değişkenler, birleştirilerek grup sayıları eşit dağıtılmaya çalışılmıştır. Bunlar aşağıdaki şekilde birleştirilmiştir:

Medeni Durum: Evli, bekar, boşanmış ve dul kategorileri evli, bekar-boşanmış-dul olmak üzere iki grup olarak birleştirilmiştir.

Eğitim Durumu: İlkokul, ortaokul, lise, önlisans, lisans ve lisansüstü kategorileri ilkokul, ortaokul-lise ve yüksekokul olmak üzere üç grup olarak birleştirilmiştir.

Mesleki Durum: Öğrenci, çalışan, işsiz, emekli ve ev hanımı kategorileri çalışan, ev hanımı ve öğrenci-işsiz-emekli olmak üzere birleştirilmiştir.

Çocuk Sayısı: 0, 1, 2, 3, 4 olarak kaydedilmiştir. Ancak normal dağılım göstermediği

ve grup sayısının küçük olması nedeniyle 0 ve 1 ve üstü olmak üzere birleştirilmiştir.

Hastaneye yatış sayısı: 0, 1, 2, 3, 4 verileri 0, 1 ve 2 ve üstü olarak kategorize edilmiştir.

EKT sayısı: 0, 1, 2 ve 3 verileri 0, 1 ve 2 ve üstü olarak birleştirilmiştir.

Sürekli değişken olan hastaların hastanede toplam yatış günü ve en son hastaneye kaç ay önce yattığı kategorik değişken olarak düzenlenmiştir.

Hasta ve kontrol grubundan elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogrov- Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Bilişsel test puanlarının iki grup arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ölçmek amacıyla normal dağılım gösteren sürekli değişkenler bağımsız örneklem t- testi ile, kategorik değişken olanlar ki kare testi ile karşılaştırılmıştır. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler ise Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Bilişsel testlerin analizinden sonra ölçeğin güvenirlik ve geçerliğine ilişkin analizler yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlığı Cronbach Alpha güvenirlik analizi tekniği ile hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği, açıklayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin ölçüt bağıntılı geçerliği için ABBA ile TMT- A, TMT- B, TMT B- A, DSDP, TSDP, SDTP, Şifre, IBP, Hayvan Akıcılığı, K harfi, A harfi, S harfi, KAS alt ölçekleri arasındaki ilişkiye Spearman' s Rho Korelasyon analiziyle bakılmıştır. Ayırt edici geçerlilik analizi ise Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05' in altı olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Hastaların yaş ortalaması 34.39 ± 8.80 iken kontrol grubunun yaş ortalaması ise 36.51 ± 9.84 ' dir. Grupların yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t(87)=1.07$, $p=0.29$).

Hastaların %78.30' unu ($n=36$) kadınlar oluştururken, kontrol grubunun %88.40' ını ($n=38$) kadınlar oluşturmaktadır ve bu iki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 =1.62$, $p=0.20$).

Hastaların %32.60' ı ilkokul ($n=15$), %41.30' u ortaokul- lise ($n=19$), %26.10' u yüksekokul ($n=12$) mezunu iken, kontrol grubunun %39.50' si ilkokul ($n=17$), %32.60' ı ortaokul- lise ($n=14$), %27.90' ı yüksekokul ($n=12$) mezunudur. Bu iki grup arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 =0.78$, $p=0.68$).

Hastaların %41.30' u evli ($n=19$), %58.70' i ($n=27$) bekar- boşanmış- dul, kontrol grubunun ise %79.10' u ($n=34$) evli, %20.90' ı ($n=9$) bekar- boşanmış- duldur. Bu iki grup arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 =13.16$, $p<0.01$).

Hastaların %26.10' u ($n=12$) çalışan, %39.10' u ($n=18$) ev hanımı, %34.80' i ($n=16$) öğrenci- işsiz- emekliydi. Kontrol grubunun ise, %51.20' si ($n=22$) çalışan, %41.90' ı ev hanımı ($n=18$), %7.00' si öğrenci- işsiz- emekliydi ($n=3$). Bu iki grup arasında mesleki durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 =11.75$, $p=0.01$).

Hastaların %69.60' ının ($n=32$) geliri yok, %10.90' ının ($n=5$) geliri 1- 2000 tl

arasında, %19.60' ının (n=9) geliri 2001 t1 ve üzerindedir. Kontrol grubunun ise, %46.50' sinin (n=20) geliri yok, %25.60' ının (n=11) geliri 1-2000 t1 arasında, %27.90' ının (n=12) geliri 2001 t1 ve üzerindedir. Bu iki grup arasında gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 5.35$, $p=0.07$).

Hastaların %43.50' sinin (n=20) çocuğu varken, kontrol grubunun %67.40' ının (n=29) çocuğu vardır ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=5.16$, $p=0.02$). Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması çizelge 3.1' de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Çizelge 3.1. Sosyodemografik veri çizelgesi.

	Bipolar Bozukluk Ort±SS/ %(n)	Kontrol Ort±SS/ %(n)	t/ χ^2	p
Yaş	34.39±8.80	36.51±9.84	1.07	0.29
Cinsiyet(Kadın)	78.30 (36)	88.40 (38)	1.62	0.20
Medeni Durum			13.16	<0.01*
Evli	41.30 (19)	79.10 (34)		
Bekar- Boşanmış-Dul	58.70 (27)	20.90 (9)		
Eğitim Durumu			0.78	0.68
İlkokul	32.60 (15)	39.50 (17)		
Ortaokul-lise	41.30 (19)	32.60 (14)		
Yüksekokul	26.10 (12)	27.90 (12)		
Mesleki Durum			11.75	0.01*
Çalışan	26.10 (12)	51.20 (22)		
Ev hanımı	39.10 (18)	41.90 (18)		
Öğrenci-işsiz-emekli	34.80 (16)	7.00 (3)		
Gelir Durumu			5.35	0.07
0	69.60 (32)	46.50 (20)		
1-2000	10.90 (5)	25.60 (11)		
2001 ≥	19.60 (9)	27.90 (12)		
Çocuk Durumu (Var)	43.50 (20)	67.40 (29)	5.16	0.02*
Çocuk Sayısı			6.24	0.01*
0	56.50 (26)	30.20 (13)		
1 ≥	43.50 (20)	69.80 (30)		

*0.05' in altında anlamlı farklılaşma gözlenmiştir.

3.2. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

Çalışmaya alınan hastaların hastalık başlangıç yaşı 25.34±9.02' dir. Hastaların tedaviye başlayana kadar geçen süre ortalaması 5.15±13.53 ay iken, ötimik dönemde

oldukları süre ortalaması 19.04 ± 24.42 aydır. Hastaların % 39.10' u (n=18) hastaneye hiç yatmamıştır, hastaların %21.70' i (n=10) sadece 1 defa hastaneye yatmış olup %39.10' unun (n=18) 2 ve daha fazla yatışı olmuştur. Hastaların %31.90' ının (n=15) hastanede toplam yatış günü 30 gün ve altında, %29.80' inin (n=14) 31 gün ve üstündedir.

Hastaneye en son yatışı 24 ay ve öncesinde olan hastaların oranı %34 (n=16) olup, 25 ay ve sonrasında olan hastaların oranı ise %27.70 (n=13) olmuştur.

Hastaların geçirmiş olduğu toplam epizod sayısı 11.67 ± 8.98 'dir. Hastalığın başlangıcı, hastaların %70.20' sinde (n=33) manik epizod ile başlamıştır. Hastaların en son geçirmiş olduğu epizod %36.20' sinde (n=17) manik epizod iken, %31.90' ında hipomanik epizoddur.

Hastaların %97.80' ı (n=45) ilaç kullandığını belirtmiştir. Hastaların %63.80' i (n=30) çoklu ilaç kullanmaktadır. Hastaların ortalama ilaç kullanma süresi 103.85 ± 93.17 aydır. Çalışmaya katılan hastaların %69.60' ı (n=32) antipsikotik, %50.00' si (n=23) valproik asit ve %32.60' ı (n=15) lityum kullanmaktadır. Lityum kullanma dozu 593.62 ± 2192.52 , valproik asit kullanma dozu 452.13 ± 490.78 ve ketiapin kullanma dozu 108.24 ± 191.75 'tir.

Hastaların %82.60' ı (n=38) hiç EKT olmamıştır. Hastaların %50.00' si (n=23) psikotik özellikler, %47.80' i (n=22) mevsimsel özellikler, %8.70' si ise (n=4) hızlı döngülülük özelliği bildirmektedir.

Hastalarda ek tanılarının varlığı değerlendirilmiştir. Hastaların hiçbirinde ek tanı saptanmamıştır.

Hastaların %28.30' u (n=13) intihar girişim öyküsü bildirmektedir. İntihar girişim öyküsü bulunan hastaların %69.23' ü (n=9) 1 defa, %7.69' u (n=1) 2 defa ve % 23.08' i 3 defa intihar girişiminde bulunmuştur. Bu hastaların % 61.54' ü (n=

8) ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuştur.

Hastaların %69.60' ının (n=32) yakınlarından en az birinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Hastaların %47.80' inin (n=22) birinci derece yakınlarından en az birinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Hastaların %28.30' unun (n=13) birinci ve ikinci derece yakınlarında bipolar bozukluk, %13.00' ünde (n=6) depresyon, %10.90' ında (n=5) şizofreni ve %4.30' ünde (n=2) anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir.

Hastalarda alkol/ madde kullanımının varlığı değerlendirilmiş olup alkol/ madde kullanımı olmadığı bilgisi alınmıştır. Hastaların %32.60' ı (n=15) sigara kullanmaktadır. Çizelge 3.2' de hastaların klinik özellikleri sunulmuştur.

Çizelge 3.2. Klinik özellikler.

	Ort±SS/ %(n)
Hastalık başlangıç yaşı	25.34±9.02
Toplam epizod sayısı	11.67± 8.98
Remisyonunda olduğu süre (ay)	19.04±24.42
Tedaviye başlayana kadar geçen süre (ay)	5.15±13.53
Psikotik özellikli (Evet)	50.00 (23)
Mevsimsellik (Var)	47.80 (22)
Hızlı döngülülük (Var)	8.70 (4)
İntihar girişimi (Var)	28.30 (13)
Hastaneye yatış sayısı	
0	39.10 (18)
1	21.70 (10)
2≥	39.10 (18)
EKT sayısı	
0	82.60 (38)
1≥	17.40 (8)
İlaç kullanımı (Var)	97.80 (45)
Çoklu ilaç kullanımı (Var)	63.80 (30)
İlaçlar	
Lityum	32.60 (15)
Valproik asit	50.00 (23)
Antipsikotik	69.60 (32)
Sigara kullanımı (Var)	32.60 (15)
Ailede psikiyatrik rahatsızlık (Var)	69.60 (32)
Anne	15.20 (7)
Baba	17.40 (8)
Kardeş	13.00 (6)
Çocuk	2.20 (1)
Dayı	4.30 (2)
Amca	2.20 (1)
Teyze	2.20 (1)
Kuzen	6.50 (3)
Tanıları	
Bipolar Bozukluk	28.30 (13)
Depresyon	13.00 (6)
Şizofreni	10.90 (5)
Anksiyete bozukluğu	4.30 (2)

3.3. Hasta Grubunun Klinik Ölçümleri

Hastaların YMDÖ- ilk uygulama puanı 0.70 ± 1.33 iken, HAM- D- ilk uygulama puanı 1.41 ± 1.81 olarak bulunmuştur.

Hastaların YMDÖ- izlem puanı 0.59 ± 1.20 iken, HAM- D- izlem puanı 1.50 ± 1.75 olarak bulunmuştur. Çizelge 3.3’ te hastaların klinik ölçümleri sunulmuştur.

Çizelge 3.3. Klinik ölçümler.

	Ort±SS
Young Mani Puanı (İlk)	0.70±1.33
Hamilton Depresyon Puanı (İlk)	1.41±1.81
Young Mani Puanı (İzlem)	0.59±1.20
Hamilton Depresyon Puanı (İzlem)	1.50±1.75

3.4. Katılımcıların Bilişsel İşlevlerinin Değerlendirilmesi- İlk Uygulama

3.4.1. Bilişsel Değerlendirme Testlerinin Normallik Varsayımının Test Edilmesi: Kolmogorov- Smirnov Testi İncelemesi

Çizelge 3.4’ te bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla uygulanan testlerin Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Çizelgede de görüldüğü gibi normalliğe ilişkin anlamlılık değeri .05 olarak belirlenmiştir. Anlamlılık düzeyinin .05’ ten küçük olması dağılımın normal olmadığını, .05’ ten büyük olması ise dağılımın normal olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.4. Kolmogrov- Smirnov normallik testi.

	İstatistik	Sd	p
TMT A	.186	89	<0.01*
TMT B	.162	89	<0.01*
TMT B-A	.169	89	<0.01*
DSDP	.119	89	.003*
TSDP	.163	89	<0.01*
SDTP	.119	89	.003*
Şifre	.087	89	.092
IBP	.125	89	.002*
Hayvan1	.088	89	.085
Hayvan2	.121	89	.003*
Hayvantoplam	.090	89	.074
Hayvantekrar	.369	89	<0.01*
K1	.096	89	.042*
K2	.146	89	<0.01*
Ktoplam	.088	89	.091
Ktekrar	.531	89	<0.01*
A1	.123	89	.002*
A2	.162	89	<0.01*
Atoplam	.128	89	.001*
Atekrar	.531	89	<0.01*
S1	.125	89	.001*
S2	.159	89	<0.01*
Stoplam	.099	89	.031*
Stekrar	.531	89	<0.01*
KAStoplam	.088	89	.085

*<.05

3.4.2. Dikkat

Hasta ve kontrol gruplarının dikkat performanslarını değerlendirmek için TMT- A, TMT B- A, DST ve şifre testleri kullanılmıştır. Basit dikkati ölçmek için TMT- A ve TMT B- A, işitsel dikkati ölçmek için sayı dizisi testi ve sürekli dikkati ölçmek için şifre testi uygulanmıştır.

TMT- A' yı tamamlama süresi; hasta grubunun 60.38 ± 32.62 saniye, kontrol grubunun ise 35.29 ± 13.49 saniyedir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve TMT- A sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($Z = 4.42$, $p < 0.01$). Kontrol grubunun TMT- A' yı tamamlaması süresi, hasta grubuna göre daha kısa süredir.

TMT B- A süre farkı; hasta grubunun 86.61 ± 49.07 saniye, kontrol grubunun ise 47.93 ± 33.41 saniyedir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve TMT B- A sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($Z = 4.41$, $p < 0.01$).

DSDP; hasta grubunun 6.11 ± 2.28 , kontrol grubunun ise 6.67 ± 2.07 'dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. İki grubun sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma yoktur ($Z = 0.88$, $p > 0.05$). İki grubun DSDP düzeylerinin benzer olduğu görülmüştür.

TSDP; hasta grubunun 4.76 ± 2.06 , kontrol grubunun ise 5.49 ± 1.84 ' dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grubun sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur ($Z = 2.03$, $p = 0.04$).

SDTP; hasta grubunun 10.87 ± 3.84 , kontrol grubunun ise 12.16 ± 3.51 ' dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. İki grubun sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma yoktur ($Z = 1.77$, $p > 0.05$). İki grubun SDTP düzeylerinin benzer olduğu görülmüştür.

Şifre puanı; hasta grubunun 35.02 ± 15.73 , kontrol grubunun ise 47.88 ± 16.40 ' tır. İki grubun performansları bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t(87) = 3.78$, $p < 0.01$). Kontrol grubunun Şifre puanının, hasta grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.4.3. Yürütücü İşlevler

Hasta ve kontrol gruplarının yürütücü işlev performanslarını değerlendirmek için TMT- B ve ikili benzerlikler testleri kullanılmıştır.

TMT- B' yi tamamlama süresi; hasta grubunun 146.09 ± 72.50 saniye, kontrol grubunun ise 83.58 ± 41.59 saniyedir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grubun sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($Z=4.84$, $p<0.01$). Kontrol grubunun TMT- B' yi tamamlaması süresi, hasta grubuna göre daha kısa sürede olmaktadır.

İkili benzerlikler test puanı, hasta grubunun 17.43 ± 5.31 , kontrol grubunun ise 19.95 ± 3.53 dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grubun sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($Z=2.43$, $p=0.02$).

3.4.4. Sözel Bellek

Hasta ve kontrol gruplarının sözel bellek performanslarını değerlendirmek için COWAT ve WLG testleri kullanılmıştır. COWAT testi için K- A- S harfleri, WLG testi için ise hayvan akıcılığı ile değerlendirme yapılmıştır.

K toplam puanı, hasta grubunun 7.67 ± 3.72 , kontrol grubunun ise 12.35 ± 3.97 tür. İki grubun performansları bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t(87)=5.73$, $p<0.01$).

A toplam puanı, hasta grubunun 5.61 ± 3.30 , kontrol grubunun ise 8.72 ± 3.11 dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grubun sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur ($Z=4.31$, $p<0.01$).

S toplam puanı, hasta grubunun 5.76 ± 3.74 , kontrol grubunun ise 10.00 ± 3.16 'dur. İki grubun performansları Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grubun sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur ($Z=5.06$, $p<0.01$).

KAS toplam puanı, hasta grubunun 19.04 ± 9.67 , kontrol grubunun ise 31.07 ± 8.78 ' dir. İki grubun performansları bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t(87)=6.13$, $p<0.01$). Kontrol grubu, hasta grubuna göre KAS harfleri ile daha fazla kelime üretmiştir.

Hayvan toplam puanı, hasta grubunun 15.85 ± 4.44 , kontrol grubunun ise 24.23 ± 5.08 'dir. İki grubun performansları bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t(87)=8.30$, $p<0.01$). Hasta ve kontrol grubunun bilişsel değerlendirme açısından karşılaştırılması çizelge 3.5' te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Çizelge 3.5. Objektif bilişsel işlevleri değerlendirme testleri (İlk Uygulama).

	Bipolar Bozukluk	Kontrol		
	Ort±SS/ SO-ST	Ort±SS/SO-ST	t/Z	p
Dikkat				
TMT-A	56.70-2608.00	32.49-1397.00	4.42	<0.01
TMT B-A	56.67-2607.00	32.51-1398.00	4.41	<0.01
Şifre	35.02±15.73	47.88±16.40	3.78	<0.01
Düz Sayı Dizisi	42.71-1964.00	47.45-2040.00	0.88	0.38
Ters Sayı Dizisi	39.71-1826.50	50.66-2178.50	2.03	0.04
Sayı Dizisi Toplam	40.34-1855.50	49.99-2149.50	1.77	0.08
Yürütücü İşlevler				
TMT- B	57.80-2659.00	31.30-1346.00	4.84	<0.01
İkili Benzerlik	38.59-1775.00	51.86-2230.00	2.43	0.02
Sözel Bellek				
K-1	33.74-1552.00	57.05-2453.00	4.28	<0.01
K-2	32.80-1509.00	58.05-2496.00	4.65	<0.01
K Toplam	7.67±3.72	12.35±3.97	5.73	<0.01
K (prs)	44.50-2047.00	45.53-1958.00	1.03	0.30
A-1	34.34-1579.50	56.41-2425.50	4.06	<0.01
A-2	36.64-1685.50	53.94-2319.50	3.20	<0.01
A Toplam	33.63-1547.00	57.16-2458.00	4.31	<0.01
A (prs)	45.47-2091.50	44.50-1913.50	0.97	0.33
S-1	33.39-1536.00	57.42-2469.00	4.42	<0.01
S-2	32.15-1470.00	58.74-2526.00	4.91	<0.01
S Toplam	31.63-1455.00	59.30-2550.00	5.06	<0.01
S (prs)	44.50-2047.00	45.53-1958.00	1.03	0.30
KAS	19.04±9.67	31.07±8.78	6.13	<0.01
Hayvan-1	10.37±3.27	15.14±3.37	6.77	<0.01
Hayvan-2	32.34-1487.50	58.55-2517.50	4.81	<0.01
Hayvan Toplam	15.85±4.44	24.23±5.08	8.30	<0.01
Hayvan (prs)	46.14-2122.50	43.78-1882.50	0.50	0.62

Ort: Ortalama, SO: Sıra Ortalaması, SS: Standart Sapma, ST: Sıra Toplamı

3.5. Katılımcıların Bilişsel İşlevlerinin Değerlendirilmesi- İzlem Uygulaması

İlk uygulamada kullanılan testler aynı şekilde uygulanmıştır. Burada izlem uygulamasının sonuçları yer almaktadır.

3.5.1. Dikkat- İzlem

TMT- A' yı tamamlama süresi; hasta grubunun 54.15±29.33 saniye, kontrol grubunun ise 31.71±13.76 saniyedir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında anlamlı farklılaşma bulunmuştur (Z= 4.49, p<0.01).

TMT B- A süre farkı; hasta grubunun 80.26 ± 51.41 saniye, kontrol grubunun ise 43.65 ± 29.32 saniyedir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($Z = 3.76, p < 0.01$).

Şifre testinin puanı; hasta grubunun 37.72 ± 15.73 , kontrol grubunun ise 51.77 ± 17.81 ’ dir. İki grubun performansları bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiş ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t(87) = 3.95, p < 0.01$).

DSDP; hasta grubunun 6.52 ± 2.23 , kontrol grubunun ise 6.84 ± 2.00 ’ dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. İki grubun sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma yoktur ($Z = 0.66, p > 0.05$).

TSDP; hasta grubunun 4.76 ± 2.16 , kontrol grubunun ise 5.95 ± 2.06 ’ dır. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($Z = 3.05, p < 0.01$).

SDTP; hasta grubunun 11.28 ± 3.89 , kontrol grubunun ise 12.79 ± 3.76 ’ dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($Z = 2.11, p = 0.03$).

3.5.2. Yürütücü İşlevler- İzlem

TMT- B’ yi tamamlama süresi; hasta grubunun 133.85 ± 75.37 saniye, kontrol grubunun ise 75.79 ± 37.30 saniyedir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur ($Z = 4.34, p < 0.01$).

İkili benzerlikler test puanı, hasta grubunun 17.56 ± 5.31 , kontrol grubunun ise 20.05 ± 3.41 ’ dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile

değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur ($Z= 2.54$, $p=0.01$).

3.5.3. Sözel Bellek- İzlem

K toplam puanı, hasta grubunun 8.65 ± 3.99 , kontrol grubunun ise 12.98 ± 3.67 'dir. İki grubun performansları bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t(87)=5.31$, $p<0.01$).

A toplam puanı, hasta grubunun 5.67 ± 3.63 , kontrol grubunun ise 9.14 ± 3.14 'dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($Z= 4.84$, $p<0.01$).

S toplam puanı, hasta grubunun 6.91 ± 3.38 , kontrol grubunun ise 10.21 ± 3.26 'dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($Z= 4.43$, $p<0.01$).

KAS toplam puanı, hasta grubunun 21.24 ± 10.23 , kontrol grubunun ise 32.28 ± 9.01 'dir. İki grubun performansları bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t(87)=5.39$, $p<0.01$).

Hayvan toplam puanı, hasta grubunun 16.67 ± 3.93 , kontrol grubunun ise 24.21 ± 4.98 'dir. İki grubun performansları Mann- Whitney U testi ile değerlendirilmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($Z= 6.01$, $p<0.01$).

Sözü edilen izlem uygulaması sonuçları çizelge 3.6' da ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Çizelge 3.6. Objektif bilişsel işlevleri değerlendirme testleri (İzlem uygulaması).

	Bipolar Bozukluk	Kontrol	t/Z	p
	Ort±SS/ SO-ST	Ort±SS/SO-ST		
Dikkat				
TMT-A	56.88-2616.50	32.29-1388.50	4.49	<0.01
TMT B-A	54.95-2527.50	34.36-1477.50	3.76	<0.01
Şifre	37.72±15.73	51.77±17.81	3.95	<0.01
Düz Sayı Dizisi	43.27-1990.50	46.85-2014.50	0.66	0.51
Ters Sayı Dizisi	37.05-1704.50	53.50-2300.50	3.05	0.01
Sayı Dizisi Toplam	39.42-1813.50	50.97-2191.50	2.11	0.03
Yürütücü İşlevler				
TMT- B	56.49-2598.50	32.71-1406.50	4.34	<0.01
İkili Benzerlik	38.29-1761.50	52.17-2243.50	2.54	0.01
Sözel Bellek				
K-1	33.55-1543.50	57.24-2461.50	4.35	<0.01
K-2	34.79-1600.50	55.92-2404.50	3.90	<0.01
K Toplam	8.65±3.99	12.98±3.67	5.31	<0.01
K (prs)	44.97-2068.50	45.03-1936.50	0.05	0.96
A-1	32.47-1493.50	58.41-2511.50	4.79	<0.01
A-2	35.46-1631.00	55.21-2374.00	3.66	<0.01
AToplam	32.25-1483.50	58.64-2521.50	4.84	<0.01
A (prs)	44.50-2047.00	45.53-1958.00	1.03	0.30
S-1	33.73-1551.50	57.06-2453.50	4.30	<0.01
S-2	37.09-1706.00	53.47-2299.00	3.03	0.01
S Toplam	33.34-1533.50	57.48-2471.50	4.43	<0.01
S (prs)	45.93-2113.00	44.00-1892.00	1.38	0.17
KAS	21.24±10.23	32.28±9.001	5.39	0.01
Hayvan-1	11.17±2.78	15.51±2.95	7.13	0.01
Hayvan-2	33.18-1526.50	57.64-2478.50	4.49	<0.01
Hayvan Toplam	29.11-1339.00	62.00-2666.00	6.01	<0.01
Hayvan (prs)	42.30-1946.00	47.88-2059.00	1.18	0.24

Ort: Ortalama, SO: Sıra Ortalaması, SS: Standart Sapma, ST: Sıra Toplamı

3.6. ABBA Maddelerine İlişkin Sayısal Değerlerin İncelenmesi

ABBA‘ da yer alan her bir maddenin, hasta grubunda ve kontrol grubunda yer alan katılımcılara göre dağılımına ilişkin veriler çizelge 3.7‘ de yer almaktadır.

Çizelge 3.7. ABBA maddelerinin gruplara göre dağılımları.

	Bipolar Bozukluk	Kontrol		
	%(n)	%(n)	X²	p
1.madde (var)	67.40 (31)	65.10 (28)	0.05	0.82
2.madde (var)	71.70 (33)	88.40 (38)	3.81	0.05
3.madde (var)	76.10 (35)	83.70 (36)	0.80	0.37
4.madde (var)	69.60 (32)	34.90 (15)	10.73	<0.01*
5.madde (var)	58.70 (27)	46.50 (20)	1.32	0.25
6.madde (var)	54.30 (25)	48.80 (21)	0.27	0.60
7.madde (var)	26.10 (12)	23.30 (10)	0.10	0.76
8.madde (var)	60.09 (28)	37.20 (16)	4.98	0.03*
9.madde (var)	54.30 (25)	53.50 (23)	0.01	0.94
10.madde (var)	54.30 (25)	39.50 (17)	1.96	0.16
11.madde (var)	82.60 (38)	65.10 (28)	3.55	0.06
12.madde (var)	69.60 (32)	79.10 (34)	1.05	0.31
13.madde (var)	67.40 (31)	72.10 (31)	0.23	0.63
14.madde (var)	30.40 (14)	30.20 (13)	<0.01	0.98
15.madde (var)	28.30 (13)	27.90 (12)	<0.01	0.97
16.madde (var)	32.60 (15)	30.20 (13)	0.06	0.81
17.madde (var)	63.00 (29)	65.10 (28)	0.04	0.84
18.madde (var)	52.20 (24)	39.50 (17)	1.43	0.23
19.madde (var)	45.70 (21)	32.60 (14)	1.60	0.21
20.madde (var)	82.60 (38)	69.80 (30)	2.03	0.15

*p<0.05 anlamlılık düzeyi

Analiz sonucuna göre, 4 ve 8 maddelerinin hasta ve kontrol grubunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ayırt edebildiği bulunmuştur. 2. maddenin de 0.05 anlamlılık sınırında olduğu görülmektedir.

3.7. ABBA'nın Güvenirlik Analizleri

3.7.1. İç Tutarlık Güvenirliği

ABBA' nın iç tutarlılığı Cronbach Alpha Güvenirlik Analizi tekniği ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ABBA' nın tüm ölçek için Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .90, Faktör 1 alt ölçeği için .90, Faktör 2 alt ölçeği için .80, Faktör 3 alt ölçeği için .82, Faktör 4 alt ölçeği için ise .69 bulunmuştur. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı tüm ölçek için .93, Faktör 1 alt ölçeği için .81, Faktör 2 alt ölçeği için .79, Faktör 3 alt ölçeği için .73, Faktör 4 alt ölçeği için ise .78 bulunmuştur. Elde edilen bulgular, ölçeğin orijinal çalışmasında elde edilen bulgularla uyumludur (Sullivan ve ark, 1990).

Madde toplam korelasyonlarına bakıldığında; en yüksek korelasyona sahip maddenin Faktör 1 alt ölçeğinde yer alan 5. madde (Son 4 hafta süresince, ne sıklıkla bir sohbet esnasında insanların ne söylediğine odaklanmakta zorlandınız?) olduğu, en düşük korelasyona sahip maddenin .38 ile Faktör 4 alt ölçeğinde yer alan 17. madde (Son 4 hafta süresince, ne sıklıkla birkaç saniye bile olsa telefon numaralarını, aklınızda tutmakta zorlandınız?) olduğu ve tüm maddelerin madde toplam korelasyonlarının ise .38 ile .82 arasında olduğu görülmüştür. Her bir madde alt ölçekler ve toplam puan korelasyonları çizelge 3.8' de sunulmuştur.

Çizelge 3.8. ABBA’ nın madde alt ölçek ve toplam puan korelasyonları.

Madde	Madde Alt Ölçek Korelasyonları				Madde Toplam Puan Korelasyonları
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	
1.Konuşurken zihnimde düşünce akışını kaybettim.			.380		.527
2.Daha önce karşılaşmış olsam bile, kişilerin/ insanların isimlerini hatırlamakta zorlandım.		.737			.387
3.Odaya ne için geldiğimi unuttum.		.704			.554
4.Bir şeyleri düzenlemekte zorlandım.	.670				.602
5.Bir sohbet esnasında, insanların ne söylediğine odaklanmakta zorlandım.	.706				.824
6.Zaten yapmış olduğum bir şeyi unuttum.		.593			.670
7.Planladığım randevu ve toplantıları kaçırdım.			.593		.644
8.Gün içinde yapacaklarımı planlarken güçlük çektim.	.586				.716
9.Bir televizyon programı izlemek veya kitap okumak gibi şeylere odaklanmakta zorluk çektim.	.619				.683
10.Bir gece önce ne yaptığımı unuttum.		.686			.596
11.Bakmadıkça hangi tarihte olduğumu unuttum.				.705	.557
12.Yapacak pek çok şey varken, yapmaya başlamakta zorlandım.	.758				.597
13.Zihnimin karıştığını hissettim.	.716				.742
14.Bir telefon görüşmesinden sonra, ne hakkında konuştuğumu unuttum.			.681		.682
15.Ocağı kapatmak veya alarmı kurmak gibi gündelik işleri yapmayı unuttum.			.838		.605
16.Zihnimi tamamen boşalmış gibi hissettim.	.597				.549
17.Bir kaç saniye bile olsa telefon numaralarını, aklımda tutmakta zorlandım.				.871	.385
18.Geçen hafta sonu ne yaptığımı unuttum.		.537			.634
19.İlaçlarımı almayı unuttum.			.664		.504
20.Karar vermekte zorlandım.	.702				.630
Özdeğer	8.69	1.45	1.22	1.16	
Varyans (%)	23.24	15.15	15.04	9.18	

3.7.2. Test- Tekrar Test Güvenirliği

Test- tekrar test güvenirlđi için tüm katılımcılara bütün ölçekler 3 hafta ara ile tekrar uygulanmıştır. Bu iki uygulama arasındaki korelasyon nonparametrik Spearman's Rho korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Test- tekrar test güvenirlik katsayısı .90 olarak bulunmuştur ($p<0.01$).

3.8. ABBA' nın Geçerlik Analizleri

3.8.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

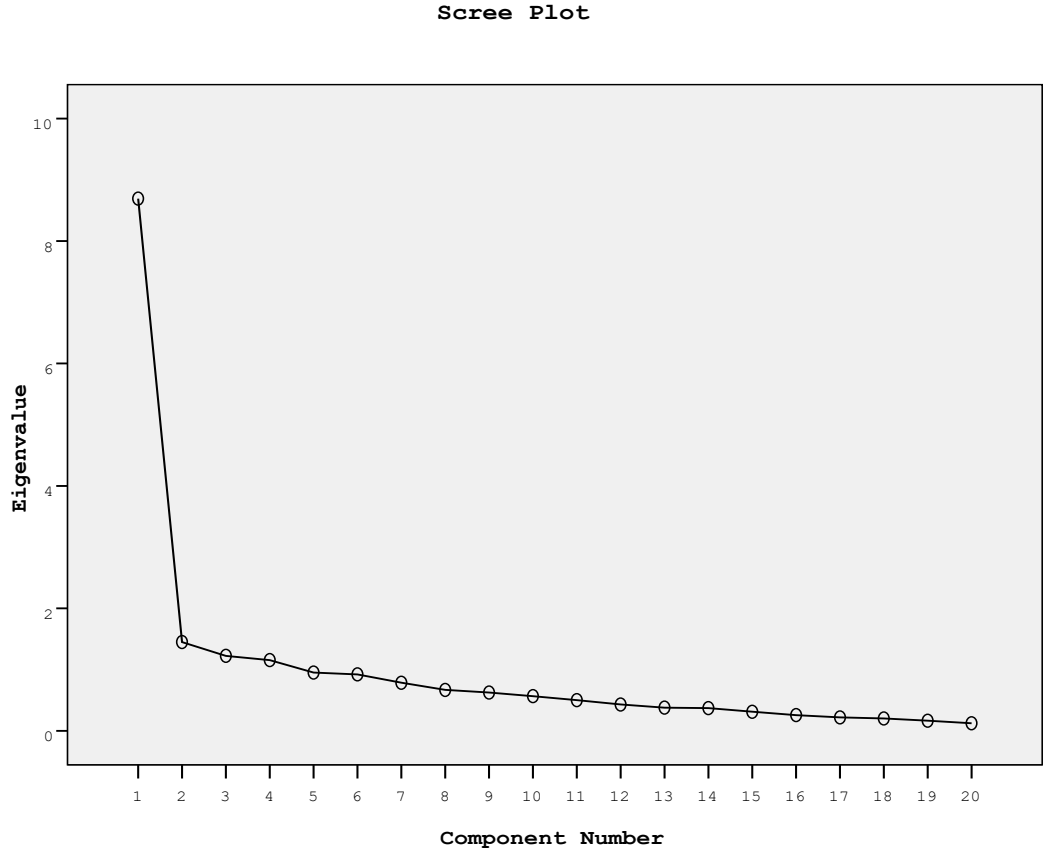
Verilerin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Kaiser-Maiser- Olkin (KMO) ve Bartlett' s Testi uygulanmıştır. KMO ve Bartlett' s Testi sonucunda verilerin faktör analizine uygun olduğu tespit edilmiştir (izelge 3.9). ABBA' nın faktör analizinde 4 faktör bulunmuştur. 1. Faktörün özdeğeri 8.69 bulunmuştur ve varyansın %23.24' n açıklamaktadır. 2. Faktörün özdeğeri 1.45 bulunmuştur ve varyansın %15.15' ini açıklamaktadır. 3. Faktörün özdeğeri 1.22' dir ve varyansın %15.04' n açıklamaktadır. 4. Faktörün özdeğeri ise 1.16 bulunmuştur ve varyansın %9.18' ini açıklamaktadır. Buna göre 20 maddelik ABBA, toplam varyansın %62.61' ini açıklamaktadır. Maddelerin faktör yükleri .38 ve .82 arasında olduğu değerlendirilmiştir ve izelge 3.8' de sunulmuştur.

Çizelge 3.9. Örneklemin uygunluğu.

Kaiser- Meyer- Olkin değeri.		.876
Bartlett Değeri	Ki- kare	963.28
	Sd	190
	p	.000

Faktörlerin adlandırılmasında orijinal çalışmanın adlandırılması ve içerdiği maddeler baz alınmıştır. Bu doğrultuda; birinci faktör planlama/ organizasyon, ikinci faktör retrospektif bellek, nc faktör prospektif bellek, dördüncü faktör ise

dikkat/ konsantrasyon şeklinde sıralanmıştır.



Şekil 3.1. Özdeğerlere ait çizgi grafiği.

Çizelge 3.10’ da da görülebileceği gibi orijinal ölçekteki 1. faktörün içerdiği maddeler ile Türkçe ölçektekiler aynıdır. Türkçe ölçekte ek olarak 5, 9 ve 13 numaralı maddeler de 1. faktör altında toplanmıştır. Orijinal ölçekteki faktör 2 ve 3’ te yer alan maddelerin Türkçe ölçekte de benzer şekilde toplandığı, ancak orijinal ölçekteki 4. faktör altında toplanan maddelerin neredeyse tamamının Türkçe ölçekteki çeşitli faktörlerin altında toplandığı izlenmiştir. Orijinal ölçekteki faktör sayısı ve içerdiği maddeler göz önünde bulundurulduğunda, ölçeğin Türkçe formu ile orijinal formunun aynı faktör yapısına sahip olduğu ileri sürülebilir.

Çizelge 3.10. Ölçeğin orijinal ve Türkçe formundaki maddelerin faktörlere göre dağılımı.

Faktör 1		Faktör 2		Faktör 3		Faktör 4	
Orijinal form	Türkçe form	Orijinal form	Türkçe form	Orijinal form	Türkçe form	Orijinal form	Türkçe form
4	4	2	2	3	1	1	11
8	5	6	3	7	7	5	17
12	8	10	6	11	14	9	
16	9	14	10	15	15	13	
20	12	18	18	19	19	17	
	13						
	16						
	20						

3.8.2. Ölçüt Bağıntılı Geçerlik Analizi

Bu çalışmada TMT, SDT, Şifre, Benzerlik, COWAT ve WLG ölçek puanları ölçüt bağıntılı geçerlik kriteri olarak kullanılmıştır. Aradaki ilişkiyi incelemek amacıyla Spearman's rho korelasyon analizi tekniği kullanılmıştır. ABBA ile TMT (A, B, B- A), DSD, TSD, Şifre, İBP ve K toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

ABBA ile SDTP, Hayvan, A, S ve KAS toplam puanları arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur (SDTP: $r = -.22$, $p < .05$, Hayvan: $r = -.37$, $p < .01$, A: $r = -.22$, $p < .05$, S: $r = -.25$, $p < .05$, KAS: $r = -.24$, $p < .05$).

Çizelge 3.11. Ölçüt bağıntılı geçerlik analizi.

Spearman's rho	ABBA	TMT-A	TMT-B	TMT B-A	DSD	TSD	SDTP	Şifre	İBP	Hayvan	K	A	S	KAS
ABBA	1													
TMT-A	.20	1												
TMT-B	.20	.83**	1											
TMT B-A	.15	.62**	.94**	1										
DSD	-.17	-.51**	-.51**	-.45**	1									
TSD	-.20	-.54**	-.55**	-.46**	.58**	1								
SDTP	-.22*	-.59**	-.61**	-.53**	.90**	.87**	1							
Şifre	-.15	-.74**	-.80**	-.70**	.41**	.59**	.57**	1						
İBP	-.16	-.49**	-.57**	-.51**	.48**	.63**	.63**	.61**	1					
Hayvan	-.37**	-.66**	-.69**	-.61**	.33**	.43**	.44**	.58**	.44**	1				
K	-.20	-.61**	-.73**	-.69**	.34**	.46**	.46**	.68**	.62**	.62**	1			
A	-.22*	-.64**	-.74**	-.68**	.45**	.54**	.58**	.67**	.58**	.62**	.75**	1		
S	-.25*	-.59**	-.69**	-.65**	.22*	.38**	.36**	.59**	.53**	.58**	.75**	.75**	1	
KAS	-.24*	-.67**	-.79**	-.74**	.35**	.50**	.50**	.72**	.64**	.67**	.92**	.90**	.91**	1

*p<.05;**p<.01

3.8.3. Ayırt Edici Geçerlik Analizi

ABBA' ya göre, hasta olan ve olmayan gruplar arasında fark olup olmadığı Mann- Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Sonuç olarak gruplar arasında ABBA toplam puanının birbirinden anlamlı olarak farklı olmadığı görülmüştür ($Z= 1.79$, $p>0.05$). Buna göre ABBA' nın bilişsel işlev bozukluğunu değerlendirmede iki grubu ayırt edemediği söylenebilir. ABBA toplam puan ve alt ölçeklerin Mann- Whitney U

testi analiz sonuçları çizelge 3.12’ de verilmiştir.

Çizelge 3.12. İki grubun ABBA ve alt ölçek Mann Whitney U Testi analiz sonuçları.

	Bipolar Bozukluk	Kontrol			
	SO	SO	U	Z	p
ABBA toplam	49.74	39.93	771.000	1.79	0.07
Faktör 1	50.03	39.62	757.500	1.90	0.06
Faktör 2	47.14	42.71	890.500	0.81	0.42
Faktör 3	47.58	42.24	870.500	1.02	0.31
Faktör 4	48.91	40.81	809.000	1.49	0.14

SO: Sıra Ortalaması

4. TARTIŞMA

4.1. Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmanın amacı, subjektif bir öz bildirim aracı olan ABBA' nın bilişsel işlevleri değerlendirmesinde kullanılmak üzere, bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır.

Güvenirliği kanıtlanmış objektif bilişsel değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı çalışmada, ABBA ile bipolar bozukluğu olan ötimik hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim durumları açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan katılımcıların yaşları 18 ile 55 yaş arasında değişmektedir. 55 yaş üstü kişiler, ilerleyen yaştan getirmiş olduğu bilişsel bozuklukların bilişsel değerlendirmeye olumsuz etkisi ihtimali ve artan yaş ile hastalık süresinin de uzama olasılığı göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil edilmemiştir.

Dikkat, yürütücü işlev ve sözel bellek hakkında elde edilen sonuçlar, bipolar bozukluğu olan ötimik hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre daha bozuk bilişsel işlevlere sahip olduğunu öne süren çalışmalarla (Clark ve ark., 2002; Glahn ve ark., 2004; Martinez- Aran ve ark., 2004; Quraishi ve Frangou, 2002; Robinson ve ark., 2006; Seidman ve ark., 2002; Şentürk Cankorur ve ark., 2007; Thompson ve ark., 2005 ve Van Gorp ve ark., 1998) uyumludur. Çalışmada Düz Sayı Dizisi alt testi haricinde diğer testlerde sağlıklı grup istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır.

4.2. Güvenirlik

Güvenirlik bir ölçme aracının en önemli özelliklerinden biridir. Güvenirlik katsayısı Cronbach Alpha korelasyon katsayısı olarak ifade edilmekte ve -1 ile +1 arasında değerler almaktadır. Bir ölçme aracının korelasyon katsayısı +1' e

yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilmekte ve .70 ve üzeri yeterli olduğu belirtilmektedir (Özgüven, 1999).

ABBA' nın güvenilirlik analizleri, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Tüm ölçek güvenilirlik katsayısı .90, Planlama/ Organizasyon alt ölçeği için .90, Retrospektif Bellek alt ölçeği için .80, Prospektif Bellek alt ölçeği için .82, Dikkat/ Konsantrasyon alt ölçeği için ise .69 bulunmuştur. Elde edilen bulgular ölçeğin orijinal çalışmasında elde edilen bulgularla uyumludur (Sullivan ve ark, 1990).

Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları .38 ile .82 arasında olduğu görülmüştür. 1.madde haricinde madde toplam puan korelasyonu .50' nin altında madde bulunmamaktadır. Bu noktada ABBA' nın madde toplam puan korelasyonları açısından yeterli düzeyde bir ölçek olduğu söylenebilir.

Orijinal çalışmada kullanılmayan bir güvenilirlik analizi olarak test- tekrar test güvenilirliği kullanılmıştır. ABBA' nın test- tekrar test güvenilirlik katsayısı .90 olarak bulunmuştur.

4.3. Geçerlik

Geçerlik; bir ölçeğin ölçülmek istenen özelliği ne düzeyde doğru ölçtüğünü göstermektedir. Geçerlik katsayısı, ölçülmek istenen davranışın ne denli doğru ölçüldüğünün göstergesidir (Öner, 1997). ABBA için yapılan geçerlik analizleri; Açıklayıcı faktör analizi, ölçüt bağıntılı geçerlik analizi ve ayırt edici geçerlik analizidir.

Açıklayıcı faktör analizi yapılarak ABBA' nın orijinalinde olduğu gibi 4 faktörü olduğu bulunmuştur. Elde edilen 4 faktör toplam varyansın %62.61' ini açıklamıştır. Faktörlerin içerdikleri maddeler incelendiğinde birinci faktörde 8 madde, dördüncü faktörde 2 madde olduğu bulunmuştur. Orijinal çalışmada ise her faktör 5

maddeden oluşmaktadır. Bu iki faktör incelendiğinde, özellikle orijinal çalışmada Dikkat/ Konsantrasyon alt ölçeğinde yer alan üç maddenin Türkçe formda Planlama/ Organizasyon alt ölçeğinde yer aldığı görülmektedir. Orijinal ölçekte yer alan diğer maddelerin Türkçe formda çoğunlukla aynı faktörler altında toplandığı görülmüştür.

Yapılan ölçüt bağıntılı geçerlik analizinde kullanılan objektif bilişsel değerlendirme ölçekleri TMT, SDT, Şifre, Benzerlik, COWAT ve WLG ölçekleridir. ABBA ile TMT (A, B, B-A), DSD, TSD, Şifre, İBP ve K alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ABBA ile SDTP, Hayvan, A, S ve KAS toplam puanları arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum ölçeğin geçerliğinin düşük olduğunu göstermektedir.

ABBA' nın ayırt etme geçerliğine bakmak amacıyla katılımcıların bipolar bozukluk tanısını almış ve almamış olması ölçüt olarak ele alınmış ve ABBA' nın her iki grubu ne derecede ayırt ettiğine bakılmıştır. Çalışmada bipolar bozukluk tanısı alanların daha yüksek ABBA toplam puanının olması beklenmekteydi. Ancak sonuçlara bakıldığında, her iki grubun ABBA toplam puanı ve alt ölçek puanlarının benzer düzeyde olduğu ve ABBA' nın her iki grubu anlamlı şekilde ayırt edemediği görülmektedir. ABBA' nın ayırt etme geçerliği sonucu istatistiksel olarak anlamlı olmasa da çizelge 3.12 incelendiğinde kontrol grubunun ABBA sonuçlarının daha düşük olduğu gözlenmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Subjektif bir öz bildirim aracı olan ABBA' nın Türkçeye uyarlanması, bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışma bulguları genel olarak incelendiğinde, ABBA' nın bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılabilecek düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olmadığı, bu nedenle de Türk örnekleminde kullanılmasının uygun olmayacağı düşünülmektedir.

ABBA' nın öntest ve sontest sonuçlarında önemli değişiklik olmadığı görülmüştür. Bu durum testin güvenilir olduğunun göstergesidir. Ancak yapılan geçerlik analizi sonuçları ABBA' nın geçerliğinin düşük olduğunu ve bilişsel işlevleri değerlendirmede hasta ve kontrol grubunu ayırt edemediğini göstermektedir. Strober ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da (2016), ABBA' nın objektif bilişsel testlerle ilişkisi bulunamamış olup depresyon, anksiyete, tükenmişlik ve öz yeterlilikle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Çalışmada kullanılan ölçekler çeşitli bilişsel alanı değerlendirmesi açısından kapsamlı ölçeklerdir. Ancak bilişsel değerlendirmeye genel zeka değerlendirmesi ile ilgili test dahil edilmemiştir. Katılımcıların zeka düzeylerinin objektif olarak ölçülememesi, subjektif bir ölçekte kendilerini değerlendirmelerinde sorun yaratmış olabileceği düşünülmektedir.

Bipolar bozukluğu olan ötimik hastaların depresyon ve mani düzeyleri çeşitli ölçeklerle ölçülmüştür. Ancak SCID- I ile depresyon hastalığının değerlendirilmesi yapılmasına karşın eşikaltı depresif belirtiler ve mani düzeyi sağlıklı kontrol grubunda değerlendirilmemiştir. Objektif ölçümler ile ABBA' nın sonuçlarının uyumlu olmamasının bir nedeni de bu olabilir.

Gruplardaki katılımcı sayısının kısıtlı olması çalışmada sınırlılık yaratmış olabilir. Bipolar bozukluk tanısı alan ötimik hasta grubu 46 ve sağlıklı kontrol grubu 43 olmak üzere toplamda 89 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır.

Bu çalışmadaki bir diğer kısıtlılığın, katılımcıların cinsiyetinin homojen dağılmaması olduğu düşünülmektedir. Her iki grupta da kadın sayısının erkek sayısından oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmanın cinsiyet açısından dengelenmesi planlansa da erkek katılımcılar eştanı, gönüllü olmak istememe gibi nedenlerle çalışmaya dahil edilememiştir.

Aynı zamanda test oturumunun uzun olması ve katılımcı ile ilgili etmenlerin de kısıtlılık yaratabileceği düşünülmektedir. İlk oturum yaklaşık bir buçuk saat, izlem oturumu ise yaklaşık bir saat sürmüştür. Katılımcıların gün içindeki yorgunluk düzeyi, motivasyon düzeyi, zorlandıklarında pes etmeleri, kaygılanmaları ya da heyecanlanmalarının anlamlı düzeyde korelasyon bulunamaması üzerine etkili olabileceği düşünülmektedir.

Objektif bilişsel değerlendirme testlerinin yanı sıra depresyon, anksiyete, tükenmişlik gibi çeşitli faktörleri de içeren testlerin birlikte kullanılmasının değerlendirme için daha uygun olabileceği düşünülmektedir.

ABBA' nın maddeleri incelendiğinde, iki grup arasında anlamlı düzeyde korelasyon gösteren 2. madde (daha önce karşılaşmış olsanız bile kişilerin/insanların isimlerini hatırlamakta zorlandınız?), 4. madde (Bir şeyleri düzenlemekte zorlandınız?) ve 8. maddenin (Gün içinde yapacaklarınızı planlarken güçlük çektiniz?) bilişsel işlev değerlendirilmesinin yapıldığı poliklinik muayenelerinde kullanılabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma aynı ilde bulunan, aynı hastanede tedavi görmekte olan ve aynı tanıya sahip kişilerden oluşmuştur. Sonraki çalışmalarda çeşitli illerde bulunan, farklı sosyoekonomik ve kültürel düzeylere sahip, farklı psikiyatrik tanı grupları da dahil

edilerek örneklem grubunun çeşitlendirilmesi ve katılımcı sayısının arttırılmasının çalışmayı olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Subjektif bir ölçüm aracı olan ABBA' nın geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasının psikiyatri alanyazınına katkıda bulunacağı ve sonraki klinik çalışmalar için fayda sağlayacağı düşünülmektedir.



ÖZET

Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketinin Türkçeye Uyarlanması, Bipolar Bozukluğu Olan Ötimik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasının Yapılması

Bu çalışma subjektif bir öz bildirim aracı olan Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi' nin (ABBA) Türkçeye uyarlanması, bipolar duygudurum bozukluğu tanısı ile takip edilen ötimik hastalarda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve psikiyatri polikliniğinde bipolar duygudurum bozukluğu tanısı ile takip edilen 46 ötimik hasta ve 43 sağlıklı kontrol gruplarından olmak üzere toplam 89 kişiden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri; DSM- IV Eksen- I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, İz Sürme Testi, ABBA, WAIS- R Şifre Testi, WAIS- R Sayı Dizisi Testi, WAIS- R Benzerlikler Testi, Kontrollü Kelime Çağrışım Testi, Kategori Akıcılık Testi ve araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu kullanılarak elde edilmiştir. İlk uygulamadan üç hafta sonra tüm ölçekler tekrar uygulanarak izlem uygulaması yapılmıştır. Araştırmanın verileri Cronbach Alpha katsayısı, Spearman' s Rho korelasyon tekniği, ki-kare, Mann Whitney U ve t- testleri uygulanarak analiz edilmiştir. Araştırmanın sonucunda ABBA ile kontrollü kelime çağrışım testi, sayı dizisi toplam puan ve hayvan akıcılığı alt testleri arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. ABBA ve diğer objektif bilişsel değerlendirme ölçekler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Son olarak, ABBA' nın güvenilir olduğu ancak geçerliğinin düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, alan yazınındaki bulgular çerçevesinde değerlendirilmiş ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi, Bilişsel Değerlendirme, Bipolar Bozukluk, Ötimik Dönem.

SUMMARY

Adaptation of the Perceived Deficits Questionnaire to Turkish, Validity and Reliability Study in Euthymic Patients with Bipolar Disorder

This study was conducted in order to adopt Perceived Deficits Questionnaire (PDQ) to Turkish, and to perform its validity and reliability study in euthymic patients who were followed-up with the diagnosis of bipolar mood disorder. Sample of the study included a total of 89 persons with 46 euthymic patients followed-up in Sakarya University Training and Research Hospital, Community Mental Health Center and psychiatry outpatient clinic, and 43 healthy individuals as the control group. Data of this study were collected through Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Young Mania Rating Scale, Hamilton Depression Scale, Trail Making Tests, PDQ, WISC-R Coding subtest, WAIS- R number sequencing subtest, WAIS- R similarities subtest, Controlled Word Association Test (COWAT), Category Fluency Test, and sociodemographic and clinic data form, which was prepared by the author. All scales were repeated three weeks after the first application for follow-up. Data of the study were analyzed using Cronbach Alpha coefficient, Spearman's Rho correlation technique, Chi-square, Mann Whitney U and t- tests. At the end of the study, PDQ showed a negative poor significant correlation with controlled word association test, number sequencing total score, and animal fluency subtests. No significant correlation was found between PDQ and other objective cognitive rating scales. Finally, it was determined that PDQ is reliable, but has a low validity. Findings from this study were evaluated in line with the findings from the literature and related recommendations were made for future studies.

Key Words: Bipolar Disorder, Cognitive Evaluation, Euthymic Period, Perceived Deficits Questionnaire.

KAYNAKLAR

- AKDEMİR A, ÖRSEL S, DAĞ İ, TÜRKÇAPAR H, İŞCAN N, ÖZBAY H (1996). Hamilton depresyon değerlendirme ölçeğinin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, **4**: 251-259.
- ALBUS M, HUBMANN W, WAHLHEIM C, SOBIZACK N, FRANZ V, MOHR F (1996). Contrasts in neuropsychological test profile between patients with first- episode schizophrenia and first-episode affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, **94**: 87-93.
- ALTSHULER LL (1993). Bipolar disorder: are repeated episodes associated with neuroanatomic and cognitive changes? *Biol Psychiatry*, **33**: 563-565.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *DSM- 5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 5. Baskı. KÖROĞLU E (çev). Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 135-182.
- ANDREASEN NC, BLACK DW (2006). Mood disorders. In: Introductory Textbook of Psychiatry. 3rd. Ed. American Psychiatric Publishing Inc Washington DC.
- ANGST J, GAMMA A, BENAZZI F, AJDACIC V, EICH D, RÖSSLER W (2003). Toward a re-definition of sub- threshold bipolarity: Epidemiology and proposed criteria for Bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, **73**: 133-146.
- ARTS B, JABBEN N, KRABBENDAM L, VAN OS J (2008). Meta-analyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives. *Psychological Medicine*, **38**: 771-786.
- ATAGÜN Mİ, BALABAN ÖD, ALTINBAŞ K, YEŞİLYURT S (2010). İki uçlu bozuklukta bilişsel işlev bozukluklarının klinik belirleyicileri ve bilişsel ara fenotipler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **23**: 265-274.
- BALTACIOĞLU M (2015). Sınır kişilik bozukluğu ek tanısı olan ve olmayan ötimik dönemdeki iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında bilişsel fonksiyonların karşılaştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.
- BARBOSA L, BERK M, VORSTER MA (2003). Double-blind, randomized, placebo controlled trial of augmentation with lamotrigine or placebo in patients concomitantly treated with fluoxetine for resistant major depressive episodes. *J Clin Psychiatry*, **64**: 403-407.
- BASSO MR, LOWERY N, NEEL J, PURDIE R, BORNSTEIN RA (2002). Neuropsychological impairment among manic, depressed, and mixed- episode inpatients with bipolar disorder. *Neuropsychology*, **16**: 84-91.

- BAUER M, PFENNIG A (2005). Epidemiology of bipolar disorder. *Epilepsia*, **46**: 8-13.
- BEARDEN CE, HOFFMAN KM, CANNON TD (2001). The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review. *Bipolar Disord*, **3**: 106-150.
- BENAZZI F (2007). Bipolar disorder—focus on bipolar II disorder and mixed depression. *The Lancet*, **369**: 935-945.
- BLAND RC (1997). Epidemiology of affective disorders: A review. *Can J Psychiatry*, **42**: 367-377.
- BORA E, VAHİP S, AKDENİZ F, GONUL AS, ERYAVUZ A, OGUT M, ALKAN M (2007). The effect of previous psychotic mood episodes on cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Bipolar Disord*, **9**: 468-477.
- BORA E, VAHİP S, AKDENİZ F (2008). Bipolar bozuklukta bilişsel belirtilerin doğası ve önemi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **19**: 81-93.
- BORA E, YÜCEL M, PANTELİS C (2009). Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: A meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J Affect Disord*, **113**: 1-20.
- BORA E, YÜCEL M, PANTELİS C, BERK M (2011). Meta analytic review of neurocognition in bipolar II disorder. *Acta Psychiatr Scand*, **123**: 165-74.
- BOURNE C, AYDEMİR Ö, BALANZÁ MARTÍNEZ V, BORA E, BRISSOS S, CAVANAGH JT, CLARK L, CUBUKCUOĞLU Z, DIAS VV, DITTMANN S, FERRIER IN, FLECK DE, FRANGO S, GALLAGHER P, JONES L, KIESEPPÄ T, MARTÍNEZ-ARAN A, MELLE I, MOORE PB, MUR M, PFENNIG A, RAUST A, SENTURK V, SIMONSEN C, SMITH DJ, BIODS, SOEIRO-DE-SOUZA MG, STODDART SD, SUNDET K, SZÖKE A, THOMPSON JM, TORRENT C, ZALLA T, CRADDOCK N, ANDREASSEN OA, LEBOYER M, VIETA E, BAUER M, WORHUNSKY PD, TZAGARAKIS C, ROGERS RD, GEDDES JR, GOODWIN GM (2013). Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, **128**: 149-162.
- BOWDEN CL, CALABRESE JR, SACHS G, YATHAM LN, ASQHAR SA, HOMPLAND M, MONTGOMERY P, EARL N, SMOOT TM, DEVEAUGH-GEISS J (2003). A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **60**: 392-400.
- CALABRESE JR, KECK JR PE, MACFADDEN W, MINKWITZ M, KETTER TA, WEISLER RH, CUTLER AJ, MCROY R, WILSON E, MULLEN J (2005). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *Am J Psychiatry*, **162**: 1351-1360.

- CANGÖZ B, KARAKOÇ E, SELEKLER K (2007). İz Sürme Testi'nin 50 yaş üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örneklemini için standardizasyon çalışması. *Turkish Journal of Geriatrics*, **10**: 73-82.
- CAVANAGH JT, VAN BECK M, MUIR W, BLACKWOOD DH (2002). Case-control study of neurocognitive function in euthymic patients with bipolar disorder: an association with mania. *Br J Psychiatry*, **180**: 320-326.
- CHRISTENSEN MV, KYVIK KO, KESSING LV (2006). Cognitive function in unaffected twins discordant for affective disorder. *Psychol Med*, **36**: 1119-1129.
- CLARK L, IVERSEN SD, GOODWIN GM (2002). Sustained attention deficit in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* **180**: 313-319.
- DALTON EJ, CATE-CARTER TD, MUNDO E, PARIKH SV, KENNEDY JL (2003). Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar Disorder*, **5**: 58-61.
- DEMİREL A, DEMİREL ÖF, KADAK MT, DURAN A (2012). Neurocognitive deficits in euthymic bipolar patients. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, **4**: 381-395.
- DITTMANN S, HENNING-FAST K, GERBER S, SEEMÜLLER F, RIEDEL M, EMANUEL SEVERUS W, LANGOSCH J, ENGEL RR, MÖLLER HJ, GRUNZE HC (2008) Cognitive functioning in euthymic bipolar I and bipolar II patients. *Bipolar Disorders*, **10**: 877-887.
- DONALDSON S, GOLDSTEIN LH, LANDAU S, RAYMONT V, FRANGOU S (2003). The Maudsley bipolar disorder project: the effect of medication, family history, and duration of illness on IQ and memory in bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, **64**: 86-93.
- ELGIE R, MORSELLI PL (2007). Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations a review. *Bipolar Disord*, **9**: 144-57.
- FERRIER IN, STANTON BR, KELLY TP, SCOTT J (1999). Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, **175**: 246-251.
- FIRST MB, SPITZER RL, GIBBON M, WILLIAMS JB (1996). Structed clinical interview for the DSM-IV axis I disorders.
- GEORGE D, MALLERY M (2010). SPSS for windows step by step: a simple guide and reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.

- GLAHN DC, BEARDEN CE, NIENDAM TA, ESCAMILLA MA (2004). The feasibility of neuropsychological endophenotypes in the search for genes associated with bipolar affective disorder. *Bipolar Disord*, **6**: 171-182.
- GLAHN DC, BEARDEN CE, CAKIR S, BARRET JA, NAJT P, SERAP MONKUL E, MAPLES N, VELLIGAN DI, SOARES JC (2006). Differential working memory impairment in bipolar disorder and schizophrenia: effects of lifetime history of psychosis. *Bipolar Disord*, **8**: 117-123.
- GOSWAMI U, SHARMA A, KHASTIGIR U (2006). Neuropsychological dysfunction, soft neurological signs and social disability in euthymic patients with bipolar disorder. *The Br J Psychiatry*, **188**: 366-373.
- HA TH, CHANG JS, OH SH, KIM JS, CHO HS, HA K (2014). Differential patterns of neuropsychological performance in the euthymic and depressive phases of bipolar disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **68**: 515-523.
- HAMILTON M (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*, **23**: 56-62.
- İLHAN RS, ŞENTÜRK CANKORUR V (2015). Bipolar tip II bozuklukta ötimik dönemde işlevselliğin klinik ve bilişsel yordayıcıları. *Türk Psikiyatri Dergisi*; **26**: 13-20.
- JOFFE RT, MACDONALD C, KUTCHER SP (1988). Lack of differential cognitive effects of lithium and carbamazepine in bipolar affective disorder. *J Clin Psychopharmacol*, **8**: 425-428.
- KARADAĞ F, ORAL ET, ARAN YALÇIN F, ERTEN E (2001). Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **13**: 107-114.
- KAY JH, ALTSHULER LL, VENTURA J, MINTZ J (2002). Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. *Bipolar Disorder*, **4**: 215-275.
- KESSING LV (1998). Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychol Med*, **28**: 1027-1038.
- KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S, WITTCHEN HU, KENDLER KS (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, **51**: 8-19.
- KILIÇ TEMUR Y, GÜLEÇ G, AKARSU Ö VE YENİLMEZ Ç (2016). İki uçlu duyudurum bozukluğu tanılı hastaların depresyon, eşikaltı depresyon ve iyilik dönemlerinin nöropsikolojik açıdan karşılaştırılması. *Osmangazi Tıp Dergisi*, **38**: 28-36.

- KIM JM, HONG JP, KIM SD, KANG HJ, LEE YS (2015). Erişim Adresi: <http://www.cpn.or.kr/journal/view.html?uid=408&vmd=Full&>. Erişim Tarihi: 05/01/2016.
- KRABBENDAM L, HONIG A, WIERSMA J, VUURMAN EF, HOFMAN PA, DERIX MM, NOLEN WA, JOLLES J (2000). Cognitive dysfunctions and white matter lesions in patients with bipolar disorder in remission. *Acta Psychiatr Scand*. **101**: 274-280.
- LEVY B, MANOVE E (2012). Functional outcome in bipolar disorder: the big picture. *Depress Res Treat*, 2012: 949248. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3180778/>. Erişim Tarihi: 06/01/2016.
- LEWINSHON PM, KLEIN DN, SEELEY JR (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **34**: 454-463.
- LEZAK MD (1983). *Neuropsychological assesment*. Second edition. New York: Oxford University Press.
- LEZAK MD (1988). Neuropsychological tests and assessment techniques. In: Handbook of neuropsychology, Ed.: Bolter F, Grafman J. Amsterdam: Elsevier Science Publishers. 47-68.
- LLOYD AJ, MOORE PW, COUSINS DA, THOMPSON JM, MCALLISTER VL, HUQHEES JH, FERRIER IN, YOUNG AH (2009). White matter lesions in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **120**: 481-491.
- LÓPEZ-JARAMILLO C, LOPERA-VÁSQUEZ J, OSPINA-DUQUE J, GALLO A, CORTEZ V, PALACIO C, TORRENT C MARTINEZ-ARÁN A, VIETA E (2010). Lithium treatment effects on the neuropsychological functioning of patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, **71**: 1055-1060.
- MACQUEEN GM, YOUNG LT, JOFFE RT (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*, **103**: 163-170.
- MALHI GS, LAGOPOULOS J, OWEN AM, IVANOVSKI B, SHINIER R, SACDEV P (2007). Reduced activation to implicit affect induction in euthymic bipolar patients: an fMRI study. *J Affect Disord*, **97**: 109-122.
- MARTINEZ-ARÁN A, VIETA E, COLOM F, REINARES M, BENABARRE A, GASTO C, SALAMERO M (2000). Cognitive dysfunctions in bipolar disorder: evidence of neuropsychological disturbances. *Psychother Psychosom*, **69**: 2-18.
- MARTINEZ-ARAN A, VIETA E, REINARES M, COLOM F, TORRENT C, SANCHEZ-MORENO J, BENABARRE A, GOIKOLEA JM, COMES M, SALAMERO M (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, **161**: 262-270.

- MCELROY SL, ALTSHULER LL, SUPPES T, KECK PE JR, FRYE MA, DENICOFF KD, NOLEN WA, KUPKA RW, LEVERICH GS, ROCHUSSEN JR, RUSH AJ, POST RM (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, **158**: 420-426.
- MCKAY AP, TARBUCK AF, SHAPLESKE J, MCKENNA PJ (1995). Neuropsychological function in manic-depressive psychosis. Evidence for persistent deficits in patients with chronic, severe illness. *Br J Psychiatry*, **167**: 51-57.
- MESULAM MM (1985). Mental state assessment of young and elderly adults in behavioral neurology. *Principles of Behavioral Neurology (CNS)*, Philadelphia. 71-123.
- MORICE R (1990). Cognitive inflexibility and pre-frontal dysfunction in schizophrenia and mania. *Br J Psychiatry*, **157**: 50-54.
- MUR M, PORTELLA MJ, MARTINEZ-ARÁN A, PIFARRÉ J, VIETA E (2008). Neuropsychological profile in bipolar disorder: a preliminary study of monotherapy lithium-treated euthymic bipolar patients evaluated at a 2-year interval. *Acta Psychiatr Scand*, **118**: 373-381.
- MURPHY FC, SAHAKIAN BJ (2001). Neuropsychology of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, **178**: 120-127.
- NEMEROFF CB (2000). An ever-increasing pharmacopoeia for the management of patients with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **61**: 19-25.
- ÖKTEM Ö (1994). Nöropsikolojik testler ve nöropsikolojik değerlendirme. *Türk Psikoloji Dergisi*, **9**: 33-44.
- ÖNER N (1997). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul.
- ÖNER N (1994). Güvenirliği ve/veya geçerliği sınanmış psikolojik testler. *Türk Psikoloji Dergisi*, **9**: 9-18.
- ÖZDENİZ E (2001). Bir grup sağ hemisfer ve dikkat testleri performansına yaş ve eğitim değişkenlerinin etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yayınlanmamış yüksek lisans tezi.
- ÖZGÜVEN İE (1999). Psikolojik Testler. PDREM Yayınları. Ankara.
- ÖZKÜRKÇÜĞİL A, AYDEMİR Ö, YILDIZ M (1999). DSM-IV eksen bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, **12**: 233-236.

- ÖZTÜRK MO, ULUŞAHİN A (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Basım, Ankara. 337-427.
- QURAIŞI S, FRANGO S (2002). Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord.* **72**: 209-226.
- PAISSON E, FIGUERAS C, JOHANSSON AGM, EKMAN CJ, HULTMAN B, ÖSTLIND J, LANDEN M (2013). Neurocognitive function in bipolar disorder: a comparison between bipolar I and II disorder and matched controls. *BMC Psychiatry*, Erişim Adresi: [<https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-165>] Erişim Tarihi: 06/01/2016.
- POST RM, ALTSHULER LL, LEVERICH GS, FRYE MA, NOLEN WA, KUPKA RW, SUPPES T, MCELROY S, KECK PE, DENICOFF KD, GRUNZE H, WALDEN J, KITCHEN CM, MINTZ J (2006). Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. *Br J Psychiatry*, **189**: 124-31.
- ROBINSON LJ, THOMPSON JM, GALLAGHER P, GOSWAMI U, YOUNG AH, FERRIER IN, MOORE PB (2006). A metaanalysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, **93**: 105-115.
- SAJATOVIC M, VALENSTEIN M, BLOW FC, GANOCZY D, IGNACIO RV (2006). Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar disord*, **8**: 232-241.
- SAVITZ J, SOLMS M, RAMESAR R (2005). Neuropsychological dysfunction in bipolar disorder: a critical opinion. *Bipolar disord*, **7**: 216-235.
- SCOTT J, POPE M (2002). Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry*, **63**: 384-390.
- SEIDMAN LJ, KREMEN WS, KOREN D, FARAONE SV, GOLDSTEIN JM, TSUANG MT (2002). A comparative profile analysis of neuropsychological functioning in patients with schizophrenia and bipolar psychoses. *Schizophr Res*, **53**: 31-44.
- SIMON GE, HUNKELER E, FIREMAN B, LEE JY, SAVARINO J (2007). Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord*, **9**: 526-530.
- SIMONSEN C, SUNDET K, VASKIN A, BIRKENAES AB, ENGH JA, HANSEN CF, JONSDOTTIR H, RINGEN PA, OPJORDSMOEN S, FRIIS S, ANDREASSEN OA (2008). Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction. *Bipolar Disorders*, **10**: 245-255.
- STROBER LB, BINDER A, NIKELSHPUR OM, CHIARAVALLLOTI N, DELUCA J (2016). The perceived deficits questionnaire (PDQ): perception, deficit, or distress? *Int J of MS Care*, **18**: 183-190.

- SHIN SY, KATZ P, JULIAN L (2013). Relation between perceived cognitive dysfunction and objective neuropsychological performance in persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, **65**: 481–486.
- SPREEN O, STRAUSS E (1998). A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary, 2. Edition. University Press, New York.
- SULLIVAN MJL, EDGLEY K, DEHOUX E (1990). A survey of multiple sclerosis Part 1: perceived cognitive problems and compensatory strategy use. *Can J Rehabil*, **4**: 99-105.
- ŞENTÜRK V, GÖKER C, BİLGİÇ A, ÖLMEZ Ş, TUĞCU H, ÖNCÜ B, ATBAŞOĞLU EC (2007). İmpaired verbal memory and otherwise spared cognition in remitted bipolar patients on monotherapy with lithium or valproate. *Bipolar Disord*, **9**: 136-144.
- ŞENTÜRK CANKORUR V, DEMİREL H, ATBAŞOĞLU C (2017a). Cognitive functioning in euthymic bipolar patients on monotherapy with novel antipsychotics or mood stabilizers. *Arch Neuropsychiatry*; **54**: 244-250.
- ŞENTÜRK CANKORUR V, DEMİREL H, YÜCEL D, ÇAKIR S, KESEBİR S, ATBAŞOĞLU C (2017b). Tek ilaçla remisyonundaki bipolar bozukluk hastalarında bilişsel işlevler: bir izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; **28**: 225-33.
- TAKASAKI H, CHIEN C, JOHNSTON V, TRELEAVEN J, JULL G (2012). Validity and reliability of the perceived deficit questionnaire to assess cognitive symptoms in people with chronic whiplash- associated disorder. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, **93**: 1774-1781.
- TAMAM L, OZPOYRAZ N (2002). Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology*, **35**: 203- 209.
- The National Multiple Sclerosis Society. (1997). Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory: A User's Manual (MSQLI). Erişim Adresi: <https://www.nationalmssociety.org/NationalMSSociety/media/MSNationalFiles/Brochures/MSQLI-A-User-s-Manual.pdf> Erişim tarihi: 27/12/2006.
- TOHEN M, HENNEN J, ZARATE CM JR, BALDESSARINI RJ, STRAKOWSKI SM, STOLL AL, FAEDDA GL, SUPPES T, GEBRE-MEDHIN P, COHEN BM (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*, **157**: 220-228.
- TORRENT C, MARTINEZ-ARAN A, DABAN C, AMANN B, BALANZA- MARTINEZ V, MAR BONNIN C, CRUZ N, FRANCO C, TABARES-SEISDEDOS R (2011). Effects of atypical antipsychotics on neurocognition in euthymic bipolar patients. *Compr Psychiatry*, **52**: 613-622.
- TORRES IJ, BOUDREAU VG, YATHAM LN (2007). Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, **434**: 17-26.

- TUMAÇ A (1997). Normal deneklerde frontal hasarlara duyarlı bazı testlerde performansa yaş ve eğitimin etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TÜRKEŞ N, CAN H, KURT M, ELMASTAŞ DİKEÇ B (2015). İz sürme testinin 20-49 yaş aralığında Türkiye için norm belirleme çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; **26**: 189-196.
- TÜYSÜZOĞLU H, ATEŞÇİ FÇ, ÖZDEL O, OĞUZHAN KALKAN N (2011).İki Uçlu Bozuklukta Silik Nörolojik Belirtiler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısının Etkisi. *Arch Neuropsychiatry*, **48**: 107-113.
- ÜNAL A, KULOĞLU M, ATMACA M, GEÇİCİ Ö, TEZCAN E (2007). Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. *Türkiye’de Psikiyatri (Psychiatry in Türkiye)*, **9**: 18-25.
- VAHİP S (2007). Duygudurum Dengeliyiciler: Lityum, Karbamazepin, Valproat ve Lamotrijin. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Ed.: Köroğlu E, Güleç C. 2’nci Baskı . Ankara: HYB Basım Yayın. 676-679.
- VAN GORP WG, ALTSHULER L, THEBERGE DC, WILKINS J, DIXON W (1998). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients with and without prior alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*, **55**: 41-46.
- VAN GORP WG, ALTSHULER L, THEBERGE DC, MINTZ J (1999). Declarative and procedural memory in bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, **46**: 525-531.
- VIETA E, COLOM F, MARTINEZ-ARAN A, BENABARRE A, REINARES M, GASTO C (2000). Bipolar II disorder and comorbidity. *Comp Psychiatry*, **41**: 339-343.
- WEINTRAUB S, MESULAM MM (1985). Mental state assesment of young and elderly adults in behavioral neurology. In: Principles of behavioral neurology, Ed.: M.M. Mesulam, Philadelphia: F.A. Davis Company. 71-123.
- WINGO AP, HARVEY PD, BALDESSARINI RJ (2009). Neuroognitive impairment in bipolar disorder patients: functional impications. *Bipolar Disorders*, **11**: 113-125.
- WINGO AP, WINGO TS, HARVEY PD, BALDESSARINI RJ (2009). Effects of lithium on cognitive performance: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, **70**: 1588-1597.
- YALÇIN K, KARAKAŞ S (2007). Wisconsin kart eşleme testi performansından gelişimin niceliksel ve niteliksek etkileri, *Turk J Child Adolesc Ment Health*, **14**: 24-32.
- YATHAM LN (2005). Atypical antipsychotics for bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am*, **28**: 325-347.

YAZICI O (2007). Bipolar-1 ve Bipolar-2 Bozuklukları. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı, Ed: Köroğlu E, Güleç C, ed. 2'nci Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 267-278.

YAZIHAN N, DORUK A, BALIKÇI A, ERDEM M (2015). İki uçlu bozukluk, manik ve iyileşme dönemlerindeki bilişsel işlevler: bir izlem çalışması. *Journal of Mood Disorders*, **5**: 62-68.

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, HENNEN J, REICH DB, SILK KR (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, **161**: 2108-2114.

ZUBIETA JK, HUGUELET P, O'NEIL RL, GIORDANI BJ (2001). Cognitive function in euthymic bipolar I disorder. *Psychiatry Res*, **102**: 9-20.



EKLER

Ek-1. Onam Formu

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Bu klinik araştırmanın amacı, "Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi" nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. Türkiye’de Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastaların bellek, dikkat veya konsantrasyon sorunlarını bir uzman yardımı olmaksızın kendisinin puanladığı bir ölçek bulunmamaktadır. Bu araştırmaya katılmanız araştırmanın başarısı için büyük bir önem arz etmektedir.

Bu amaçla çalışma sürecinde klinik görüşme, psikolojik testler ve ölçekler yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılan Bipolar Affektif Bozukluğu tanısı olan hastalara, hastalık ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilecektir. Aşağıdaki belirli yerleri onaylamanız durumunda bu araştırmaya katılacaksınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta çalışmaya katılmayı kabul edip daha sonra bu konuda fikir değiştirebilirsiniz. Bu durumda sizinle ilgili tıbbi bakımda hiçbir değişiklik olmayacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve sadece bilimsel amaçla, gerektiğinde etik kurul, araştırma sorumluları ve resmi makamlar tarafından tıbbi bilgilerinize ulaşılabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere araştırma verilerinin analizinden sonra ulaşabilirsiniz.

Araştırmanın Sorumluları

Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR

Psikolog ZERRİN ÇİMEN

Ek-1. Onam Formu (devam)

HASTA RIZA FORMU

Araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken bilgiler sözlü ve yazılı olarak detaylı bir şekilde aktarıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum ve bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli süre tanındı. Bu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini gönüllü olarak kendi rızamla kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı- Soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Gönüllü ile görüşen araştırmacının,

Adı- Soyadı: Zerrin ÇİMEN

Görevi: Psikolog

Adresi: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi

Tel: (0264) 373 62 27- 37

Faks: (0264) 373 62 44

Tarih:

İmza:

Ek-2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK VERİ FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih: / /

Telefon Numarası:

Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()

Yaşı:

Medeni Durumu: Bekar () Evli () Ayrı/Boşanmış () Dul ()

Eğitim Durumu: Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()

Lisans () Lisansüstü ()

Mesleki Durumu: Öğrenci () Çalışıyor () İşsiz () Emekli () Ev hanımı ()

Hastalık Başlangıç Yaşı:

Tedaviye Başlayana Kadar Geçen Süre:

Hastaneye Yatış Sayısı:

Hastaneye Yatış Süresi:

Hastaneye Son Yatış Tarihi:

İlk Epizod Türü: Depresif () Manik () Karma () Hipomanik ()

Epizod Sayısı: Depresyon..... Mani..... Karma..... Hipomani..... Toplam.....

Son Geçirdiği Epizod: Depresif () Manik () Karma () Hipomanik ()

Mevsimsellik: Var () Yok ()

Hızlı Döngülülük: Var () Yok ()

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: Var () Yok ()

Varsa kim:.....

Tanısı:

Alkol/ Madde Kullanımı: Var () Yok ()

Varsa ne:

Ne miktarda:

Sigara kullanımı: Var () Yok () Varsa miktarı: Günde.....

Ek-2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (devam)

Ek psikiyatrik tanı: Var () Yok () Varsa ne:

Kullandığı İlaçlar (Son bir aydır):

İntihar girişimi öyküsü: Var () Yok: ()

Varsa sayısı:

Yöntemi:

Young Mani Puanı:

Hamilton Depresyon Puanı:

WAIS-R Düz Sayı Dizisi Puanı:

WAIS-R Ters Sayı Dizisi Puanı:

WAIS-R Sayı Dizisi Toplam Puanı:

WAIS-R Şifre Puanı:

WAIS-R Benzerlikler Puanı:

İz Sürme Testi- Bölüm A:

İz Sürme Testi- Bölüm B:

Sözel Akıcılık Testi Puanı:

Ek- 3. Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi

AÇIKLAMALAR						
Bir noktada herkes bellek, dikkat, konsantrasyon ile ilgili sorunlar yaşar, ancak bu sorunlar MS gibi nörolojik hastalıkları olan kişilerde daha sık ortaya çıkabilir. Aşağıdaki sorular bir kişinin bellek, dikkat veya konsantrasyon sorunları ile karşılaşmaları çeşitli durumları belirtmektedir. Lütfen <u>son 4 hafta boyunca</u> zihinsel durumunuza göre uygun olan yanıtı seçiniz. <u>Her soruya cevap vermelisiniz.</u> Hangi cevabı seçeceğinizi emin olamadıysanız, lütfen sizi en iyi tanımlayanı seçiniz. Lütfen ölçek hakkında yorum yapmaktan ya da anketin sonunda açıklama bölümünde yanıtların değerlendirilmesinde yararlı olacağını düşündüğünüz herhangi bir bilgiyi eklemekten çekinmeyiniz.						
Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketi (ABBA)						
Lütfen Hasta Kimlik Numarasını belirtiniz:						
Son 4 hafta süresince, ne sıklıkta ...		Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Neredeyse her zaman
1	Konuşurken düşüncelerinizin dağıldığı oldu?	0	1	2	3	4
2	Daha önce karşılaşmış olsanız bile, kişilerin/insanların isimlerini hatırlamakta zorlandınız?	0	1	2	3	4
3	Odaya ne için girdiğinizi unuttunuz?	0	1	2	3	4
4	Bir şeyleri organize etmekte zorlandınız?	0	1	2	3	4
5	Birisiyle konuşurken, ne söylediğine konsantre olmakta zorlandınız?	0	1	2	3	4
6	Zaten yapmış olduğunuz bir şeyi unuttunuz?	0	1	2	3	4
7	Planladığınız randevu ve toplantıları kaçırdınız?	0	1	2	3	4
8	Gün içinde yapacaklarınızı planlarken güçlük çektiniz?	0	1	2	3	4
9	Televizyon programı izleme veya kitap okuma gibi şeylerde konsantrasyon güçlüğü yaşadınız?	0	1	2	3	4
10	Önceki gece ne yaptığınızı unuttunuz?	0	1	2	3	4
11	Kontrol etmeksizin hangi tarihte olduğunuzu unuttunuz?	0	1	2	3	4
12	Yapacak pek çok şey varken, yapmaya başlamakta zorlandınız?	0	1	2	3	4
13	Zihninizin karıştığını hissettiniz?	0	1	2	3	4
14	Bir telefon görüşmesinden sonra, ne hakkında konuştuğunuzu unuttunuz?	0	1	2	3	4
15	Ocağı kapatmak veya alarmı kurmak gibi şeyleri unuttunuz?	0	1	2	3	4
16	Zihninizin tamamen boşalmış gibi hissettiniz?	0	1	2	3	4
17	Telefon numaralarını birkaç saniye bile olsa, aklınızda tutmakta zorlandınız?	0	1	2	3	4
18	Geçen hafta sonu ne yaptığınızı unuttunuz?	0	1	2	3	4
19	İlaç almayı unuttunuz?	0	1	2	3	4
20	Karar vermekte zorlandınız?	0	1	2	3	4
ANKET YORUMLARI						
Bu anket ile ilgili bir sorunuz veya yorumunuz varsa, ya da yanıtların değerlendirilmesinde yardımcı olacak ek bilgi eklemek isterseniz, lütfen buraya ekleyiniz.						

Ek- 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

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

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerji 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

Ek- 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (devam)

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; uykulu 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. Sannılar; 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

Ek- 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (devam)

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. İçgöürüsü 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

HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME KILAVUZU¹

(Çeviren: Dr. T. Oral)

Bu görüşme kılavuzu Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği için yapılmıştır.

GÖRÜŞMECİ: Her madde için hazırlanmış ilk soru aynen yazıldığı gibi sorulmalıdır. Sıklıkla bu ilk soruyla her maddedeki semptomun sıklık ve ciddiyetinin derecelendirilmesi için güvenilir ve yeterli bilgi edinilebilir. Takip eden sorular semptomların daha fazla açığa çıkarılması ya da netleştirilmesi gerektiğinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Özgül sorular her maddeyi emin bir şekilde derecelendirmeye yetecek bilgi edinilene kadar sorulmalıdır. Bazı durumlarda gerekli bilgiyi elde edebilmek için kendi takip sorularınızı da ekleyebilirsiniz.

NOTLAR: Zaman dilimi. Görüşme soruları hastanın son bir hafta içindeki durumunu derecelendirmek gerektiğine işaret ediyorsa da, bazı araştırmacılar derecelendirmelerini son iki üç güne dayandırmak isteyebilirler. Böyle ise, sorulara "son bir kaç gün içinde" şeklinde başlanabilir.

Kilo kaybı maddesi. Bu maddenin hastanın şimdiki depresyona girmeden önceki bazal ağırlığına göre kilo kaybı olduğunda pozitif olarak değerlendirilmesi önerilir. Hasta kaybettiği kilolarını geri almaya başlamış olursa, madde pozitif olarak değerlendirilmemelidir. Bu, tekrar aldığı kilo ile birlikte hala bazal değerinin altında olsa bile, madde pozitif olarak derecelendirilmez.

"Genel" ya da "normal" şartların değerlendirilmesi. Görüşme sorularının birçoğu hastanın her zamanki ya da normal işlevlerine ilişkindir. Bazı vakalarda, örneğin; hastanın distimi veya mevsimsel duygulanım bozukluğu olduğunda, kendilerini en az bir kaç hafta boyunca iyi hissettikleri (depresif ya da yükselmiş değil) son zaman referans noktası olmalıdır.

¹ Bu metin aşağıda belirtilen ölçeğin Dr. T. Oral tarafından yapılmış çevirisidir
Williams-JB A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale Arch-Gen-Psychiatry. 1988 Aug; 45(8): 742-7

Ek- 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (devam)

GENEL GÖRÜNÜM: Size geçen hafta hakkında bazı sorular sormak istiyorum. Geçen (gün/hafta)'dan beri kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

EĞER HASTA HASTANEDE YATMIYOR İSE: Çalışıyor musunuz?

YANIT HAYIR İSE: Neden hayır?

Geçen hafta boyunca duygusal açıdan durumunuz nasıldı? - Kendinizi sıkıntılı ve depresyonda hissettiniz mi? - Üzgün? Ümitsiz? - Geçen hafta içinde kendinizi ne kadar sıklıkta her zamanki gibi hissettiniz? Her gün? Bütün gün? - Hiç ağladığınız oluyor mu?	1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ (Üzüntü, ümitsizlik, çaresizlik, kendini değersiz hissetme): - Yok. - Sadece sorulduğunda belirtiliyor. - Kendiliğinden sözel olarak ifade ediliyor. - Davranışlarla ifade ediliyor. Örneğin; yüz ifadesi, duruş, ses, ağlama eğilimi. - HER HALİYLE; kendiliğinden, söz ve davranışlardan anlaşılıyor.
--	---

1 - 4 ARASINDA PUANLANMIŞ İSE, SORUN: Ne zamandan beri duygularınız böyle?

Geçen hafta süresince zamanınızı nasıl geçirdiniz (İşte olmadığınız zamanlar)? - Hayatınızda normal olarak yaptığınız şeyleri yapmaya ilgi duyuyor musunuz, yoksa bunları yapmak için kendinizi zorladığınızı hissediyor musunuz? - Daha önce yapmakta olduğunuz herhangi bir şeyi yapmayı bıraktınız mı? EVET İSE: Neden? - Yapmayı istediğiniz ya da beklediğiniz bir şey var mı? TAKİP SIRASINDA: İlginiz normale döndü mü?	2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER - Zorluk yok. - Yetersizlik duygu ve düşünceleri, yorgunluk ya da iş ve zevklere bağlı olarak etkinliklerde güçsüzlük. - Etkinlik, zevkler ya da işe karşı ilgi kaybı - hastanın doğrudan söylemesi ya da dolaylı olarak düzensizlik, kararsızlık ve kendini iş veya etkinliklere zorlama duygusu ile ifade edilmesi. - Etkinliklere harcanan zamanda belirgin azalma ve üreticiliğin düşmesi. Hastanın hastanede bölümde yapılması gereken günlük işler dışında hastane görevi ya da zevkler için günde üç saatten az zaman ayırması. - Şimdiki hastalığı nedeniyle çalışmayı durdurması. Hastanede bölümde yapılması gereken işler dışında hiçbir etkinlikte bulunmaması ya da yardım edilmeksizin bölüm işlerini yapmakta başarısız olması.
--	---

Sekse karşı olan ilginiz geçen hafta içinde nasıldı? (Başarınızı sormuyorum, sekse karşı olan ilginizi soruyorum. Seksi ne kadar düşünürsünüz?) - Depresyona girmeden önceki durumunuzdan beri sekse karşı olan ilginizde herhangi bir değişim oldu mu? - Seks üzerinde fazla düşündüğünüz bir şey mi? HAYIR İSE: Bu sizin alışmadığınız bir durum mu?	3. GENİTAL SEMPTOMLAR (libido kaybı, menstrual bozukluklar gibi) - Yok - Hafif - Şiddetli
--	---

Ek- 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (devam)

İştahınız Geçen hafta içinde nasıldı?

- (Her zamanki iştahınız ile karşılaştırıldığında nasıl?)
- Yemek yemek için kendinizi zorlamak durumunda kaldınız mı?
- Başka kimseler sizi yemeye zorlamak durumunda kaldılar mı?

4. SOMATİK SEMPTOMLAR – GASTROİNTESTİNAL

1. Hiç biri yok.
2. İştah kaybıyla birlikte başkalarının ısrarı olmaksızın yeme.
3. Zorlanmadan yemek yemede güçlük.

Bu depresyon başladığından beri hiç kilo kaybettiniz mi?

- **EVET İSE:** Ne kadar?
- **EMİN DEĞİLSE :** Elbiselerinizin üzerinizde daha bol durduğunu hiç düşündünüz mü?
- **TAKİP SIRASINDA :** Kaybettiğiniz kilolardan hiç geri aldığınız oldu mu?

5. KİLO KAYBI

(A ya da B'yi derecelendirin)

A - Özgeçmişini değerlendirirken:

1. Kilo kaybı yok
2. Şimdiki rahatsızlık ile ilgili olası kilo kaybı
3. Kesin kilo kaybı (hastaya göre)
4. Ölçülmedi

B - Gerçek kilo değişimi bölüm çalışanları tarafından haftalık olarak değerlendirildiğinde:

1. Haftada 500 gramdan az kilo kaybı
2. Haftada 500 gramdan çok kilo kaybı
3. Haftada 1 kg.'dan çok kilo kaybı
4. Ölçülmedi

Geçen haftadan beri uykunuz nasıl?

- Geçenin başlangıcında uykuya dalmakta güçlük çektiğiniz oldu mu? (Yatağa girdikten hemen sonra uykuya dalmanız ne kadar zamanınızı alıyor?)
- Bu hafta içinde kaç gece uykuya dalmakta güçlük çektiniz?

6. UYKUSUZLUK (Başlangıç)

1. Uykuya dalmakta güçlük çekmez
2. Sıklıkla uykuya dalma güçlüğü yakınmaları - yani '': saatten fazla
3. Her gece uykuya dalma güçlüğü yakınmaları

Geçen hafta süresince, Geçenin ortasında uyandığınız oldu mu? EVET İSE :

- Yataktan kalkar mısınız? Kalkarsanız ne yaparsınız? (Sadece tualete mi gidersiniz?)
- Yatağa geri döndüğünüzde hemen uykuya dalabiliyor musunuz?
- Bazı geceler uykunuzun huzursuz ve rahatsız olduğunu hissediyor musunuz?

7. UYKUSUZLUK (Orta)

1. Zorluk yok
2. Gece süresince huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınmalar
3. Gece boyunca uyanma (tuvalet haricinde yataktan kalkma)

Geçtiğimiz hafta içinde sabah uyandığınız son saat nedir?

- **EĞER ERKEN İSE:** Bu bir çalar saat ile mi oldu yoksa kendiniz mi uyandınız? Depresyondan önce genellikle uyanış saatiniz neydi?

8. UYKUSUZLUK (Geç)

1. Zorluk yok
2. Sabahın erken saatlerinde uyanır fakat uykuya tekrar dönebilir
3. Yataktan kalkarsa tekrar uykuya dalmakta başarılı olamaz

Ek- 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (devam)

Geçtiğimiz hafta içinde enerjiniz nasıldı?

- Kendinizi sürekli yorgun hissettiğiniz oldu mu?
- Bu hafta içinde hiç sırt ağrısı, baş ağrısı ya da kas ağrısı çektiniz mi?
- Bu hafta kaslarınızda, başınızda ya da sırtınızda bir ağırlık hissettiniz mi?

9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)

1. Hiç biri yok
2. Kaslarda, basta ya da sırtta ağırlık. Baş, sırt ve kas ağrıları. Enerji kaybı
3. Herhangi kesin bir belirti

Geçen hafta içinde kendinizi özellikle eleştirdiğiniz oldu mu, bazı şeyleri yanlış yaptığınızı veya başkalarını üzdüğünüzü hissettiniz mi? EVET İSE:

- Düşünceleriniz nelerdi?
- Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey hakkında suçluluk duygusuna kapıldığınız oldu mu?
- Bu depresyona herhangi bir şekilde kendi kendinize sebep olduğunuzu düşündünüz mü?
- Hasta olmakla cezalandırıldığınızı hissediyor musunuz?

10. SUÇLULUK DUYGULARI

1. Yok.
2. Kendini suçlama, başka insanları üzdüğü düşüncesi.
3. Geçmişteki hatalar ya da günahlar üzerinde sürekli düşünme veya suçluluk duyguları.
4. Hastalığın bir ceza olduğu düşüncesi. Suçluluk hezeyanları.
5. Suçlayıcı veya yerici sesler işitme ve/veya görsel varsanılar.

Geçen hafta "hayat yaşamaya değmez" ya da "ölsem de kurtulsam" diye düşündüğünüz oldu mu?

- Kendinize zarar vermeyi ya da yaşamınızı sonlandırmayı düşündünüz mü?
- EVET İSE:** Ne hakkında düşündünüz? Kendinize gerçekten zarar verecek bir şey yaptınız mı?

11. İNTİHAR

1. Yok.
2. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünmesi.
3. Olmuş olmayı istemesi ya da kendisi için olası bir olumu düşünmesi.
4. Suisidal düşünce ve davranışlar.
5. İntihar girişimi

Geçen hafta içinde kendinizi özellikle gergin ve huzursuz hissettiniz mi?

- Küçük, önemsiz şeyler; sıradan bir zamanda üzülmeyeceğiniz şeyler hakkında çok üzüldüğünüz oldu mu?
- EVET İSE:** Örneğin nasıl?

12. PSİŞİK KAYGI

1. Güçlük çekmez
2. Nedensiz gerginlik ve aşırı sinirlilik
3. Çok küçük şeylere üzülmeye
4. Konuşmada veya yüzde belirgin endişeli tutum
5. Sorulmadan korkularını açıklama

Geçen hafta içinde sizde az sonra söyleyeceğim fiziksel şikayetlerden biri oldu mu?

- LİSTEYİ OKUYUN: CEVAP İÇİN HER BİRİNDEN SONRA 6 SANİYE ARA VERİNİZ.
- Bu belirtilerden sizi geçen hafta rahatsız etmiş olanın şiddeti neydi?
- (Ne kadar sürdüler ve hangi sıklıkta duydunuz?)
- NOT: BU BELİRTİLER AÇIKÇA BİR İLACIN YAN ETKİSİ İSE MADDEYİ DERECELENDİRMEYİN. (ÖRNEĞİN; AĞIZ KURULUĞU VE İMIPRAMİN)

13. SOMATİK KAYGI (Kaygının fizyolojik belirtileri)

GI - Ağız kuruluğu, gaz, hazımsızlık, ishal, kramplar, geğirme,
CV - Kalp çarpıntısı, baş ağrısı,
Solunum - Hiperventilasyon, iç çekme, Sık sık tualete gitme, Terleme):

1. Yok
2. Hafif
3. Orta
4. Şiddetli
5. Hareketleri engelleyici derecede

Ek- 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (devam)

Geçen hafta içinde düşüncelerinizi vücudunuzun çalışması ve fiziksel sağlığınız üzerine ne kadar yoğunlaştırdınız? • (Normal düşüncünüzle karşılaştırıldığında) • Çok fazla fiziksel şikayetiniz olur mu? • Aslında kendi kendinize yapabileceğiniz bir şey için yardım istediğinizi fark ettiniz mi? EVET İSE: Ne gibi örneğin? Bu ne kadar sıklıkta oldu?	14. HIPOKONDRI 1. Mevcut değil 2. Bedenine yönelme 3. Sağlıkla ilgili olarak çok düşünme 4. Sık şikayetler, yardım isteme vs. 5. Hipokondrik sanrılar
GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	15. İÇGÖRÜ 1. Depresyonda ve hasta olduğunu ya da şu anda depresyonda olmadığını kabul ediyor. 2. Hastalığı kabullenmekle birlikte nedenlerini kötü yemeklere, iklime, çok çalışmaya, virüse, dinlenmeye olan gereksinime vs. ye atfediyor. 3. Hasta olduğunu kesinlikle inkar ediyor.
GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	16. YAVAŞLAMA (Düşünce ve konuşmanın yavaşlaması; konsantrasyon olma yeteneğinde bozulma; motor aktivitenin azalması): 1. Normal düşünme ve konuşma 2. Görüşmede hafif yavaşlama 3. Görüşmede açıkça yavaşlama 4. Görüşmenin zorlukla yapılması 5. Tam stupor
GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	17. AJİTASYON 1. Yok 2. Yerinde duramama 3. El, saç vb. şeylerle oynama 4. Yerinde duramayacak kadar hareketlilik 5. Elleri ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak ısırma.
TOPLAM 17 MADDE HAMILTON DEPRESYON SKORU:	

Ek- 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (devam)

Geçen hafta,günün belirli herhangi bir zamanında -sabah ya da akşam- kendinizi daha iyi ya da daha kötü hissettiğiniz oldu mu?

- **EĞER DEĞİŞİKLİK VARSA:** Kendinizi ne kadar "daha kötü" hissediyorsunuz?
- **(SABAH YA DA AKŞAM)?**
- **EĞER EMİN DEĞİLSE:** Bir parça mı kötü, yoksa çok daha mı kötü?

18. GÜN İÇİ DEĞİŞİM

A. Belirtiler sabah ya da akşam daha kötü olduğunda not edin. Gün içi değişim yoksa hiç birini işaretlemeyin.

1. Değişim yok ya da şu anda depresyonda değil
2. Sabahları daha kötü
3. Akşamları daha kötü

B. Mevcut bulunduğunda, değişimin şiddetini işaretleyiniz.

1. Yok
2. Hafif
3. Şiddetli

Geçen hafta içinde birden her şeyin gerçek olmadığı, bir rüya içinde olduğunuz ve diğer insanlardan tuhaf bir şekilde farklı olduğunuz duygusuna kapıldınız mı?

Boşlukta olma duygunuz oldu mu?

EVET İSE: Ne kadar kötüydü? Bu hafta ne sıklıkta oldu?

19. DEPERSONALİZASYON VE DEREALİZASYON

(Gerçek olmayan duygular ve nihilistik düşünceler):

1. Yok
2. Hafif
3. Orta
4. Şiddetli
5. Engelleyici biçimde

Geçen hafta birinin size zor anlar yaşatmaya ya da zarar vermeye çalıştığını hissettiniz mi?

- **HAYIR İSE:** Hiç arkanızdan konuşulduğu izlenimine kapıldınız mı?
- **EVET İSE:** Bana bundan söz eder misiniz?

20. PARANOİD BELİRTİLER

1. Hiç biri
2. Şüpheli
3. Referans fikirler
4. Kötülük görme ya da referans hezeyanları

Geçen hafta tekrar tekrar yapmak zorunda kaldığınız bazı şeyler oldu mu, kapının kilidini defalarca kontrol etmek gibi?

EVET İSE: Bir örnek verebilir misiniz?

- Size hiç anlam ifade etmeyen ama zihninizden atamadığınız düşünceleriniz var mı?

EVET İSE: Bir örnek verebilir misiniz?

21. OBSESSİF KOMPULSİF BELİRTİLER

1. Yok
2. Hafif
3. Şiddetli

**TOPLAM 21 MADDE HAMILTON
DEPRESYON SKORU**

.....

Ek- 6. İz Sürme Testi- A Formu

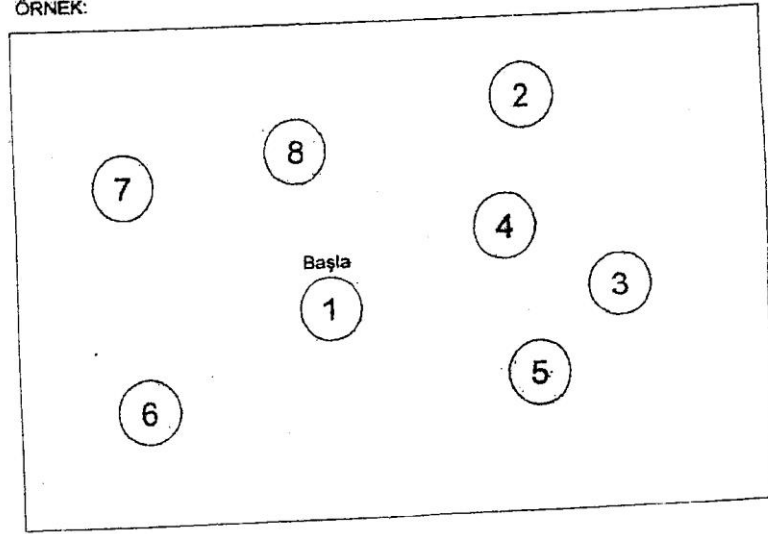
Bitirme
Süresi:

Adı, Soyadı:

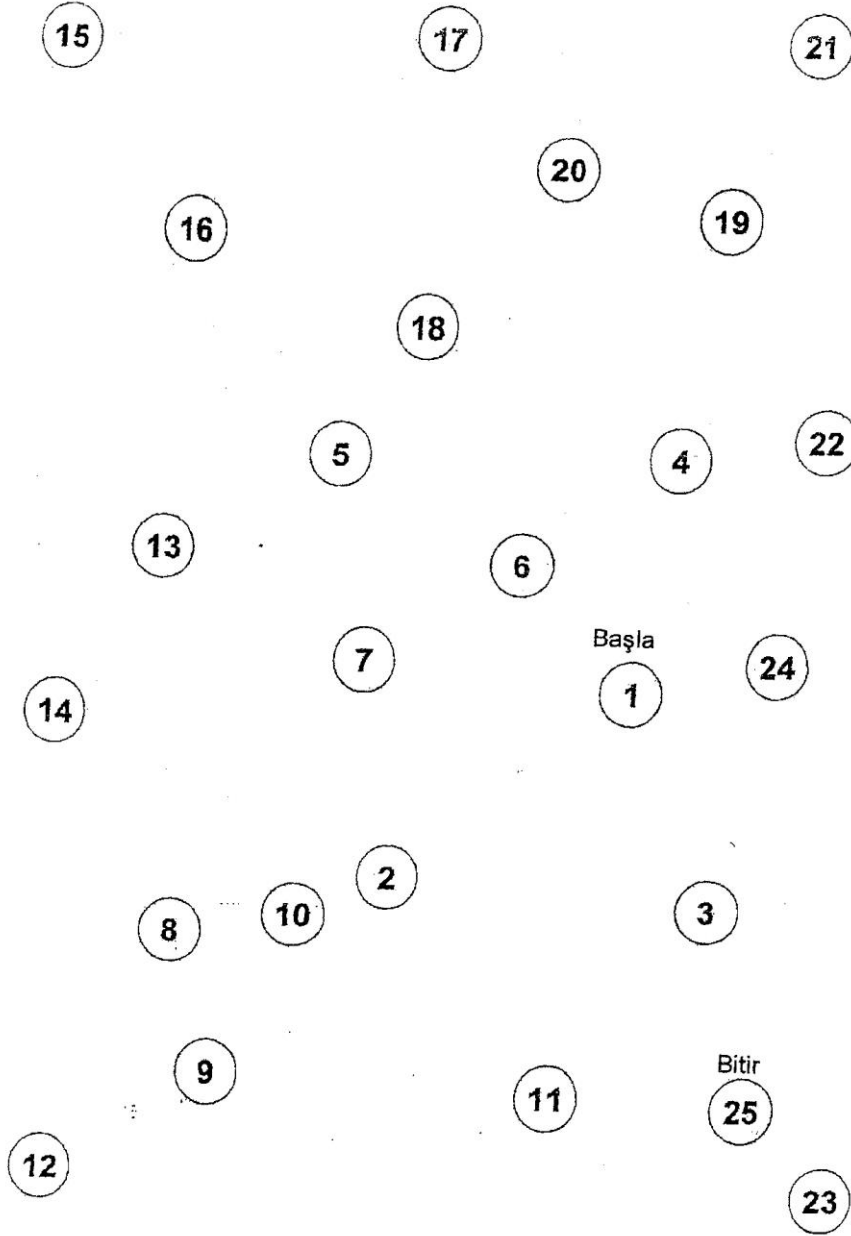
Tarih:

[İZ SÜRME TESTİ] - Bölüm A

ÖRNEK:



Ek- 6. İz Sürme Testi- A Formu (devam)



EK- 7. İz Sürme Testi- B Formu

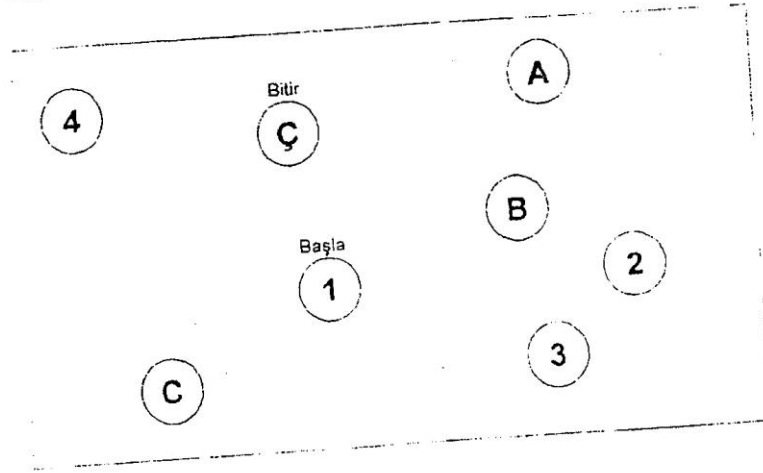
Başlangıç
Süre:

Adı, Soyadı:

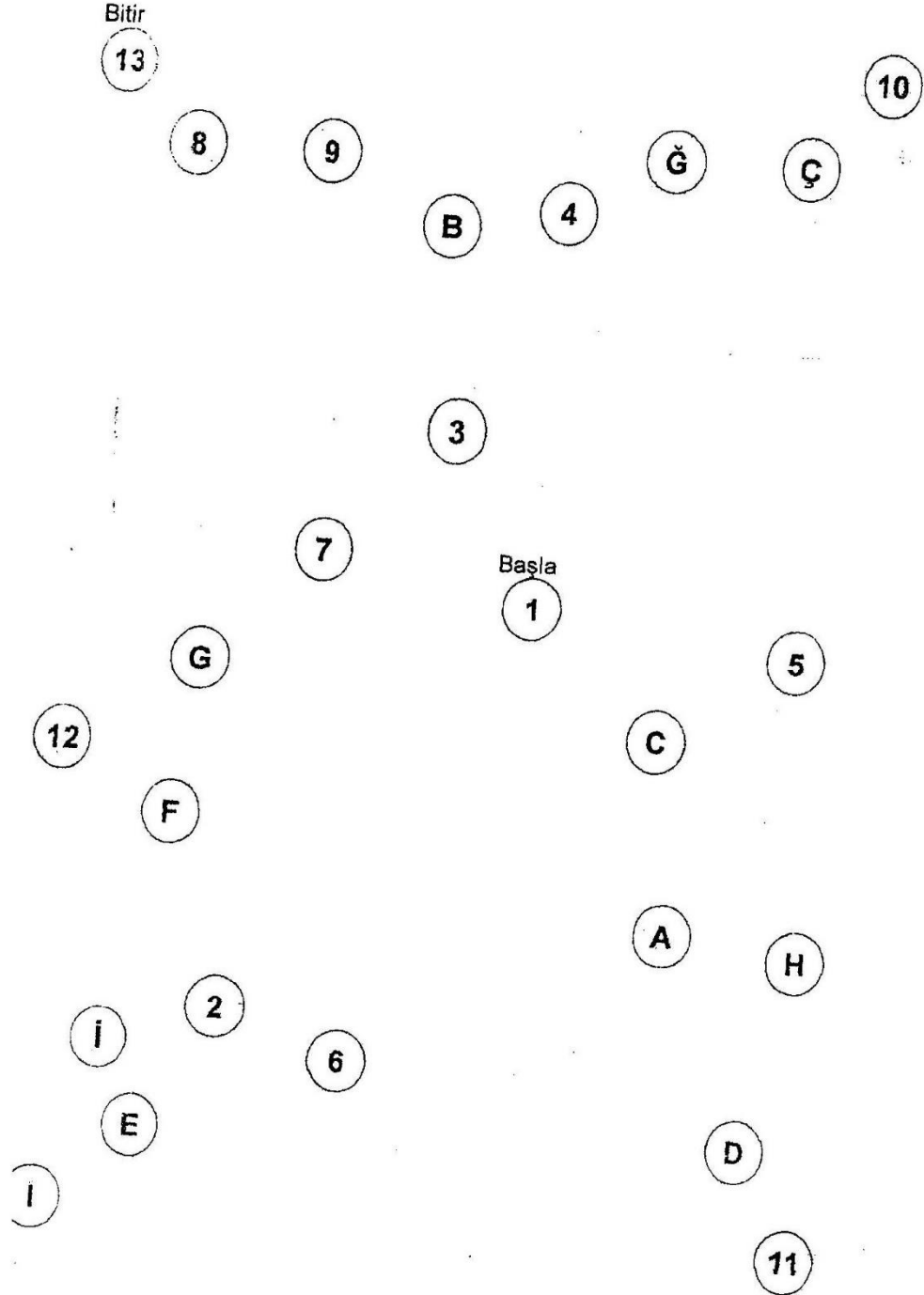
Tarih:

İZ SÜRME TESTİ - Bölüm B

ÖRNEK



EK- 7. İz Sürme Testi- B Formu (devam)



Ek- 8. WAIS- R Sayı Dizisi Alt Testi

Test kesimi: Her iki denemede de başarısızlıktan sonra

3. SAYI DİZİSİ					
DÜZ SAYI DİZİSİ		PUAN 2.1.0	TERS SAYI DİZİSİ		PUAN 2.1.0
1	5.8.2 6.9.4		1	2.4 5.8	
2	6.4.3.9 7.2.8.6		2	6.2.9 4.1.5	
3	4.2.7.3.1 7.5.8.3.6		3	3.2.7.9 4.9.6.6	
4	6.1.9.4.7.3 3.9.2.4.8.7		4	1.5.2.8.6 6.1.8.4.3	
5	5.9.1.7.4.2.8 4.1.7.9.3.8.6		5	5.3.9.4.1.8 7.2.4.8.5.6	
6	5.8.1.9.2.6.4.7 3.8.2.9.5.1.7.4		6	8.1.2.9.3.6.5 4.7.3.9.1.2.8	
7	2.7.5.8.6.2.5.8.4 7.1.3.9.4.2.5.6.8		7	9.4.3.7.6.2.5.8 7.2.8.1.9.6.5.3	
TOPLAM			TOPLAM		

D _____ +T _____ = _____

Ek- 9. WAIS- R Şifre Dizisi Alt Testi

10. ŞİFRE	1 —	2 ⊥	3 ⊐	4 L	5 □	6 ○	7 ^	8 X	9 =	PUAN	
-----------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	------	--

SAMPLES

2	1	3	7	2	4	8	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	5	6	3	1	4
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6

Ek- 10. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/02/2016-E.2706



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/ **26**
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Psikolog Zerrin ÇİMEN
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Toplum Ruh Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 15.01.2016 tarihli 11 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Algılanan Bilişsel Bozukluk Anketinin Türkçeye uyarlanması, bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda geçerlik ve güvenilirlik çalışması**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
25.1.2016

Zeynep ÇEBİ
Etik Kurulu Sekr.

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE8R35K8J>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Zerrin

Soyadı: Çimen Kıyılıoğlu

Doğum yeri ve tarihi: Akkuş 27/05/1990

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
Merkez/ Bolu 0374 275 34 40

II- Eğitimi

2014- devam etmekteyim Ankara Üniversitesi Adli Psikoloji Tezli Yüksek Lisans
ANKARA

2008- 2012 Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümü İZMİR

2004- 2008 Ünye Anadolu Lisesi ORDU

1997- 2004 Şehit Cemal Mutlu İlkokulu ORDU

1996- 1997 Ali Paşa İlkokulu TEKİRDAĞ

Yabancı dili: İngilizce

III- Ünvanları

Psikolog (2012)

IV- Mesleki Deneyimi

Kumru Hoşgörü Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi 11/09/2012- 10/12/2012

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 08/01/2013- 08/11/2016

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma
Hastanesi 09/11/2016- devam etmekteyim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikologlar Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları:

ÇİMEN Z, ÜNLÜ AKYOLLU İİ (2015). Fiziksel egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının yaşam niteliğinin incelenmesi. Disiplinlerarası I. Uluslararası Spor, Eğitim ve Sağlık Kongresi.

ÇİMEN KIYLIOĞLU Z, ŞENTÜRK CANKORUR Ş (2017). Ötimik bipolar bozukluk hastalarında bilişsel işlev bozukluğu. 53. Ulusal Psikiyatri Kongresi.

YAZICI E, ÇİMEN Z, ÜNLÜ AKYOLLU İİ, YAZICI AB, TÜRKMEN B, EROL A (2017). Depressive temperament in relatives of patients with schizophrenia is associated with suicidality in patients with schizophrenia. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. Published online: 11/08/2017.