

**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**“HİPOMANİK TUTUMLAR VE POZİTİF YORDAMALAR  
ÖLÇEĞİ” KISA FORMUNUN TÜRKÇE’YE UYARLAMA,  
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**Zeynep MAÇKALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DANIŞMAN**  
Yrd. Doç. Dr. Ahmet TOSUN

**İSTANBUL, Ocak 2012**

**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**“HİPOMANİK TUTUMLAR VE POZİTİF YORDAMALAR  
ÖLÇEĞİ” KISA FORMUNUN TÜRKÇE’YE UYARLAMA,  
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**Zeynep MAÇKALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :**

**Tezin Savunulduğu Tarih :**

**Tez Danışmanı :** Yrd. Doç. Dr. Ahmet TOSUN \_\_\_\_\_

**Diğer Jüri Üyeleri :** Prof. Dr. Perin YOLAÇ \_\_\_\_\_

**Diğer Jüri Üyeleri :** Yrd. Doç. Dr. C. Ekin Eremsoy \_\_\_\_\_



**İSTANBUL, Ocak 2012**

# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

|   |      |
|---|------|
| İÇİNDEKİLER.....  | i    |
| ÖZET.....   | iv   |
| SUMMARY.....  | vi   |
| KISALTMALAR.....  | viii |
| ŞEKİL LİSTESİ.....  | ix   |
| TABLO LİSTESİ.....  | x    |
| BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....   | 1    |
| BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....  | 3    |
| 2.1. BİPOLAR BOZUKLUK.....  | 3    |
| 2.1. 1. Bipolar Bozuklukların Sınıflandırılması ve Klinik Özellikle.... | 3    |
| 2.1.1.1. Manik Epizod   |      |
| 2.1.1.2. Hipomanik Epizod   |      |
| 2.1.1.3. Majör Depresif Epizod  |      |
| 2.1.1.4. Karma Epizod   |      |
| 2.1.2. Bipolar Bozukluk Alt Tipleri.....                                | 5    |
| 2.1.2.1. Bipolar I Bozukluğu  |      |
| 2.1.2.2. Bipolar II Bozukluğu   |      |
| 2.1.3. Epidemiyoloji.....   | 6    |
| 2.1.4. Bipolar Bozuklukta Remisyon Dönemi.....                          | 6    |
| 2.1.4.1. Eştanı.....  | 7    |
| 2.1.4.2. Prodromal (Öncül) Belirtiler.....                              | 11   |
| 2.1.5. Bipolar Bozukluğu Açıklayan Psikolojik Modeller.....             | 14   |
| 2.1.5.1. Bilişsel-Davranışçı Model.....                                 | 14   |
| 2.1.5.1.1. Beck'in Bilişsel-Davranışçı Modeli.....                      | 14   |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.1.5.1.2. Colom ve Vieta'nın Hipomani için Bilişsel Modeli.....            | 15        |
| 2.1.5.1.3. Basco'nun Bilişsel-Davranışçı Modeli.....                        | 17        |
| 2.1.5.1.4. Newman ve Arkadaşlarının Bilişsel-Davranışçı Modeli.....         | 18        |
| 2.1.5.1.5. Lam ve Arkadaşlarının Bilişsel-Davranışçı Modeli.....            | 19        |
| 2.1.5.2. Duygudurum Dalgalanmaları ve Bütüncül Bilişsel Model.....          | 21        |
| <b>2.2. HİPOMANİK TUTUMLAR VE POZİTİF YORDAMALAR ÖLÇEĞİ.....</b>            | <b>30</b> |
| <b>2.3. HİPOMANİK TUTUMLAR VE POZİTİF YORDAMALAR ÖLÇEĞİ-KISA FORM .....</b> | <b>35</b> |
| <b>BÖLÜM 3. TEZ ÇALIŞMALARI.....</b>  | <b>38</b> |
| <b>3.1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ .....</b>   | <b>38</b> |
| <b>3.1.1. Araştırma Grubu.....</b>  | <b>38</b> |
| 3.1.1.1. Klinik Örneklem.....   | 38        |
| 3.1.1.2. Sağlıklı Kontrol Örnekleme.....                                    | 38        |
| <b>3.1.2. Prosedür.....</b>   | <b>39</b> |
| 3.1.2.1. Eser Sahibinden İzin.....  | 39        |
| 3.1.2.2. Etik Onay.....   | 39        |
| 3.1.2.3. HİTPOY-15'in Türkçe'ye Çeviri Çalışması.....                       | 39        |
| 3.1.2.4. Ölçeklerden Uygulama Kitapçığı Oluşturma.....                      | 39        |
| 3.1.2.5. Veri Toplama Çalışması.....  | 40        |
| <b>3.2. ARAŞTIRMA ARAÇLARI.....</b>   | <b>41</b> |
| <b>3.2.1. Kısa-Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği.....</b>     | <b>41</b> |
| <b>3.2.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği.....</b>                           | <b>42</b> |
| <b>3.2.3. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği.....</b>                      | <b>44</b> |
| <b>3.3. BULGULAR.....</b>   | <b>45</b> |
| <b>3.3.1. Veri Temizleme İşlemleri.....</b>                                 | <b>45</b> |
| 3.3.1.1. Aşırı ve Kayıp Değerlerin Temizlenmesi.....                        | 45        |
| 3.3.1.2. Normallik Sınaması.....  | 45        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.3.2. Örneklem Özellikleri.....   | 45        |
| 3.3.3. Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları.....   | 48        |
| 3.3.3.1. Kısa-HİTPOY'daki Nötr Maddelerin Analizi.....                                 | 48        |
| 3.3.3.2.HİTPOY-15'in İç Tutarlılık Sınaması.....                                       | 49        |
| 3.3.3.3. Birleşen Geçerlik.....  | 50        |
| 3.3.3.4. Ayırt Edici Geçerlik.....   | 52        |
| 3.3.3.5. Test-Tekrar Test Güvenirliği.....   | 53        |
| <b>BÖLÜM 4. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>   | <b>54</b> |
| 4.1. TARTIŞMA.....   | 54        |
| 4.2. KISITLILIKLAR.....  | 66        |
| 4.3. ÖNERİLER.....   | 67        |
| 4.4. SONUÇ.....  | 67        |
| <b>KAYNAKLAR.....</b>  | <b>69</b> |
| <b>EKLER.....</b>  | <b>77</b> |
| <b>EK1 ETİK KURUL ONAYI.....</b>   | <b>77</b> |
| <b>EK2 ESER SAHİBİNDEN İZİN .....</b>  | <b>78</b> |
| <b>EK 3 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM.....</b>   | <b>79</b> |
| <b>EK 4 DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....</b>  | <b>80</b> |
| <b>EK 5 KISA HİPOMANİK TUTUMLAR VE POZİTİF<br/>YORDAMALAR ENVANTERİ.....</b>           | <b>81</b> |
| <b>EK 6 HİPOMANİK TUTUMLAR VE POZİTİF YORDAMALAR<br/>ENVANTERİ-15 (HİTPOY-15).....</b> | <b>83</b> |
| <b>EK 7 DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ.....</b>  | <b>84</b> |
| <b>EK 8 FONKSİYONEL OLMAYAN İNANÇLAR ÖLÇEĞİ.....</b>                                   | <b>85</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>   | <b>87</b> |

# ÖZET

## “HİPOMANİK TUTUMLAR VE POZİTİF YORDAMALAR ÖLÇEĞİ” KISA FORMUNUN TÜRKÇE’YE UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği’nin kısa formu (Kısa-HİTPOY), hipomani ve maninin gelişmesinde etkisi olan işlevsel olmayan inançları değerlendirmek ve bipolar bozuklukta ayırt edici olan bilişleri belirlemek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek, duygudurum dalgalanmalarına ve bipolar spektrumdaki belirtilere neden olduğu düşünülen içsel durumlara (duygu, düşünce, davranışlar, fizyolojik belirtiler) dair aşırı, olumlu, olumsuz, birbirleriyle çelişen, pek çok inancı kapsamaktadır. Bu çalışmada Kısa-HİTPOY’un geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması ve faktör yapısının incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalık Eğitim ve Araştırma Hastanesi Duygudurum Polikliniği; Ankara Ulus Devlet Hastanesi Psikiyatri Servisi ve Bursa Uludağ Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Duygudurum Polikliniği’nde yapılmıştır. Çalışmada 115 bipolar, 36 unipolar hasta ve 103 psikiyatrik sorun yaşamayan sağlıklı kişi yer almıştır. Araştırmanın sonucunda, Kısa-HİTPOY’un güvenilirliğine ilişkin yapılan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve toplam madde korelasyonları analizinde, ters puanlanan maddelerden bazılarının kabul edilebilecek alt sınırdan daha düşük korelasyonlar gösterdiği, bazılarının ise negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür. Kısa-HİTPOY’un sorunlu olan 10 maddesi çıkarıldıktan sonra elde edilen 15 maddelik yeni versiyonun (HİTPOY-15) alfa değerleri (bütün örnekleme  $\alpha=.84$ , bipolar grupta  $\alpha=.83$ , unipolar grupta  $\alpha=.81$ , kontrol grubunda  $\alpha=.86$ ) HİTPOY güçlü bir iç-tutarlılık yapısına sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca gerek bipolar gerekse kontrol grupta HİTPOY-15’den alınan puanlar ile DDBÖ’den alınan puanlar arasında pozitif bir korelasyon ( $r=.25$ ) olduğu görülmüş, bu bulgu ölçeğin bu versiyonunda birleşen geçerliği olduğunu desteklemiştir. Ölçeğin ayırt edici geçerliği için bipolar ve unipolar gruplar karşılaştırıldığında HİTPOY-15’in iki grubu ayırt edemediğini ( $U=2008.5$ ,  $p>.05$ ), fakat bipolar ve kontrol gruplarını anlamlı olarak birbirinden ayırt ettiğini ( $t_{(216)} = 2.008$ ,  $p<.05$ ) saptanmıştır. Bu bulgu ölçeğin ayırt edici geçerliği olduğuna işaret etmektedir. Bu bulgular ışığında HİTPOY-15’in hipomanik belirtileri yordadığı düşünülebilir.

HİTPOY-15'in bir ay ara ile yapılan test-tekrar test çalışmasında ölçeğin güvenilirliği  $r=.41$  olarak bulunmuştur. HİTPOY-15'in FOTÖ ile ilişkisine bakıldığında, bağımsız tutum haricindeki diğer alt ölçekler (mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı ve değişken tutum) ile FOTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmış, araştırmanın kısıtlılıkları ve gelecekteki benzer araştırmalar için öneriler ele alınmıştır. Sonuç olarak, HİTPOY-15'in ülkemizde bipolar hastaların remisyon ve hipomani dönemlerinde bilişlerin değerlendirilmesi için yararlanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmüştür. HİTPOY-15'in bipolar bozukluğun remisyon döneminde uygulanan psikososyal ve bilişsel-davranışçı müdahalelerin kişiye uygun olarak planlamasına, hastanın bu müdahalelerden ne kadar yararlandığının ölçek üzerinde değerlendirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler: bipolar bozukluk, remisyon, işlevsel olmayan inanç, geçerlik, güvenilirlik**

**Tarih: 25.01.2012**

# **SUMMARY**

## **THE TURKISH ADAPTATION, RELIABILITY AND VALIDITY OF “BRIEF-HYPOMANIC ATTITUDES AND POSITIVE PREDICTIONS INVENTORY”**

The Brief-Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory (Brief-HAPPI) was developed to evaluate dysfunctional attitudes which have effect on the development of hypomania and mania and to specify distinctive cognitions for bipolar disorder. The inventory included extreme, positive, negative, conflicting appraisals about internal states (feelings, thoughts, behaviors, physical symptoms) that are assumed to lead to mood swings and symptoms among the bipolar spectrum. The present research was conducted in Erenkoy Mental Health & Neurology Training and Research Hospital Mood Disorders Clinic besides other outpatient psychiatry clinics in Istanbul, Ulus Public Hospital Psychiatry Unit in Ankara and Uludag University Psychiatry Department Mood Disorders Clinic in Bursa. The sample was consisted of 115 bipolar, 36 unipolar patients and 103 healthy people without any psychiatric problems. Internal consistency coefficient and item-total correlations were computed to determine the reliability of the Brief-HAPPI. Some of the reverse items had correlations below the accepted lower limit whereas some of them had negative correlations. These problematic items were deleted, so that the Turkish version of the Brief-HAPPI (Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği, HİTPOY-15) had high internal consistency (the whole sample  $\alpha = .84$ , bipolar group  $\alpha = .83$ , unipolar grup  $\alpha = .81$ , control group  $\alpha = .86$ ). In addition, it was found that there was a moderately high correlation ( $r = .25$ ) between the the Turkish version of Brief-HAPPI and the MDQ. Investigations of discriminant validity showed that the Turkish version of the Brief-HAPPI could not discriminate between bipolar and unipolar groups ( $U = 2008.5$ ,  $p > .05$ ), however it could distinguish between bipolar and control groups ( $t_{(216)} = 2.008$ ,  $p < .05$ ). The test-retest reliability coefficient was moderately high,  $r = .41$ . The relationship between the Turkish version of the Brief-HAPPI and the DAS showed that there were correlations between them and with most of the subscales of DAS except anti-dependency attitude (perfectionism, need for approval and ambivalence). The findings were discussed in the light of the relevant literature. The limitations and suggestions for the future prospective studies were examined. In conclusion, the Turkish version of

Brief-HAPPI can be used as a valid and reliable inventory for the evaluation of cognitions in remission and hypomanic periods of bipolar disorder in Turkey. In addition, the Turkish version of the Brief-HAPPI is assumed to predict the future activation of hypomanic symptoms moderately, thus it could be used in the planning of psychosocial and cognitive-behavioral interventions during remission periods of bipolar disorder and in the therapeutic evaluation of these interventions on bipolar patients.

**Keywords: bipolar disorder, remission, dysfunctional belief, validity, reliability**

**Date: 25.01.2012**



## KISALTMALAR

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>HİTPOY</b>      | : Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği  |
| <b>Kısa-HİTPOY</b> | : Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği Kısa Formu                                     |
| <b>HİTPOY-15</b>   | : Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği Kısa Formunun Türkiye'ye uyarlanmış versiyonu. |
| <b>DDBÖ</b>        | : Duygudurum Bozuklukları Ölçeği   |
| <b>FOTÖ</b>        | : Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği-A Formu  |



# ŞEKİL LİSTESİ

## SAYFA NO

- Şekil 1. Bipolar I Bozukluğunun Bilişsel-Davranışçı Model .....18  
Şekil 2. Duygudurum Dalgalanmaları ve Bipolar Bozuklukların Bilişsel Modeli.....24



# TABLO LİSTESİ

## SAYFA NO

|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 1</b> HİTPOY'un Ortalama, Standard Sapma, Skewness ve Kurtosis Değerleri.....                                | 45 |
| <b>Tablo 2</b> Demografik Bilgilerin Ortalama, Standart Sapma ve Denek Sayısı, Yüzde Değerleri.....                   | 46 |
| <b>Tablo 3</b> Klinik Bilgi.....  | 47 |
| <b>Tablo 4</b> Birinci Eksen Eştanı Durumları.....  | 47 |
| <b>Tablo 5</b> İkinci Eksen Eştanı Durumları.....   | 48 |
| <b>Tablo 6</b> Kısa-HİTPOY Nötr Maddeler Açısından Gruplararası Farklar.....  | 48 |
| <b>Tablo 7</b> Madde-Toplam Korelasyonları ve Alfa Katsayısı Analiz Sonuçları.....                                    | 49 |
| <b>Tablo 8</b> 15 Maddenin Madde-Toplam Korelasyonları ve Alfa Katsayısı Analiz Sonuçları.....                        | 50 |
| <b>Tablo 9</b> Bipolar Grup İçin HİTPOY-15, DDBÖ ve FOTÖ Arasındaki Korelasyonlar.....                                | 51 |
| <b>Tablo 10</b> Kontrol Grubu için HİTPOY-15, DDBÖ ve FOTÖ Arasındaki Korelasyonlar.....                              | 52 |
| <b>Tablo 11</b> HİTPOY-15 Toplam Puanları Açısından Gruplar Arasındaki Farklar.....                                   | 52 |
| <b>Tablo 12</b> HİTPOY-15 Alt Ölçeklerinde Ortalama Puanlar Açısından Gruplar Arasındaki Farklar.....                 | 53 |
| <b>Tablo 13.</b> HİTPOY-15 İç Tutarlılığı Yüksek 15 Maddenin Bütüncül Bilişsel Model Açısından Değerlendirilmesi..... | 55 |
| <b>Tablo 14</b> Ölçekten Çıkarılan 10 Maddenin Faktör Yapısı.....   | 60 |

# BÖLÜM 1 GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk, birbirini takip eden (hipo)manik ve/ya majör depresif dönemlerle seyreden, temelde biyolojik faktörlerle açıklanan ve yine temelde biyolojik yöntemlerle tedavi edilen, süregelen bir bozukluktur. Epizodlar arasındaki belirgin klinik belirtilerin olmadığı veya hafiflediği, “remisyon” dönemleri bulunur. Son 10 yılda yapılan araştırmalar, remisyon dönemlerinde bile bipolar hastaların sendromaltı hipomanik ve depresif belirtilerden muzdarip olduklarını ortaya koymaktadır (örneğin, Judd ve ark., 2002, 2003; Paykel, Abbott, Morriss, Hayhurst ve Scott, 2006). Remisyon dönemlerinde özellikle depresif belirtilerin psikososyal işlevselliği olumsuz etkilediği ve depresif yinelemelerin yaşanma olasılığını arttırdıkları görülmektedir (Judd ve ark., 2005; Tohen ve ark., 2006).

Bipolar bozukluk tedavisinin vazgeçilmez olan biyolojik ayağı, akut dönemlerde belirtilerin yatıştırılması ve kontrol altına alınmasına odaklanmıştır. Bununla birlikte hastanın biyolojik tedaviye uyumunu ve işbirliğini artırmak ve remisyon dönemlerini uzatmak önemli tedavi amaçlarından biridir. Yakın zamana kadar belirtileri kontrol altına almak ve hastayı remisyon sürecine ulaştırmak biyolojik tedavinin nihai hedefi olarak kabul edilmekte ve bipolar hastaların remisyon dönemlerindeki hafif ya da orta düzeydeki kalıntı belirtiler göz ardı edilmekteydi, bu da klinik çalışmalarla klinik araştırmalar arasındaki işbirliği açısından sorun oluşturmaktaydı.

Günümüzde remisyon dönemlerinde eşik altı veya kalıntı belirtilerin var olduğu ve kişinin işlevselliğini bozduğu yaygın şekilde kabul edilmektedir. Bu nedenle remisyon dönemleri tedavilerin yavaşladığı değil, özellikle psikososyal müdahalelerin hız kazandığı, tedavinin önemli bir aşaması olarak değerlendirilmektedir (Lam ve ark., 2003; Lam, Hayward, Wright, Bright ve Sham, 2005). Bu dönemde psikososyal eğitimler, bilişsel davranışçı terapiler, grup ve aile terapileri gibi psikoterapötik müdahaleler giderek yaygınlaşmaktadır. Bu süreçle ilgili olarak yapılan etkililik araştırmaları psikoterapötik müdahalelerin ilaç tedavisinde işbirliğini artırdığı, yinelemeleri (*relaps*) geciktirdiği, remisyon dönemlerini uzattığı, kalıntı belirtilerini azalttığı, hastaların psikososyal işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini arttırdığı gibi önemli sonuçlar bildirmektedirler (Örneğin; Scott, Garland ve Moorhead, 2001; Lam ve ark., 2001; Ball, Mitchell, Malhi, Skillecorn ve Smith, 2003; Totterdell ve Kellett,

2008; Zaretsky, Rizvi ve Parikh, 2007; Colom, Vieta ve Moreno-Sanchez, 2009). Bu nedenle, remisyon dönemlerinde hastanın akut dönemlerdeki belirtilerini tanınması, yaklaşan alevlenmeleri önceden görebilmesi ve bunları ayırt edebilmesi önemli görünmektedir. Dolayısıyla remisyondaki bir hastanın bu konuda ne düzeyde olduğunu önceden belirlemek, verilecek psikososyal eğitimleri düzenlemede ve tedavinin başarısını değerlendirmede önemli görünmektedir.

Bipolar bozuklukta psikososyal işlevselliği iyileştirmek adına kullanılan yöntemlerden biri olan bilişsel-davranışçı terapinin bu bozukluğun, özellikle remisyon döneminde, ne kadar etkili olduğu çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur (örneğin Scott ve ark., 2006; Zaretsky, Rizvi ve Parikh, 2007; Lam ve ark., 2001). Türkiye’de ise bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Ülkemizde bu alanda yapılacak bir çalışmanın öncesinde hem bipolar bozuklukta düşünce yapılarının Türk örneklerinde nasıl olduğunu yakından görmenin hem de bu bozuklukta sıkça görülen durumları içeren bir ölçeğin Türkçeye uyarlanması gelecekteki psikoterapötik müdahaleler için de faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, remisyon dönemindeki hastaların şu anki ve gelecekteki belirtilere yönelik öngörülerinin ne düzeyde olduğunu değerlendiren bir ölçek olan “Kısa - Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği’nin (Kısa-HİTPOY)” geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmaktadır. Bu ölçeğin Türkiye’ye kazandırılması, özellikle remisyondaki bipolar hastaların değerlendirilmesinde önemli bir araç sağlayacağı düşünülmektedir. Bu sayede, bipolar bozukluğun remisyon döneminde uygulanan psikososyal ve bilişsel-davranışçı müdahalelerin kişiye uygun olarak planlanması, hastanın bu müdahalelerden ne kadar yararlandığının ölçek üzerinde değerlendirilmesi mümkün olacaktır. Bipolar bozuklukta psikososyal müdahalelerin giderek önem kazandığı düşünüldüğünde, Türkiye’de bu konularda geliştirilecek müdahalelerin bu gibi ölçeklere ihtiyaç duyacağı ve bu gibi ölçeklerin uygulamacılar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

İlerleyen bölümlerde, bu araştırmalarda bipolar bozukluğun remisyon döneminde kullanılmak için neden bu ölçeğin seçildiği, bipolar bozukluğun konuyla ilişkili olan özellikleri ve ölçeğin dayandığı kuramsal ardaan anlatılarak ve konuyla ilgili literatür gözden geçirilerek tartışılacaktır.

# BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER

## 2.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, iki uçlu duygudurum bozukluğu veya manik-depresif bozukluk olarak da anılır. Genellikle birbirini takip eden bir veya daha fazla majör depresif dönem ile bir veya daha fazla manik dönemden oluşur (Roth ve Fonagy, 2005). DSM-IV-TR içerisinde bipolar bozukluklar kapsamında bipolar I, bipolar II, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk olarak gruplandırılır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APB], 2001). Daha önce geçirilen ya da o sırada geçirilmekte olan manik, karma veya hipomanik epizod ile diğer depresif bozukluklardan (majör depresif bozukluk, distimik bozukluk vb. gibi) ayrılırlar.

Bu bölümde öncelikle bipolar bozukluklar içerisinde yer alan duygudurum epizodlarının (manik, hipomanik, majör depresif, karma) klinik özellikleri ve bipolar bozukluğun alt tiplerine kısaca değinilecektir. Bu genel çerçeveden sonra ölçeğin temel aldığı “Bütüncül Bilişsel Model” ve onun dayandığı Bilişsel Davranışçı yaklaşım ele alınacak, konuyla ilgili güncel araştırmalar gözden geçirilecektir. Son olarak Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar ölçeği tanıtılacak, sunulan bu genel çerçeve içerisinde ölçeğin işlevi ve önemi tartışılacaktır.

### 2.1.1. Bipolar Bozuklukların Sınıflandırması ve Klinik Özellikleri

#### 2.1.1.1. Manik Epizod

DSM-IV-TR’ye göre manik epizod tanısı için olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın (*elated*) ya da irritabl duygudurum en az bir hafta (hastaneye yatış gerekiyorsa daha kısa süre) sürmelidir (APB, 2001). Yükselmiş duygudurumun yanı sıra benlik saygısında aşırı artış (*grandiosite*), psikomotor ajitasyon, uyku ihtiyacında azalma, düşünce akışında hızlanma, dikkat dağınıklığı, basınçlı konuşma, fikir uçuşmaları görülür. “Büyüklik amaçlarının gerçekleştirilmesini engelleyen belirli bir takım insanların veya örgütlerin olduğu, başka kişilerin ona karşı işbirliği içinde oldukları” şeklinde kötülük görme sanrıları görülebilir. Ayrıca, manik dönemde hastaların içgöruları tamamen

ortadan kalkar, hasta olduklarını kabul etmezler, yardıma ihtiyaçları oldukları söylendiğinde kızabilirler, “hiçbir zaman olmadıkları kadar iyi olduklarını” savunabilirler (Köroğlu, 2004; Goodwin ve Jamison, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

#### 2.1.1.2. Hipomanik Epizod

Hipomanik epizod en az dört gün süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın veya irritabl duygudurumun olduğu bir dönem şeklinde nitelendirilir. Öfori ile irritabilite arasında dalgalanmalar görülür. Taşkın duygudurum kişilerarası, mesleki ve toplumsal ilişkilere karşı abartılı bir arzu göstermesi şeklindedir (APB, 2001). Bu duygudurum hezeyanların olmadığı ve belirtilerin daha az şiddetli seyrettiği, hastaneye yatışın gerekmediği, sosyal ve mesleki alanlarda işlevselliğin devam ettiği bir dönemdir (Roth ve Fonagy, 2005). Klinik tabloda belirgin olarak eleştireye gelemeyecek ölçüde kendine güvenme, uyku ihtiyacında azalma, her zamankinden biraz daha yüksek ve hızlı konuşma, ilginin kolayca dağılması ve etkinliklerde hızlı değişimler olduğu gözlenir. Hipomanik dönemde kişi birden çok etkinliğe katılmayı tasarlar, genellikle yaratıcı ve üretkendir. Cinsel ve sosyal etkinliklerde artma gözlenebilir. Dürtüsellik bizar ya da işlevselliği olumsuz etkileyecek derecede değildir (Köroğlu, 2004). Angst (1998) bu belirtilerin haricindeki diğer yaygın belirtilerin her zamankinden daha fazla çalışmak, çok para harcamak, daha az utangaç ve çekingen olmak, her zamankinden daha konuşkan olmak, içki, sigara ve alkolü daha fazla tüketmek, aşırı derecede iyimser olmak ve daha çok gülmek olduğunu bildirmiştir.

#### 2.1.1.3. Majör Depresif Epizod

En az 2 hafta boyunca her gün depresif duygudurumun olması ya da en az 2 hafta boyunca her gün, hemen hemen bütün gün süren, neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgi kaybı veya zevk alamama şeklindedir (Newman ve ark., 2002). Bu dönemde, hipersomni ve psikomotor retardasyon en belirgin belirtilerdir (Akiskal, 2002). Bunun yanı sıra, uzayan gece uykusu, uyanmada zorluk, gündüzleri aşırı uyku hali ile seyreden hipersomnia görülebilir (Harvey, 2002). Uyku kalitesinin azalması konsantrasyon zorluğu, öğrenme ve hafıza problemleri de beraberinde getirmektedir (Giglio ve ark., 2009). Anksiyetenin eşlik etmesi daha nadiren görülür ve depresif dönem boyunca duygudurumda labilite gözlenir (Bowden, 2001).

#### 2.1.1.4. Karma Epizod

DSM-IV-TR'ye göre karma (mikst) dönemde ise en az 1 hafta boyunca hemen her gün hem manik epizodun tanı ölçütleri hem de majör depresif epizodun tanı ölçütleri karşılanır. Ayrıca hızla değişen duygudurumlar (irritabilite, üzüntü, öfori) gözlenir (APB, 2001).

### 2.1.2. Bipolar Bozukluk Alt Tipleri

Yukarıda özetlenen duygudurum epizodlarının süresine, sayısına ve sırasına göre bipolar bozukluk farklı alt tiplere ayrılır. Burada tezin konusu bağlamında özellikle bipolar I ve II bozuklukları kısaca tanımlanacaktır.

#### 2.1.2.1. Bipolar I Bozukluğu

Bipolar I bozukluğun en temel özelliği, bir ya da birden fazla manik dönemin veya karma dönemin görüldüğü klinik bir seyrinin olmasıdır. Çoğu durumda bu kişiler daha öncesinde bir veya daha çok Majör Depresif dönem de geçirmişlerdir (Köroğlu, 2004). Karakteristik olarak, Bipolar I ergenlik döneminde, yirmili veya otuzlu yaşlarda başlar. İlk dönemi manik, depresif veya karma olabilir (Akiskal, 2002). Hipomani Bipolar I'in sürecinde daha sık görülür. Sendromal veya sendrom altı mani ve hipomani Bipolar I'de daha yaygındır. Antidepresan kullanımına bağlı olarak hipomaniden maniyeye kayma derecesi Bipolar I için daha yüksektir (Benazzi, 2007).

#### 2.1.2.2. Bipolar II Bozukluğu

Bu bozukluğun klinik seyri en az bir hipomanik epizod ile rekürren majör depresif epizodlardan oluşur. Hastanın geçmişinde manik ya da karma epizodların olması Bipolar II tanısının konulmasını engeller. Ayrıca, hipomanik epizodlar majör depresif epizodun remisyonundan sonra görülebilen birkaç günlük ötimi dönemi ile karıştırılmamalıdır (Köroğlu, 2004). Akiskal (2002) bu hastaların şikayetlerinin genelde majör depresyon olduğunu, ancak değerlendirme görüşmesi sırasında hipomanik dönemler de yaşadıklarının görüldüğünü ifade etmiştir.

Baek ve ark. (2010), Bipolar I ve Bipolar II'yi klinik özellikler açısından karşılaştırdıkları çalışmada, depresif epizodların sıklığının, mevsimselliğin ve hızlı-döngülülüğün Bipolar II'de daha yaygın görüldüğünü saptamışlardır. Taşkın

duygudurum Bipolar II'de daha sık görülürken, Bipolar I'de hem taşkın hem de irritabl duygudurum görülmüştür. Bipolar II'de psikomotor ajitasyon, suçluluk duyguları ve intihar düşüncelerinin Bipolar I'e göre daha sık görüldüğü bulunmuştur. Ayrıca, Bipolar II hastalarında yaşam boyu bir başka Eksen I bozukluğunun (özellikle fobiler ve yeme bozuklukları gibi) birlikte görülmesi olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür.

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Yukarıda belirti örüntüleri kısaca tanıtılmaya çalışılan bipolar bozukluğun epidemiyolojik özellikleriyle ilgili de bilgi vermek, ileride tartışılacak psiko-sosyal müdahaleler açısından önemli görünmektedir. Bipolar bozukluğun etiyolojisiyle ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Tutarlı bir şekilde bir çok çalışmada bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranının % 0.5 ile % 1.5 olduğu bildirilmektedir (Bebbington ve Ramana, 1995; Goodwin, Jacobi, Bittner ve Wittchen, 2007). Bipolar bozukluğun alt tipleri incelendiğinde, Bipolar I bozukluğu için bu oran %0.5- %1 arasında değişmekte iken, Bipolar II bozukluğu için % 0.5 - % 3 arasında değiştiği görülmüştür (Angst, 1998; Weissman, 1988; Merikangas ve ark., 2007). Ancak Kupfer ve ark. (2002) hipomani, siklotimi ve eşikaltı belirtiler de eklendiğinde bu oranın % 3 - % 8.8 aralığına ulaşabildiğini bildirilmişlerdir.

Kessler, Berglund, Demler, Jin ve Walters (2005) bipolar bozuklukların yaşam boyu yaygınlığını %4 olarak bildirmektedirler. Baldassano ve arkadaşlarına (2005) göre, kadınlarda ve erkeklerde eşit oranda görülen Bipolar I Bozukluğu'nun yaşam boyu yaygınlığı % 0.4- 1.6 arasında değişmektedir. Bipolar I Bozukluğu olan erkeklerde manik epizodlar daha fazla görülürken, kadınlarda depresif epizodlar daha sık görülür. Diğer taraftan, yaşam boyu yaygınlığı % 0.5 olan Bipolar II Bozukluğu kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür (görülme oranı, sırasıyla %29; %13). Yaşam boyu hızlı döngülerin ve depresif atakların görülme oranı ise kadın ve erkekler için eşit bulunmuştur (Baldassano ve ark, 2005). Erkeklerdeki klinik gidişte hipomanik dönemler fazlayken, kadınlarda ise depresif dönemler daha fazladır (Köroğlu, 2004).

### **2.1.4. Bipolar Bozuklukta Remisyon Dönemi**

Remisyon klinik olarak belirgin belirtilerin olmadığı, belirtilerin hafiflediği ya da tamamen ortadan kalktığı dönem anlamına gelmektedir. Bipolar bozuklukta remisyon

dönemlerinde klinik tablonun yatışması, genel olarak belirtilerin artık yaşanmadığı şeklinde anlaşılma eğilimindeydi. Ancak bipolar bozuklukların remisyon dönemlerini inceleyen boylamsal çalışmalar, remisyon döneminde de sendromal ve sendromaltı hipomanik ve depresif belirtilerin varlığına işaret etmişlerdir (Judd ve ark., 2002, 2003, 2005; Paykel ve ark., 2006; Vieta ve ark., 2008; Tohen ve ark., 2006). Bipolar hastalarda remisyon döneminde, daha çok anksiyete ve bedensel şikâyetlerle ilişkili olduğu saptanan eşik altı depresif belirtilerin ağırlıklı olarak görüldüğü (Vieta, Sanchez-Moreno, Lahuerta ve Zaragoza, 2008) ve bu belirtilerin en çok psikososyal işlevselliği olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir (Judd ve ark., 2005). Bazı araştırmacılar remisyon sürecinde eşik altı belirtilerin sendromal belirtilerden iki kat fazla yaşandığını ve depresif belirtilerin manik belirtilerden üç kat daha fazla görüldüğünü bulmuşlar, yaşanan son epizodun depresyon olmasının daha fazla kalıntı belirtilere neden olduğu, bu sebeple işlevselliğin daha olumsuz etkilendiği sonucuna varmışlardır (Paykel ve ark., 2006). Tohen ve arkadaşları (2006) manik veya karma atak sonrasındaki 8 haftalık remisyon döneminde eşik altı depresif belirtilerin depresif yinelemelerin yaşanma riskini arttırdığını, ayrıca psikotik özellikli belirtiler yaşayan veya depresif atak sayısı fazla olan kişilerde eşik altı depresif belirtilerin daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

Remisyon döneminde çeşitli araştırmacılar tarafından da gösterildiği üzere özellikle eşik altı depresif belirtiler sıklıkla görülmektedir. Belirtilerin hafiflemesi ve/ya tamamen ortadan kaldırılması ilaç tedavisi ile çoğu zaman sağlanabilse de, atak dönemlerinin öncesinde veya atak dönemleri boyunca meydana gelen yaşam olaylarının (Reilly-Harrington, Alloy, Fresco ve Whitehouse, 1999; Alloy ve ark., 1999) veya (hipo)mani veya depresyon ataklarına neden olan tutumların (Scott ve Pope, 2003; Scott, Stanton, Garland ve Ferrier, 2000; Van der Gucht, Morriss, Lancaster, Kinderman ve Bentall, 2009; Reilly-Harrington ve ark., 2010) psikoterapötik açıdan ele alınmasının psikososyal işlevselliğe olumlu katkısının olduğu bildirilmektedir. Remisyon döneminde varlığını sürdüren sub-sendromal belirtilerin özellikle “şimdi ve buradanın” çalışılmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir (Judd ve ark., 2002, 2003, 2005; Paykel ve ark., 2006; Vieta ve ark., 2008; Tohen ve ark., 2006).

#### 2.1.4.1. Eş Tanı

Bipolar bozuklukta remisyon dönemini açıklarken eş tanı (*comorbidity*) durumlarının da dikkate alınması gerekir (Mansell ve Pedley, 2008). McElroy ve arkadaşları (2001),

Bipolar I ve Bipolar II tanılı 288 hastadan oluşan örneklemin %65'inde en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada, kaygı bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının daha yaygın eş tanı durumları olduğu görülmüştür. Ayrıca birinci eksendeki eş tanı durumunun erken başlangıç yaşı ve bozukluğun sendromal tablosuyla ilişkili olduğu, sonuçta döngülerin hızlanmasına ve daha şiddetli atakların yaşanmasına neden olduğu bildirilmiştir.

Birinci eksen eş tanıları Bipolar II bozukluğunda daha sık görülmektedir. Saunders ve Goodwin (2007) kronikleşen eş tanının daha kronik gidişli bipolar bozukluk türüyle ilişkili olabileceğini önermektedirler. Merikangas ve arkadaşları (2007) eşik altı bipolar bozukluk da göz önüne alındığında, eş tanı oranının daha da yükseldiğini ifade etmişlerdir. Sözü edilen eşik altı bipolar bozukluk majör depresif epizod olmaksızın tekrarlayan hipomanik ataklar veya hipomani kriterlerini karşılamayan eşik altı belirtiler şeklinde açıklanmaktadır. Bu araştırmada, herhangi bir anksiyete bozukluğu ile eş tanı oranı %74.9 olarak belirlenmiş, eş tanı oranı sırasıyla panik bozukluk için %20.1, travma sonrası stres bozukluğu için %24.2, yaygın anksiyete bozukluğu için %29.6, sosyal fobi için %37.8 ve obsesif-kompulsif bozukluk için %13.6 olarak saptanmıştır. Adı geçen eş tanıları için Bipolar I ve Bipolar II bozuklukları arasında anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Ayrıca Bipolar I bozukluğunda davranım bozukluğunun, alkol ve madde bağımlılığının, Bipolar II'ye göre daha yaygın görüldüğü bulunmuştur (Merikangas ve ark., 2007).

Goodwin ve Hoven (2002) yaptıkları çalışmalarında, Bipolar hastaların %35.1'de panik bozukluğun eş tanı olarak bulunduğunu, panik bozuk hastalarında ise sadece %8.2'de bipolar bozukluğun eş tanı olarak görüldüğünü bulmuşlardır. Yazarlar eş tanı durumunun erken başlangıçlı panik belirtileriyle ve panik belirtilerin şiddetinin artmasıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Simon ve arkadaşları (2005) panik bozuklukta bir risk faktörü olan kaygı duyarlılığının bipolar bozuklukta da çok sık gözlenmesinden hareketle, anksiyete duyarlılığının manik dönemlerde görülen panik ataklar için potansiyel bir unsur olup olmadığını araştırmışlardır. Sonuçta manik, hipomanik ve karma dönemin kaygı duyarlılığını yordadığını saptamışlar ve manik durumların panik bozukluğun alevlenmesinde risk oluşturabileceği sonucuna ulaşmışlardır.

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ile bipolar bozukluğun eş tanı oranını araştırdıkları çalışmada Chen ve Dilsaver (1995), bu oranı %21 olarak bulmuşlardır. Bu oranı toplumdaki genel OKB yaygınlığı ile karşılaştırdıklarında, bipolar tanılı kişilerde OKB yaygınlığının yaklaşık 10 kat daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Magalhaes, Kapczinski ve Kapczinski (2010) ise yaşam boyu OKB eş tanısının %12.4 olduğunu ifade etmişler. Bunun intihar girişimleri, alkol bağımlılığı ve hızlı döngüsellikle yüksek korelasyona sahip olduğunu ve yaşam kalitesini, özellikle sosyal alanda, olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Perugi ve arkadaşları (1997) bipolar bozuklukta OKB eş tanısını %15.7 olarak bulmuşlardır. Bu hastalarda daha çok cinsel ve dinsel obsesyonların olduğunu, daha az miktarda kontrol etme kompülsiyonlarının bulunduğunu görmüşlerdir.

Pini ve arkadaşları (2006) bipolar I bozukluğu ile sosyal anksiyete bozukluğunun eş tanı oranını % 12.7 olarak saptamışlardır. Ayrıca, sosyal anksiyete bozukluğu olan bipolar tanılı hastalarda madde bağımlılık oranının yüksek bulunduğu ve fobik kaygı, paranoid düşünceler, kişilerarası duyarlılık ve takıntılılığın daha sık görüldüğü diğer bulgular arasındadır.

Bipolar I hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) komorbid olarak görülme oranının %16 ile %39 arasında değişmek olduğu bildirilmektedir (Merinkangas ve ark., 2007; Otto ve ark., 2004). Ayrıca bipolar kadınlarda bipolar erkeklere göre TSSB'nin iki kat daha fazla (%20.9 - %10.6) görüldüğü saptanmıştır (Baldassano ve ark., 2005). El-Mallakh ve Hollifield (2008), manik veya hipomanik dönemdeki sorunlu davranışlardan kaynaklanan travmatik yaşantıların TSSB geliştirme oranını arttırdığını aktarmışlardır.

Bipolar bozukluğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile eş tanısına bakıldığında, Merinkangas ve arkadaşları (2007) bu oranı %31.4 olarak belirtmişken; Nierenberg ve arkadaşları (2005) 1000 kişilik bir örnekleme yaptıkları çalışmada oranı %9.5 olarak tespit etmişlerdir. Bipolar bozukluk ve DEHB'nin eş tanı oranı kadınlara (%5.8) oranla erkeklerde (%14.7) daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de yapılan bir ön çalışmada ise bu oran %21.7 olarak saptanmıştır (Ateşçi, Tüysüzoğulları, Özdel ve Oğuzhanoglu, 2010).

Bipolar bozukluğun ikinci ekseninde yer alan kişilik bozukluklarıyla (KB) eş tanı durumları incelendiğinde, Üçok, Karavelli, Kundakçı ve Yazıcı (1998) yaklaşık %50

gibi bir oran saptamışlardır. En yaygın olarak obsesif-kompulsif, paranoid, histrionik ve sınır kişilik bozukluklarının görüldüğünü belirtmişlerdir. Rossi ve arkadaşları (2001) bipolar hastalarla yaptıkları eş tanı çalışmasında obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu %32.4, sınır kişilik bozukluğu %29.6 ve kaçınan kişilik bozukluğu % 19.7 oranında eş tanı olarak bulunmuştur. Rosso, Albert, Bogetto ve Maina (2009) kişilik bozukluklarının bipolar bozukluğun alt tiplerindeki yaygınlığını inceledikleri çalışmalarında, Bipolar I ve Bipolar II için önemli bir farka rastlamamışlardır.

Bedensel hastalıklardan diyabetin, bipolar bozukluktaki yaygınlığının genel toplumdakinden üç kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Kesebir ve Gençler, 2010). Kilbourne ve arkadaşları (2004) 4310 kişilik örnekleme bipolar bozukluktaki tıbbi hastalıkların eş tanısını inceledikleri çalışmalarında diyabetin eş tanı oranını % 17 olarak bulmuşlardır. Tayvan'da 766.427 kişilik örnekleme yapılan başka bir çalışmada bipolar bozukluk ile diyabetin eş tanı oranı %10.77 olarak belirlenmiştir (Chien, Chang, Lin, Chou ve Chou, 2010). Bu çalışmada ayrıca, 60 yaş altındaki her yaş grubunda bu oranın yüksek olduğu, kadınlarda erkeklerden daha yaygın görüldüğü bulunmuştur. Regenold, Thapar, Marano, Gavirneni ve Kondapavuluru (2002) tip 2 diyabetin bipolar bozukluk ile eş tanı oranını %26 olarak saptamışlardır.

Tiroid fonksiyonlarındaki anormallikler (örn. lityuma bağlı hipotiroid) bipolar bozuklukta, özellikle hızlı döngülü bipolar bozuklukta, yaygın olarak görülmektedir. Bartelana ve arkadaşları (1990) lityum tedavisinin en azından sendrom altı hipotiroidisme neden olabileceğini vurgulamışlar, ayrıca hızlı döngülü olanlar ve olmayanlar arasında tiroid fonksiyonları açısından bir farklılık olmadığını bulmuşlardır. Valle, Ayuso-Gutierrez, Abril ve Ayuso-Mateos (1999) lityum kullanmayan bir örnekleme hipotiroid oranını %9.2 olarak saptamıştır. Hızlı döngülü kişilerin tiroid fonksiyonlarında önemli bir farklılık bulunmamış, Bipolar II grubunda TSH seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir çalışmada, bu durumun bipolar karma dönemdeki hastalarda manik dönemlerdekine kıyasla daha yaygın olduğunu ortaya konulmuştur (Chang ve ark., 1998).

Yukarıdaki paragraflarda belirtildiği gibi, bipolar bozukluğun bir başka psikiyatrik veya bedensel hastalıkla birlikte görülmesi oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. (McElroy ve ark., 2001; Merikangas ve ark., 2007; Chien ve ark., 2010; Valle ve ark., 1999). Bipolar bozukluğun duygudurum dalgalanmalarıyla seyreden tablosuna bir başka

hastalığın eklenmesi kişi için hastalık sürecini daha da zorlaştırmaktadır. Kişinin hayatındaki stresörleri arttırmakla birlikte komorbid bozuklukların kişinin düşünce süreçlerini de etkileyebileceği çıkarımında bulunulabilir. Komorbid durumların ilaç tedavisinin düzenlenmesinin yanı sıra psikososyal müdahaleler belirlenirken de göz önünde bulundurulması gereklidir. Bipolar bozukluğun yanı sıra panik bozukluğu olan bir kişinin terapi süreci anksiyete belirtileri bu derece şiddetli olmayan bir kişiden farklı olacaktır. Diğer yanda, kişinin şikayetlerinin ne derece duygudurum dalgalanmalarıyla ilişkili ne kadar komorbid bozukluğun bir parçası olduğu da terapötik müdahale yelpazesinin genişliğini belirleyebilir.

Görüldüğü gibi bipolar bozukluğun eş tanı aralığı oldukça geniştir. Bu durum, hem hastalığın aktif evresinde hem de remisyon evresinde verilecek tedaviler için göz önünde bulundurulması gereken önemli bir durum oluşturmaktadır. Özellikle remisyon döneminde düzenlenecek psikoterapötik uygulamaların, eş tanıları da kapsamaları ve hastanın o dönemdeki işlev bozukluğunun yeterli değerlendirmesi önemli görünmektedir.

#### 2.1.4.2. Prodromal (Öncül) Belirtiler

Remisyon dönemlerinde, mani veya depresyon atağı öncesinde şiddetleri giderek, artabilen bazı öncül belirtiler görülmektedir (Mansell ve Pedley, 2008). Bunlara 'prodromal belirtiler' denir. Prodromal belirtiler biliş, davranış veya duygu alanlarında görülebilir. Prodromun süresi, ilk belirtinin fark edildiği zaman başlar, belirtilerin epizod kriterlerini karşılayacak şiddete ulaştıkları zamana kadar sürer. Morriss (2002) manik veya depresif prodromal belirtilerin kişiden kişiye değiştiğini, manik veya depresif yinelemeler öncesinde farklı olduğunu bildirmektedir. Yazara göre her birey için manik epizodlar arasındaki oluşum sürecinin doğası, sırası ve süresi açısından tutarlılık gözlenmekte, öte yandan depresif ataklar açısından ilk iki kriter tutarlıyken süre açısından tutarsızlıklar gözlenmektedir. Yazar, manik prodromal belirtilerin nitelik açısından epizodlar arasında görülen belirtilerden farklı olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca depresif belirtilerin nitelikten öte niceliksel açıdan farklı olduğunu, ayrıca erken prodromal belirtilerle sağlıklı şekilde başa çıkılırsa epizodun durdurulabileceğini ve yinelemelerin daha az yaşanacağını ileri sürmüştür (Morriss, 2002).

Jackson, Cavanagh ve Scott (2003), 70 adet araştırmayı taradıkları meta-analiz çalışmalarında maninin prodromal belirtilerinin depresyon belirtilerinden daha kolay

fark edildiğini belirtmişlerdir. Buna göre, maninin en belirgin prodromal belirtisi uykuda bozulma iken, depresyon için böyle bir belirti saptanamamıştır. Ayrıca, manik prodromların ortalama süresinin 20 günden fazla olduğu ve depresif prodromal belirtilerden daha uzun sürdüğünü belirtmişlerdir.

Lam ve Wong (1997) maninin yaygın prodromal belirtilerini; uyku ihtiyacında azalma, aktivitelerde artış, amaca yönelik davranışlarda (*goal-oriented behaviors*) artma, fikir uçuşmaları, iritabilite, iyimserlikte ve kendine güvende artma, konsantrasyonda düşme şeklinde tanımlamışlardır. Depresyonun prodromal belirtileri olarak ilgi azalmasını, uykuda bölünmeleri ve endişeleri bir kenara bırakamamayı gözlemişlerdir.

Thompson ve ark. (2003) ilk epizod öncesindeki prodromal belirtileri 3 vaka örneği üzerinden incelemişlerdir. En sık olarak depresyonun görüldüğünü, anksiyete, fikir uçuşmaları ve duygudurumda dalgalanmaların da görülebildiğini ifade etmişlerdir.

Goossens, Kupka, Beentjes ve Van Achterberg (2010), manik nöbet öncesi ilk fark edilen belirtilerin uyku, sosyal işlevsellik ve enerjide değişiklikler olduğu; depresif nöbet öncesinde ise düşüncede değişim, duygudurum dalgalanmaları, enerji ve sosyal işlevsellikte değişiklikler olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Katılımcılardan %28'inin sadece manik prodromal belirtileri, aynı oranda katılımcının da depresif prodromal belirtileri fark edemediğini, %12'sinin ise manik veya depresif hiçbir prodromal belirtiyi yakalayamadıklarını belirtmişlerdir.

Psikotik maninin prodromal belirtilerine bakıldığında, obsesyonlar/kompulsiyonlar, intihar eğilimi, düşünme ve iletişimde zorluk, depresif duygudurum, konsantrasyonda azalma, yorgunluk, duygudurum dalgalanmaları, ve ajitasyon olduğu saptanmıştır (Correll ve arkadaşları, 1997). Prodromal dönemin ilerleyen safhalarında pozitif belirtilerin ortaya çıktığı, bu dönemde enerji artışı ve amaca yönelik davranışlarda artmanın olduğu görülmektedir. Psikotik maninin prodromal özellikleri üzerine bir başka çalışmada ise, büyülenmeci düşünceler, enerji veya amaca yönelik davranışlarda artış, sanrsal deneyimler, garip veya olağandışı düşünceler ve ajitasyonun yaşandığı gözlenmiştir (Conus ve ark., 2010).

Mantere, Souminen, Valtonen, Arvilomni, ve Isometsa (2008), Bipolar I ve Bipolar II tanıli hastaların prodromal belirtileri ne derece fark ettiklerini araştırmışlardır. İki

grup arasında anlamlı bir fark olmadığını ve her iki grubun yaklaşık yarısının prodromal belirtileri bildirebildiklerini iletmişlerdir. Yazarlar, ortalama prodrom süresinin 30.5 gün olduğunu, eksen I eş tanısının prodromal dönemi uzattığını belirtmişlerdir.

Azorin ve arkadaşları (2011) ise tek veya birden fazla manik epizod arasındaki prodromal farkları inceledikleri çalışmalarında, tek epizod geçirenlerin prodromal dönemde daha fazla psikotik ve depresif belirti tariflediklerini, komorbid anksiyete ve mizaç özellikleri açısından birden fazla atak geçirmiş olan kişilerle benzer olduklarını ifade etmişlerdir.

Yukarıda belirtildiği gibi, özellikle düşünce alanındaki değişiklikler hasta tarafından fark edilmemektedir. Klinisyenlerin ve araştırmacıların gözlem ve bulguları prodromal belirtilerin fark edilmesinin ve uyumlu başa çıkma davranışlarıyla azaltılmasının epizodları engelleyebildiği yönündedir. Lam ve arkadaşları (1999) prodromal belirtilere dikkat çektikleri bilişsel-davranışçı modellerinde düşünce, duygu ve davranış alanlarındaki prodromal belirtilerle nasıl başa çıkıldığının prognozu etkilediğini ifade etmişlerdir. Ayrıca prodromal belirtilere yapılan işlevsel olmayan bilişsel atıfların belirtilerin şiddetlenmesine neden olabildiğini belirtmişlerdir. Prodromal belirtilere odaklanan veya bu belirtileri de göz önüne alan bilişsel-davranışçı tedavi protokollerinin prodromal belirtilere dair farkındalığın artması, episod sayısının azalması, bu belirtilerle başa çıkma davranışlarının gelişmesi, özellikle sosyal işlevsellikte iyileşme üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Perry ve ark., 1999; Lam ve ark., 2001; Provencher, Hawke ve Thienot, 2010).

Görüldüğü gibi bipolar bozuklukta aktif dönem öncesi görülen prodromal belirtiler, hastalığın aktif döneminin yaklaştığını haber verecek ölçüde dikkat çekicidir. Bu özellik, hastaların remisyon dönemlerinde verilecek psikososyal programlarda mutlaka yer verilmesi gereken bir durumdur. Hastaların ve hasta yakınlarının bu prodromal belirtileri tanınması ve yapacakları konusunda eğitilmeleri önemli görülmektedir.

## 2.1.5. Bipolar Bozukluğu Açıklayan Psikolojik Modeller

Son 20 yılda bipolar bozukluğun tedavisinde farmakolojik tedavinin bütünleyicisi olarak psikososyal müdahalelerin önem kazanmasıyla birlikte bipolar bozukluğu açıklayan modellerin gelişmesi de hız kazanmıştır (Basco, 2000). Araştırmanın konusu olan ölçek, bilişsel-davranışçı modelle bağlantılı olduğundan öncelikle bilişsel-davranışçı model, daha sonrasında ölçeğin temellendiği özgül model olan Duygudurum Dalgalanmaları ve Bipolar Bozukluklar için Bütüncül Bilişsel Model ele alınacaktır.

### 2.1.5.1. Bilişsel-Davranışçı Model

Alloy, Abramson, Walshaw ve Neeren (2006), unipolar ve bipolar depresyonda benzer bilişsel yapıların ve yanlılıkların, özellikle başarısızlık veya kişilerarası reddedilmeye dair duyarlılık ve yükleme hatalarının olduğunu bulmuşlardır. Aradaki tek fark, bipolar bozuklukta düşünce içeriğinde aşırı değerlilik değişiminin olmasıdır. Bu nedenle, bipolar bozukluğun bilişsel modeli kişilerin çeşitli streslere verdikleri tepkilerin değişkenliğini vurgular. Buna göre bazı kişiler strese depresif belirtilerle, bazıları ise manik belirtilerle tepki verir. Schwannauer (2004), hastaların bedensel ve çevresel tetikleyicilere karşı durumsal tepkiler geliştirdiklerini, diğer taraftan bazı düşünce süreçlerinin de uzun süreli yatkinlıklar şeklinde bir kişilik örüntüsü sergilediğini belirtmektedir. Ayrıca, duygudurum bozukluklarında diatez-stres modeliyle ilişkili olarak, bazı önemli yaşam olaylarının ve çevresel stresörlerin maniyi tetiklediğini, bu konunun gözden kaçırılmaması gerektiğini öne sürmektedir. Dolayısıyla bilişsel davranışçı yaklaşım bipolar bozukluğu dış ve iç çevre duyularının bilişsel yorumlanma şekliyle bağlantılı olarak ele almaktadır. Bu yaklaşımdaki kuramlar daha çok bu yorumlama şekillerini ve bunların nasıl işlediğini açıklama üzerine odaklanmaktadır. Bu bölümde bipolar bozuklukla ilgili bilişsel davranışçı yaklaşımı benimseyen kuramların bazıları ele alınacaktır.

#### 2.1.5.1.1. Beck'in Bilişsel-Davranışçı Modeli

Beck'in klasik bilişsel-davranışçı modeline göre, duygudurum dalgalanmalarına belirli düşünce örüntüleri neden olur. Depresif bireyler kendileri, diğerleri ve dünya hakkındaki olumsuz düşünceleri sonucunda depresif hissetmeye başlarlar. Beck bu değerlendirme stiline "depresif üçlü" adını vermiştir. Bu kişiler kendilerini suçlamaya,

hemen olumsuz sonucu görmeye, siyah-beyaz düşünmeye veya aşırı genellemeye eğilimlidirler. Bu bilişsel stillerin erken dönemde edinilen deneyimlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979). Beck daha sonra sosyotropi ve otonomi şeklindeki iki kişilik boyutunun, depresyona yatkın kişilerde farklı belirtilerin görülmesi, farklı tedavilere tepki vermeleri, farklı tetikleyici olayların ardından depresif epizodlar yaşamaları ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979).

Beck, bipolar bozuklukta, kişinin kendisi, diğerleri ve dünya hakkındaki aşırı olumlu bir değerlendirmesinin olduğunu ve bipolar duygudurum dalgalanmalarının ardında bu bilişsel stilin yattığını düşünmektedir. Bu “aşırı olumlu üçlüden” hareketle, maninin depresyonun ayna imajı olabileceği önerisinde bulunmuştur (Scott, 2001; Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington ve Gyulai, 2002; Schwannauer, 2004). Buna göre benlik aşırı sevebilir ve güçlü, sınırsız potansiyellere ve çekiciliğe sahiptir. Dünya muhteşem fırsatlarla ve deneyimlerle doludur. Geleceğe ise aşırı umutla bakılır. Bu aşırı olumlu düşünce bilişsel hatalarla güçlendirilir. Örneğin kişi olumlu sonuçlara kapılarak, ‘ben her şeyi yapabilirim’ diye düşünebilir, riskleri önemsiz görüp, ‘bu işte hiç tehlike yok’ diye düşünebilir. Dolayısıyla bipolar bozukluk bu bilişler çerçevesinde açıklanabilir.

#### 2.1.5.1.2. Colom ve Vieta'nın Hipomani için Bilişsel Modeli

Colom ve Vieta'nın (2007) geliştirdikleri hipomaninin bilişsel model önermesi Beck'in modelinden etkilenmiştir. Buna göre, depresyondaki ‘negatif’ bilişsel üçlünün yerini, kişinin kendisine, dünyaya ve geleceğe dair aşırı iyimser bakış açısını içeren ‘pozitif’ bilişsel üçlü almaktadır. Hipomanik özellikli otomatik düşünceler genellikle gerçeğe uyuşmazlar.

Colom ve Vieta (2007), hipomanideki bilişsel yapılardaki değişiklikleri depresyondaki katastrofik düşünmenin karşıtı olarak ‘anastrofik düşünme’ şeklinde adlandırmışlardır. Anastrofik düşünme kendine aşırı değer verme, gerçeğin olumlu şekilde yorumlanması ve herhangi bir yargıya, eleştiriye yer vermeyen aşırı iyimserliği kapsamaktadır. Bu bağlamda, Colom ve Vieta (2007) Beck'in “depresojenik varsayımlarına” benzeyen “elatojenik varsayımlar” kavramını ortaya atmışlardır. Bu varsayımlar ve sonucunda oluşan anastrofik düşünceler kişinin anormal şekilde mutlu hissetmesine yol açar. Bu durum biyolojik ritimde bozulmalara sebep olur. Örneğin

manik dönemde kendini hiç yorgun hissetmeyen kişi daha fazla aktiviteye katılır, daha az uyur ve bu durum geri dönüp biyolojik ritimleri daha da bozarak hastalığı daha da şiddetlendiren bir kısır döngü oluşturur.

Colom ve Vieta (2007) hipomanide anastrofik düşünme kapsamında gözlenen beş bilişsel çarpıtma önermektedirler. Bunlar; keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, kişiselleştirme, “ya hep ya hiç tarzı” düşünme ve aşırı kapsayıcılıktır. *Keyfi çıkarsamada* kişi davranışlarının veya durumun pozitif sonuçlarına odaklanarak, aşırı iyimser düşünceler üretir ve grandioziteye doğru kayar. *Seçici soyutlarken* kişi kendini eleştirmekte veya riskleri değerlendirmekte zorlanır. Aynı zamanda seçici soyutlamada gerçek ve hedonik (hazza yönelik) dürtüler olumlu şekilde anlamlandırılmaktadır. Sadece olumlu ayrıntılara odaklanan kişi bu sayede anastrofik düşüncesini doğrular ve bir davranışın olası olumsuz sonuçlarını görmezden gelebilir. Öforik hipomanide içgörü eksikliği, hipomanide kişinin farklı farklı şeylere ilgi duyması ve kısmen de hiperaktivite bu bilişsel çarpıtma ile ilişkilidir. (Colom ve Vieta, 2007).

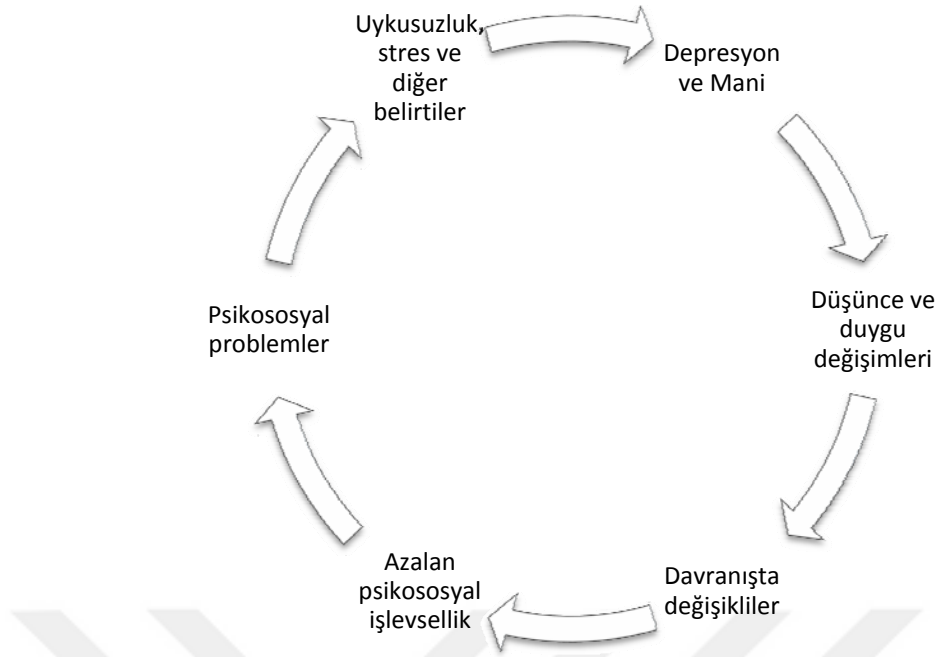
Diğer bir bilişsel çarpıtma olan *kişiselleştirmede* ise, farklı nedenleri olabileceğini düşünmeden kişinin olayları kendine yüklemesi grandiositeye ve kendi becerilerini abartmasına neden olmaktadır (Colom ve Vieta, 2007). Ayrıca “*ya hep ya hiç*” tarzı düşünme hipomanik kişilerin ve sık sık da remisyondaki bipolar kişilerin kendilerini anlatırken hep olumlu uça yer almalarıyla ilişkili görülmektedir (Beck, 2001). Bu bilişsel çarpıtma, öz saygılarının artmasına da yardımcı olur. Son olarak, *aşırı kapsayıcılıkta* kişi bir durumu algı alanındaki birden fazla değişken ve birçok ilişki bağlamında değerlendirir ve o durumun çok ötesinde bir değerlendirme yapar, bu da gerçeği net bir şekilde kavramasını zorlaştırır. Andreasen ve Powers (1974) manik ve şizofren hastalarla sağlıklı katılımcıları bilişsel aşırı kapsayıcılık açısından değerlendirmişlerdir (akt., Goodwin ve Jamison, 2007). Sonuçta, maniklerin düşünme süreçlerinde büyük gruplara ayırdıklarını, sınıflandırma sürecinde değişiklikler yaptıklarını veya aralarında belirsiz bir ilişki olan kavramları da sınıflandırma sürecinde göz önüne aldıklarını, tuhaf veya kişisel nedenlerle kavramları sınıflandırabildiklerini görmüşlerdir.

Colom ve Vieta'nın geliştirdikleri bu model genetik yatkınlık, mevsimsel değişimler ve yaşam olaylarının etkisini göz önüne alarak, biyolojik değişimlerin duygularda değişimlere sebep olduğunu, bunun da düşünce değişikliklerine sebep olduğunu ifade

etmişlerdir. Ortaya attıkları “anastrofik düşünme” kavramı hipomanik yükselmeyi işaret etmektedir. Bipolar hastaların uygun bir psikoeğitimle maninin erken dönemlerinde bu tip düşünceleri yakalayabileceklerini belirtmektedirler. Perry ve arkadaşlarının (1999) prodromal belirtilerin erken tespitinin manik belirtileri azaltmasına rağmen, depresif belirtiler üzerinde aynı etkinin görülmediğini saptamışlardır.

#### 2.1.5.1.3. Basco'nun Bilişsel-Davranışçı Modeli

Basco'ya (2000) göre, depresyon ve mani dönemlerinde düşünce ve duygularda önemli değişimler olur, duygular öforiden irritabiliteye veya disforiye uzanan bir değişim sergiler, stres arttıkça duygusal dalgalanmalar daha da şiddetlenerek umutsuzluğa, anksiyeteye ve öfke dönüşür. Bu süreçte, hem düşünce akışında hem de düşünce içeriğinde değişimler gözlenir. Düşünce hızı depresyonda yavaşken, mani de çok hızlıdır. Bu durum düşüncenin içeriğine ve organizasyonuna da yansır. Düşünce içeriği depresyonda daha olumsuzken, manik dönemde daha olumlu veya paranoid sınırdadır. Bu iki alandaki değişimler davranışlara da yansır. Olumsuz düşünce ve disfori hareketsizliğe sebep olabilirken, olumlu düşünce hiperaktiviteye, başkalarıyla sık sık tartışmaya veya risk almaya neden olabilir. Bu durum psikososyal işlevselliği de olumsuz etkiler ve arkasından psikososyal problem gelir. Örneğin, manik dönemde aşırı harcama evliliklerde sorunlara yol açabilir. Psikososyal problemler, uykusuzluk ve strese neden olur, bu durum da maninin tetiklenmesine veya depresyonun daha da artmasına ve kişinin kendini çaresiz, umutsuz ve yılgın hissetmesine neden olabilir. Bu kendi kendini besleyen bir döngüdür.



Şekil 1. Bipolar I Bozukluğunun Bilişsel-Davranışçı Modeli (Basco'dan (2000) alınmıştır.)

#### 2.1.5.1.4. Newman ve arkadaşlarının Bilişsel-Davranışçı Modeli

Newman ve arkadaşlarının modelinde, diatez-stres modeline atıfta bulunularak, farklı yaşam olaylarının farklı duygudurum dönemlerine neden olduğu görüşünü desteklediği söylenebilir (Newman ve ark., 2002). Örneğin, Johnson, Sandrow ve arkadaşları (2000; akt Alloy, Abramson, Walshaw ve Neeren, 2006) final dönemleri gibi başarı elde etmeye yönelik olayların, bipolar I hastalarında depresif belirtileri değil, manik belirtileri arttırdığını bulmuşlardır.

Newman ve arkadaşları (2002) bipolar bozuklukta şemaların “çift yönlü” olduğunu savunmuşlardır. Onlara göre bir şema sevebilirlik üzerine odaklanabileceği gibi, duygudurum değişimleri ve yaşam olaylarıyla birlikte bu şemanın ters kutbu da ortaya çıkabilir. Kişi bir dönem kimsenin onu sevmediğini düşünse de bir dönem herkesin onu çok sevdiğini düşünebilir.

Newman ve arkadaşları (2002) bipolar bozukluğun bilişsel modelinin yakın dönemli yeniden kavramsallaştırmasına “mod” kavramını eklemişlerdir. Modlar, şemaların “bilişsel, duygusal, davranışsal ağlarının” birleşimleri, aşırı öğrenilmiş davranışlar ve yönetilmesi zor duyguların bütünleştirilmesi olarak düşünülebilir. Diğer bir deyişle, modlar bilişsel, davranışsal, motivasyonel ve duygusal şemalardan oluşan altsistemlerin

hedefe yönelik olarak uyum içinde hareket etmelerini sağlayan bütünleyici bir sistemdir (Scott, 2001). Şemaların veya modların enerji seviyeleri (*charges*) kişinin bilişsel özelliklerinin nasıl oluştuğu ve sürdürüldüğüne dair geçmiş deneyimlere, duruma dair stresörlerin ne derece belirgin olduğuna ve biyolojik bozulmanın ne derece uça olduğuna bağlıdır (Newman ve ark., 2002). Bu şema ve modlar belirli yaşam olayları, sirkadiyen ritmin bozulması veya başka tetikleyiciler tarafından aktive edildiğinde, bipolar kişilerin duygularındaki ve davranışlarındaki aşırılıklar, sözü edilen yatkınlıklardan kaynaklı tepkilerin ortaya çıkmasına sebep olur.

Bireylerin inanç sistemleri olayları ve stresörleri nasıl algıladıklarını etkiler. Şemaların ve inançların aktivasyonu duygulanımları ve davranışları belirlemenin yanı sıra ilgili şemayla ilişkili bilgilerin işlenmesini de etkiler. Örneğin depresif dönemde negatif değerlikli şemalar aktive olur ve bu dönemde özellikle kayıp ve reddedilmeyle ilgili olaylar hatırlanır, dikkat kayıp olasılıkları üzerine odaklanır. (Schwannauer, 2004; Newman ve ark., 2002).

#### 2.1.5.1.5. Lam ve Arkadaşlarının Bilişsel-Davranışçı modeli

Lam ve arkadaşlarına (1999) göre, aşırı başarı-odaklı tutumlar günlük rutinlerde düzensizliğe ve başarı elde etmeye yönelik aşırı çaba gösterme davranışlarına sebep olur. Lam, Wright ve Smith'e (2004) göre, bipolar yatkınlığı olan bireylerde olumlu geribesleme döngüsü olumlu duygudurumu arttıran girişimlerde bulunulmasını destekleyip, hedefi elde etmeye yönelik davranışların artmasına, bağımlılığa karşı inançların aktive olması ise başkalarının fikirlerinin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Örneğin, "başarıyı elde etmeye yönelik eğilim" bu kişilerin aşırı çalışmalarına, uyumamalarına ve mani riskini arttıran düzensiz bir rutine neden olabilmektedir. Ancak, bu kadar çok çaba harcamalarına rağmen istediklerini elde edemezlerse, bu sefer "kendilerini suçlama, umutsuzluk" tutumları ortaya çıkarak depresyona girmelerine yol açabilir.

Wright ve Lam (2004), depresif bipolar hastaların unipolar depresyondaki kişilere benzer şekilde bağımlılık ihtiyacı gösterdiklerini bildirmektedirler. Araştırmacılar bu durumu bipolar hastaların zaman zaman bağımlı olma ve değerliliklerini başkaları aracılığıyla onaylamaya, zaman zaman da başkalarından bağımsız olmaya yönelik ambivalan tutumlar sergiledikleri şeklinde özetlemişlerdir.

Lam, Wright ve Smith (2004) yaptıkları bir çalışmada, bipolar kişilerin işlevsel olmayan atıflarının belli bazı alt kümelerine odaklanmışlardır. Geliştirdikleri modeli test etmek için 143 Bipolar I hastasına İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği-Kısa Formunu uygulanmış ve 4 faktör ortaya çıkmıştır: Hedefi elde etme (*goal attainment*), bağımlılık (*dependency*), başarı (*achievement*) ve bağımlılığa karşı olma (*antidependency*). Majör depresif dönemdeki katılımcılar çıkartıldığında ve kalıntı depresyon belirtileri kontrol edildiğinde, bipolar hastaların “hedefi elde etme” ve “bağımlılığa karşı olma” faktörlerinden aldıkları puanların, unipolar hastalardan oluşan kontrol grubundan anlamlı derecede farklı olduğunu bulmuşlardır. Buna göre, bipolar kişilerde işlevsel olmayan tutumlar açısından başarı odaklı olma ve başarı elde etme öfori yaratmaktadır.

Ayrıca, bu model prodromal dönemlerdeki süreçlere odaklanarak, düşünce, duygu, davranış alanlarında yapılacak müdahalelerin prognozu etkileyeceğini ifade etmektedir. Lam ve arkadaşları, bipolar bozuklukta biyolojik yatkınlığın sirkadyen ritimlerdeki düzensizlikle ilişkili olduğu görüşüne katılarak, düzensiz yaşam tarzı, uyku ve sosyal rutinlerde bozulmaların sirkadyen ritimde dengesizliğe neden olabileceğini söylemişlerdir. Bu modelde sirkadyen ritimlerdeki bozulma akut bir stresten kaynaklanabildiği gibi, kişinin yaşam tarzında kronik hale gelen düzensizliklerden de kaynaklanabilir. Ancak bu alandaki bozulmalar akut epizodlara sebep olmayabilirler. Pek çok bipolar hasta mani veya depresyon yaşamadan önce prodromal dönemler geçirmektedirler (Lam ve ark., 1999, Jackson, Cavanagh ve Scott, 2003). Depue, Krauss ve Spont (1987) belirttiği üzere, bipolar kişiler davranışsal aktivasyon sistemlerindeki düzensizlikleriyle ilişkili olarak, olumlu duygu duygudurum, aşırı sosyallik, motor aktivite artışı veya heyecan arayışına girmektedirler. Bipolar hastalar çevrelerinde olan ödüllere daha duyarlıdır, bu da hipomaninin erken dönemlerinde hedeflerine yönelik aktivitelerde artış görülmesine neden olabilmektedir

Prodromal dönem süresince bilişsel atıflar dikkat edilmesi gereken diğer unsurlardır. Kişi bedensel belirtilerini yanlış şekilde kendi güçsüzlüğüne veya aşırı güçlülüğüne atfederse, prodromal dönem akut epizoda dönüşebilir. Ayrıca, çevreden duyguduruma uygun bilgilerin seçici soyutlanması da kısır döngüyü besleyebilir (Depue, Krauss ve Spont, 1987). Beck'in düşünce-duygu-davranışın birbirini etkilediğini önermesine dayanan modelinde olduğu gibi hastanın prodromal dönemdeki davranışları epizodun sürecine etkide bulunmaktadır. Örneğin, maninin prodromal belirtileri görülen bir kişi

ödüllendirici gördüğü hedefine yönelik davranışlara karşı durabilirse, akut epizod yaşamayabilir (Depue, Krauss ve Spoont, 1987).

Bu model ayrıca, bir epizodun potansiyel stres faktörleri de yaratarak başka epizodların oluşumuna ortam hazırladığını belirtmektedir. Tekrarlayan epizodlar kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz etkilemektedir; stigma, evlilik problemleri, ekonomik sorunlar, statü veya prestij kaybı kişinin hayatında derin izler bıraktığından bunların getirdiği yükler, bipolar hastaların başka epizodlar yaşamalarına neden olmaktadır (Depue, Krauss ve Spoont, 1987).

#### 2.1.5.2. Duygudurum Dalgalanmaları ve Bütüncül Bilişsel Model

Bu yaklaşım, kaynağını yukarıda anılan kuramlardan almakla birlikte, psikozlarda belirtilerin bir kısır döngü içerisinde arttığı ve sürdüğünü savunan psikozların metakognitif yaklaşımları (Morrison, 2001) ile pek çok duygusal bozukluğun benzer bilişsel ve davranışsal süreçler taşıdığını öne süren “tanı-ötesi” (*transdiagnostic*) süreçler yaklaşımını bir araya getirmektedir (Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009). Bu yaklaşıma göre, ruminasyon, düşüncelerin baskılanması, kaçınma davranışları, güvenlik davranışları gibi belirtiler pek çok bozuklukta karşılaşılan süreçlerdendir. Ruhsal hastalıkların bilişsel kavramsallaştırmasında psikotik özellikli olan veya olmayan pek çok bozuklukta intrüzyonların (örneğin, bedensel durumlara dair katastrofik çıkarımlar) olması dikkat çekmektedir. Bu değerlendirmeler erken dönem yaşantılarında edinilen inançlardan etkilenmekte ve sonraki dönemlerde duygudurum düzensizliklerine neden olabilen öz-düzenlemeye (*self-regulation*) dair işlevsel olmayan stratejilerin seçilmesini etkilemektedir. Ayrıca, bu modelin “tanı-ötesi” özelliği duygudurum dalgalanmalarının zaman içerisinde dinamik bir şekilde değiştiğini vurgulamaktadır. Duygudurum dalgalanmaları sınır kişilik bozukluğu, şizoaffektif bozukluk veya bazı anksiyete bozukluklarında da görülen belirtilerden biridir (Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009).

Mansell’e (2006) göre, bu model altı bileşenden oluşmaktadır. Bunlar;

- a. içsel durumdaki değişimler (*change in internal state*),
- b. aşırı kişisel anlam veren değerlendirme (*appraisal of extreme personal meaning*),
- c. yükselme davranışları (*ascent behaviors*),
- d. çökme davranışları (*descent behaviors*),

- e. kişinin duygu düzenlemeye, kendine ve başkalarına dair inançları (*beliefs about affect regulation, the self and others*) ile
- f. yaşam deneyimleridir (*life experiences*).

Mansell'e (2006) göre, maninin oluşumunda bir takım bilişsel ve davranışsal süreçler rol oynamakta ve bunlar kısır döngüler şeklinde işlemektedir. Buna göre, duyguyu, düşünceyi ve davranışı ortaya çıkaran içsel durumdaki dalgalanmalar, bu döngüleri düzenleyecek veya kıracak bilgiyi göz ardı etmeye neden olur ve sonuçta verilecek tepkiyi belirler.

a. İçsel durumdaki Değişimler ve Aşırı Kişisel Anlam Verme

Bu modelin ilk basamağında, farkındalık intrüzyonları (yani fizyolojik, duygusal veya bilişsel alanlardaki içsel değişimler) yanlış değerlendirilerek *aşırı kişisel bir anlam* çıkartılır. Fizyolojik değişimler “huzursuz”, “yerinde duramaz” şeklinde yaşanırken; duygudurumdaki değişimler “üzgün”, “irritabl” veya “yükselmiş” vb. şeklinde yaşanabilir.

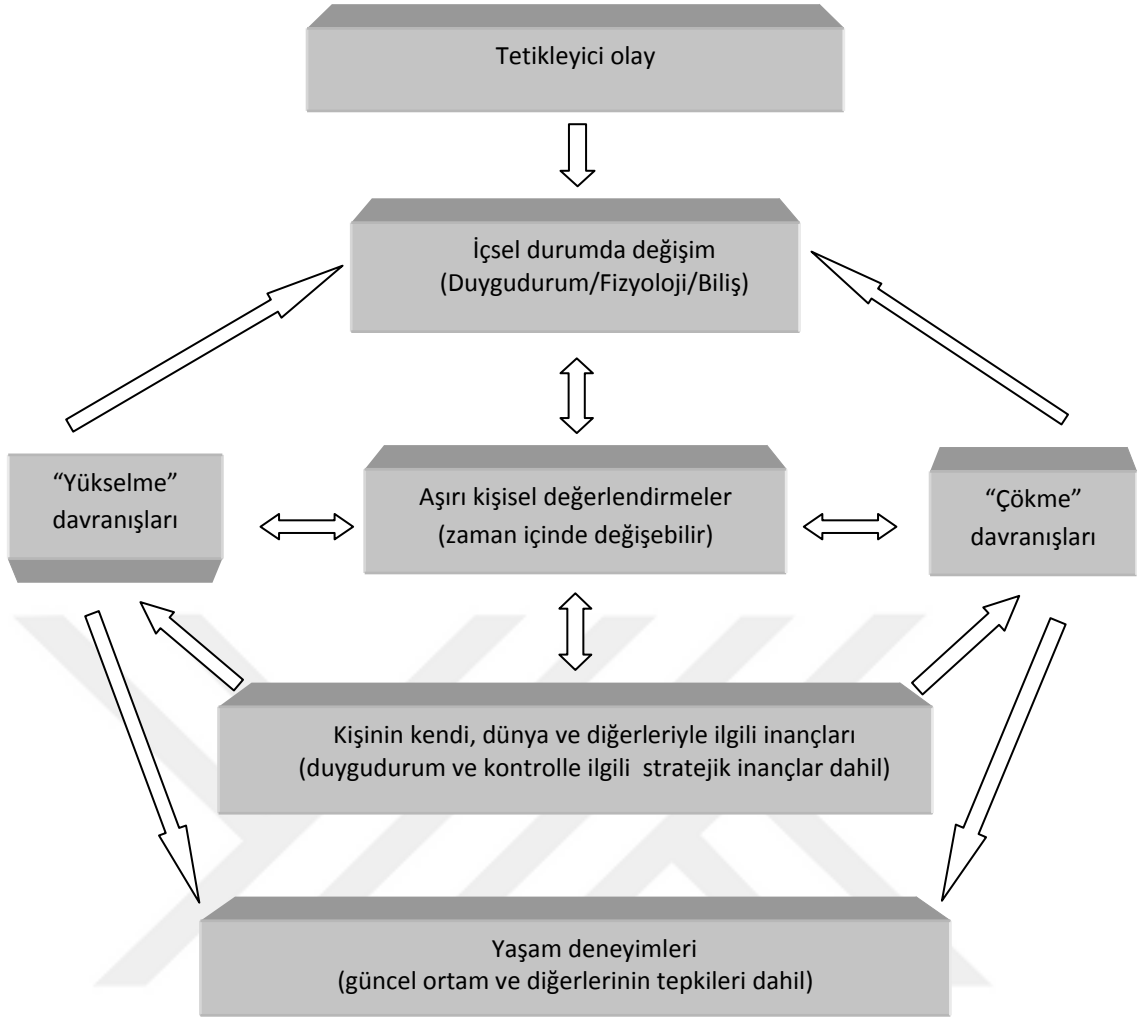
Mansell ve ark.na (2007) göre, bipolar bozukluğu olan bir kişi içsel durumuna dair aşırı kişisel anlamlar yükleyerek olası bir felaketi önlemeye ya da başarı elde etmeye çabalar. Bu sayede durumu kontrol etmeye çalışır. Bu davranışlar durumu yeniden değerlendirmesini veya birbirleriyle çelişen içsel değerlendirmeleri fark etmesini engeller. Mansell, Morrison, Reid, Lowens ve Tai'ya (2007) göre, içsel durumlara aşırı kişisel anlamlar yükleme beş kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; a) öz-başarı (*self-success*) (örn. istediğimi yapmak için gücüm var), b) öz-eleştiri (*self-critical*) (örn. kendimi aptal durumuna düşürüyorum), c) sosyal onay (*social approval*) (örn. eğer çevremdeki herkes için özel olursam, bütün sorunlarım kaybolur), d) diğer-negatif (*other-negative*) (örn. istediğimi elde etmek için çok çabaladığımda, diğer insanlar beni durdurmaya çalışırlar), ve e) felaketleştirmedir (*catastrophic*) (örn. aklımı kaybetmek üzereyim).

İçsel durumlara dair değerlendirmeler aşırı kişisel olmanın yanı sıra, çok değişkenli ve çelişkilidirler. Buna göre manik belirtileri arttıracak birden fazla aşırı içsel durum değerlendirmesi olabilir. Örneğin, bir kişi aşırı durgun olduğu bir durumu felaketleştirerek “depresyona gireceğim ve bir daha iyileşemeyeceğim” şeklinde değerlendirirse depresyona, aşırı aktif olmasını ise “kendimi enerji dolu hissettiğimde, son derece eğlenceli ve esprili biri olurum” diye olumlu yönde değerlendirirse maniye

kayabilir. Aynı şekilde yükselmiş bir duygudurumda iken aşırı olumsuz değerlendirmeler yaparak, “çok heyecanlı ve yerinde duramaz hissettiğimde, kendimi aptal durumuna düşürüyorum” şeklinde düşünebilir (Mansell ve ark., 2011).

Mansell ve ark.na (2007) göre, belli bir anda sadece bir değerlendirme farkındalığı çıkabilse de, bir kişi döngü ilerledikçe diğerlerini de dönüşümlü olarak fark edebilir. İçsel durumlara dair değerlendirmeler kişisel bir başarı veya zayıflık veya yakın zamanda gerçekleşmesi beklenen bir felaketin işaretleri olabilirler. Mansell ve ark.’na (2011) göre, bir kişinin kendisine veya diğerlerine dair aşırı olumlu veya aşırı olumsuz değerlendirmeleri ya da kontrol kaybını düşündüren katastrofik değerlendirmeleri olabilir. Bazen gerçekleştirmeden korkulan felaketler yaklaşan bir mani veya depresyon atağının kişisel sonuçlarıyla da ilişkili olabilir. Kişisel başarıya dönük tahminler geçmişte yaşanmış “başarısızlık, zorluk” gibi durumlarla veya depresyona karşı kazanılacak bir zaferle bağlantılı olabilir. Kişisel başarısızlıkla ilgili değerlendirmeler ise kişinin aktivasyon durumundaki kendine dair saldırısını içerir. Örneğin bipolar bir hasta “bu kadar heyecanlı olduğum için kendimden utanmalıyım” gibi bir düşünceye sahip olabilir (Mansell ve ark., 2007).

Mansell’e (2006) göre, kişinin kendini daha aktif hissediyor olmasını izleyen herhangi bir zorluğa karşı aşırı kişisel bir başarı veya zafer işareti olarak değerlendirilmesi, bir kısır döngü başlatır. Mansell bu kısır döngüye “kendini harekete geçiren değerlendirmeler” (*self-activation appraisals*) adını vermektedir. Örneğin, bipolar kişi uçuşan düşüncelerini zekasının bir işareti olarak yorumlayabilir. Bu tür aktivasyon artışı değerlendirmeleri, aktivasyon belirtilerini daha da şiddetlendirecek tepki stillerinin ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Örneğin, kişinin devamlı yeni yaratıcı düşünceler üretmesini, kişisel başarısını perçinleyen bir durum olarak değerlendirmesi gibi. Yükselme davranışlarını normal hedefe-odaklı davranıştan ayıran özellik, artan aktivasyonun gerçekte herhangi bir başarı getirmese de kişisel bir başarı olarak değerlendirilmesidir (Mansell, 2006).



Şekil 2. Duygudurum dalgalanmaları ve bipolar bozuklukların bilişsel modeli (Mansell ve ark.dan (2007) alınmıştır.)

Mansell ve ark.na (2011) göre, bipolar kişi hipomani veya maninin yükselmesi sırasında, davranışlarını aşırı olumlu (örn. çok hırslı) veya olumsuz (örn. eleştirel) inançlara göre belirler ve sosyal çevresinden gelen tepkileri dikkate almaz. Manide görülen bu karma değerlendirmeler bipolar kişinin “-miş gibi hissederek” aşırı eleştirel veya kontrolcü olarak gördüğü diğerlerine kendini kanıtlamaya çalışmasına neden olur. Bu çaba bir noktadan sonra bipolar kişinin “kontrolünü kaybetmiş” hissetmesine neden olabilir. Mansell ve ark. (2007) göre, bipolar bozukluğu olan kişiler içsel durumlarına dair tek bir işlevsel olmayan inanç yerine birbirleriyle çelişen inançlara sahiptirler. Bipolar kişiler için kendilerini enerjik hissetmeleri hem onları başarıya götüren bir durumken hem de felakete götürecektir bir durum olabilir. Modelin bu özelliği Scott ve Pope’un (2003) hipomanide olumlu ve olumsuz öz-saygı örüntülerinin eş zamanlı olarak var olduğuna işaret eden bulgularını desteklemektedir.

## b. Yükselme Davranışları

Bu modelde davranışsal tepkiler “yükselme” ve “çökme” davranışları olarak ifade edilmektedir. “Yükselme” davranışları kişisel anlam yüklü içsel durumların aktivasyon seviyesini arttırma veya kontrol etmeye yönelik davranışlardır. Bu davranışlara örnek olarak, fizyolojik açıdan daha az uyumaya başlama, uyarıcı maddeler kullanma; sosyal önerileri görmezden gelme; bir şeyleri daha hızlı yapmaya çalışma; içsel olarak devamlı olarak planlar yapma veya endişelenme verilebilir (Mansell ve ark., 2007). Örneğin, kişi düşünce uçuşmalarını muhteşem zekasının bir sonucu olarak görürse, düşünmesini hızlandırmak için uyarıcı maddeler kullanabilir (Kelly, Mansell, Wood, Alatiq, Dodd ve Searson, 2011). Bu modele göre risk alma davranışlarındaki artış da “yükselme” davranışları olarak görülür.

Mansell ve Lam (2006) ötimik Bipolar I, remisyonundaki unipolar ve hiç depresyon yaşamamış sağlıklı kontrollerle tavsiye alma üzerine yaptıkları araştırmada katılımcılar yüksek veya düşük duygu aşılama (*mood induction*) gruplarına ayrılmışlar, katılımcılara çeşitli videolar izletmişlerdir. Yüksek duygu indüklemeye grubundakilere şarkı söylenen, dans edilen, eğlenceli bir çizgi film seyrettirilmiş, düşük duygu indüklemeye grubundakilere ise çizgi film karakterine annesinin öldüğünün söylendiği sahne izlettirilmiştir. Bunun ardından bilgisayarda gösterilen yüzlerin ne kadar güven verici veya onaylayıcı, onaylamayıcı oldukları ile ilgili değerlendirme yapmaları istenmiştir. Araştırmanın sonunda, yüksek duygu indüklemeye grubundaki bipolar kişilerin önerilere daha kapalı oldukları görülmüştür. Bu sonuç bipolar bozukluğu olan kişilerin duygularına göre kararlar verdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Mansell ve ark. (2007), “yükselme” davranışları 4 başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; içsel (örn., aşırı endişe, devamlı hedefler koyma), fiziksel (örn., uzun süre hiç uyumama, uyarıcı maddeler kullanma), davranışsal (örn., bir şeyleri hızlı hızlı yapma, tepkisel davranma) ve sosyal (örn., önerileri göz ardı etme, insanlarla görüşmek için gece yarısında telefonla arama) boyutlardır. Bu davranışlar zayıf *başta çıkma stratejileriyle* benzerlik göstermektedir. Örneğin birden fazla işi aynı anda yapmaya çalışmak manik yinelemelerin yaşanmasına neden olabilir (Mansell ve ark., 2007).

Mansell’e (2007) göre, gerek “yükselme” gerekse “çökme” davranışları işlevsel olarak *güvenlik davranışlarına* da benzemektedir. Zira aşırı kişisel değerlendirmeleri sürdürürler (örneğin, neşeli hissettiğim zaman kendimi diğer insanlardan izole edersem,

yeniden atak geçirmem), içsel durumda değişimlere sebep olurlar (örneğin, günün çoğunun çok hareketli şekilde geçirilmesi uyku düzenini bozar) ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilerler (örneğin, öz güvendeki artışla birlikte diğer insanlardan tavsiye almamaya başlarlar) (Mansell ve Lam, 2006)

Mansell'e (2006) göre, "yükselme" davranışlarını içeren birincil döngü tek başına manik belirtilerin şiddetlenmesine yetebilir. Bipolar kişiler bu döngüleri kırmakta zorlanırlar, çünkü ikincil değerlendirmeler öz-düzenleme süreçlerinin normal seyrini engellerler. İkincil değerlendirmeler diğer insanlar hakkında yapılan ideal, olumlu ve (aşırı) olumsuz değerlendirmeleri, manik belirtilerin felaketleştirilmesini ve kültürel açıdan uygunsuz şekilde değerlendirilecek manik belirtileri kapsamaktadırlar. Başkaları hakkında yapılan olumsuz değerlendirmeler saldırganlık, irritabilite ve paranoyayla, katastrofik değerlendirmeler anksiyete, disfori ve panikle, kültürel açıdan uygunsuz değerlendirmeler ise psikotik belirtilerle ilişkili olarak görülür. Bu değerlendirmeler kişiden kişiye değiştiği gibi, bir kişinin manik dönemi boyunca değişikliğe uğrayabilirler (Mansell, 2006).

### c. Çökme Davranışları

Diğer yandan, aktivasyon seviyesinde azalmayı sağlamak için "çökme" davranışları devreye girer (Mansell, 2007). Bu davranışlar remisyonda iken kişi içsel durumlara (düşünce, duygu, beden) dair içgözlemler yaptıkça ortaya çıkar. Örneğin, kişi üzüntüsünü abartılı şekilde değerlendirirlerse "zavallı gözüktüğüm için herkes beni dışlayacak" gibi düşünebilir. Mansell'e (2007) göre, bu davranışları üç başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar; içsel (örn. ruminasyon, bastırma, öz-eleştirel düşünme); davranışsal (örn. aktiviteleri azaltma); sosyal (örn. daha bağımlı olmak, içe çekilme, diğer insanlarla görüşmemek) bileşenlerdir.

Son dönemde unipolar depresyonda belirti şiddetinin ve yinelemelerin artışında etkili olduğu saptanan "tepki stillerinin" bipolar bozuklukla da ilişkili olabileceği araştırılmaktadır. Kişinin olumsuz duygular ve bunların kendisi için taşıdığı anlam, nedenleri ve sonuçları üzerine tekrarlayıcı şekilde düşünmesi olarak tanımlanan ruminasyonun, özellikle bipolar depresyonda öne çıktığı saptanmıştır (Mansell, Colom ve Scott, 2005). Bipolar depresyonda kişi daha önceden var olan aşırı, katı, hedefe-odaklı inançları sebebiyle davranışlarındaki birtakım değişimlerin sonuçlarından kaçınmak için devamlı düşünür. Diğer bir deyişle, oluşan kısır döngü içinde ruminasyon

kişinin durumu ve davranışlarını düzenleyecek gerçekçi şekilde davranmasını engeller. Örneğin, Thomas ve Bentall (2005) hipomanik özellikler gösteren üniversite öğrencilerinin duygusal inişlerle başa çıkmak için risk alma, ruminasyon ve dikkat dağıtmayı kullandıklarını bulmuşlardır.

Bipolar hastalarda geçmiş epizodlardaki içsel durumlara dair işlevsel olmayan inançların çözümlenmemesi, subsendromal belirtilerin görülmeye devam etmesine neden olmaktadır. Bipolar hastalar günün %30-50 arasındaki bölümünde depresif ve zaman zaman da subsendromal hipomanik belirtilerden muzdarip olduklarını bildirmektedirler (Judd ve ark., 2002). Bu dönemde pek çok bipolar hastanın mani yaşamamak için sosyal içe çekilme, yüksek dozda ilaç alma, aşırı bağımlılık davranışları gibi,, “çökme” davranışlarını gösterdiği dile getirilmektedir. Anksiyetenin eşlik ettiği subsendromal depresif belirtiler bipolar kişilerin “çökme” davranışlarının ardından görülmektedir. Bütüncül Bilişsel Modele göre, yinelemeden kaçınmak için “çökme” davranışlarını kullanmak uzun dönemde subsendromal belirtilerin sürmesine neden olmaktadır. (Mansell ve ark., 2007).

#### d. Duygu Düzenlemeye, Kendine ve Diğer İnsanlara Yönelik İnançları

Kişinin kendine, diğer insanlara ve duygu düzenlemeye dair inançları “metakognitif inançlar” olarak tanımlanmıştır (Mansell ve ark., 2007). Bu inançlar deneyimler yoluyla oluşur, değişik durumlarda ortaya çıkabilir ve bağlantılı içsel durum değerlendirmelerini etkileyebilirler. Ayrıca bu inançlar farklı içsel durum değerlendirmelerini arttırma, devam ettirme veya kontrol etmede kullanılacak davranışların belirlenmesinde de etkilidir.

Bipolar bozukluğa özgü olan ve onu unipolar depresyondan ayıran bilişler, çeşitli araştırmacılar tarafından ele alınmıştır (Lam, Wright ve Smith, 2004; Scott, Stanton, Garland ve Ferrier, 2000; Scott ve Pope, 2003; Lam, Wright ve Sham, 2005, vb.). Lam, Wright ve Sham (2005) bipolar bozukluğu olan kişilerin kendilerini ne derece olumlu özellikleriyle (yaratıcı, başarılı gibi) değerlendirdiklerini, Aşırı Olumlu Kendilik Algısı Ölçeği (*Sense of Hyper-Positive Self Scale*) ile incelemişler, yüksek puan alan kişilerde bilişsel grup terapisinin hipomani ve mani yinelemeleri üzerinde daha az etkili olduğunu saptamışlardır.

Carver ve Johnson (2009), mani ve depresyon eğilimlerini inceledikleri çalışmalarında, maniye eğilimin ödül duyarlılığıyla, yoğun pozitif duygularla, olumlu

genellemelerle, yüksek hedefler koymakla, düşük dürtü kontrolüyle, olumlu duyguları arttıracak ve devam ettirecek stratejileri bulmakla ve risklere dair duyarlılıklarının azalmasıyla düşük düzeyde de olsa ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Öte yandan, depresyona eğilimin yoğun olumsuz duygularla, olumsuz genellemelerle, olumlu duygulardan zevk alamamaya, tehdit duyarlılığıyla aynı ölçüde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Araştırmacılar, manik ve depresif eğilimlerin ayrı bilişsel, motivasyonel ve duygusal değişkenlerle bağlantılı olduğu sonucuna varmışlardır.

Johnson, Eisner ve Carver (2009) ise bipolar bozukluk tanısı olan kişilerle, duygudurum bozukluğu geçmişi olmayan kişileri ve unipolar depresyon yaşamış kişileri karşılaştırdıkları çalışmalarında depresyon geçmişi olanların değil manik atak yaşamış kişilerin para ve şöhret kazanmaya dair daha yüksek beklentileri olduğunu saptamışlardır.

Taylor, Morrison ve Bentall (2006), metakognitif inançlar ve ruminatif düşünceler arasındaki ilişkiyi bipolar depresyonda, manide ve remisyonda incelemişlerdir. Araştırmacılar depresyon ve manik dönemlerde olan kişilerin sıklıkla yararsız düşünce kontrol stratejileri (*unhelpful thought control strategies*) kullandıklarını, ayrıca özellikle depresyondaki ve daha düşük oranda manik dönemdekilerin fonksiyonel olmayan metakognitif bilişlerinin remisyondakilerden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Mansell ve ark.2007).

#### e. Yaşam Deneyimleri

Mansell ve ark. (2007), Bütüncül Bilişsel Model’de yaşam deneyimlerini üç farklı seviyede ele almaktadırlar. Bunlar: 1) fonksiyonel olmayan inançlara neden olan erken dönem *bağımsız* olaylar (*early independent events*), 2) “yükselme” ve “çökme” davranışlarının etkisiyle oluşan ve içsel durum değişikliklerine neden olan *kısmi bağımsız* olaylar (*partially independent events*) ve 3) yinelemeler sonucunda sarmal haline gelen kısır döngülerle ilişkili *bağımlı* olaylar (*dependent events*).

*Bağımsız* yaşam olayları, erken dönemde yaşanan travmatik olayları işaret etmektedir. Örneğin, Mansell ve ark.nın (2007) aktardığı bir çalışmada Reid (2005), öğrencilerde maniye yatkınlığın erken dönem duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmalle ilişkili olduğunu, cinsel taciz ile maniye yatkınlıkla arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur. Yine Mansell ve ark.nın (2007) aktardığı bir doktora çalışmasında Fox (2005), klinik bir örneklemede, annesi tarafından ilgi ve

korunma ihtiyaçları karşılanmayan kişilerde yaşam boyu mani yaygınlığının daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Bütüncül Bilişsel Model *kısmi bağımsız* olayları ikiye ayırmaktadır. Birincisi sirkadyen ritimde düzensizliklere yol açan olaylar, psikoaktif madde kullanımını, çevre uyaranlarının çok fazla olduğu gece kulübü gibi ortamlarda bulunulmasını; ikincisi ise kişisel hedeflerin başarısı veya başarısızlığına ve diğer insanların davranışlarının abartılı değerlendirmelerini kapsamaktadır. İkinci tür olaylara örnek olarak aile üyelerinin bipolar kişinin davranışlarındaki ufak değişimleri olumsuz olarak değerlendirip, aşırı korumacı veya eleştirel davranmaları ve kişinin de bunları değerlendirmeden iki uçtan birinde, ya tamamen kabul edip ya da karşı çıkarak, tepki vermesi verilebilir (Mansell ve ark., 2007).

*Bağımlı* yaşam olayları ise atak döneminde ve bu döneminden ardından yaşanan olayları, örneğin hastaneye yatma, damgalanma, ilişkilerin bozulması gibi, kapsar. Tanı ve hastalıkla ilgili kişiye verilen bilgi veya psikososyal müdahalelerin yetersizliği bipolar hastaların duygudurumlarındaki değişimleri katastrofik şekilde değerlendirmelerine neden olabilir.

Özetle, Mansell ve ark., (2007) tarafından geliştirilen “Bilişsel Bütüncül Model”e göre, içsel durumlardaki değişimlere dair aşırı, birbiriyle çelişen ve kişiselleştirilmiş yorumlamalar duygudurum dalgalanmalarının oluşumunda önemli bir rol oynar (Dodd ve ark., 2010). İçsel durumlara dair değerlendirmeler aşırı olumlu veya aşırı olumsuz olabilir. Aşırı olumlu değerlendirmeler duygudurumda yükselmeye neden olarak yükselme davranışlarının görülmesini, öte yandan aşırı olumsuz değerlendirmeler çökme davranışlarını tetikleyebilir. Bu davranışlar durumu yeniden değerlendirmesini veya birbirleriyle çelişen içsel değerlendirmeleri fark etmesini engeller. Örneğin, bir kişi aşırı durgun olduğu bir durumu felaketleştirerek “Depresyona gireceğim ve bir daha iyileşemeyeceğim” şeklinde değerlendirirse veya aşırı aktif olmasını olumlu yönde değerlendirerek, “Kendimi enerji dolu hissettiğimde, son derece eğlenceli ve esprili biriyimdir” diye düşünürse maniye kayabilir. (Mansell ve ark., 2011). Hipo(mani) kayma sırasında kişi davranışlarını bu aşırı olumlu veya olumsuz değerlendirmelere göre belirler ve sosyal çevresinden gelen tepkileri dikkate almaz. Manide görülen bu karma değerlendirmeler bipolar kişinin “-miş gibi hissederek” aşırı eleştirel veya kontrolcü olarak gördüğü diğerlerine kendini kanıtlamaya çalışmak için daha da çok

çaba harcayarak, bir noktadan sonra kontrolünü kaybetmiş hisleri yaşamasına neden olabilir (Mansell, 2006; Mansell ve ark., 2011).

Görüldüğü gibi Bütüncül Bilişsel Model'den önceki modelleri bir araya getiren ve yeniden organize eden entegratif bir kuramdır. Mansell ve arkadaşları (2006) bu modelin ana kavramlarını bir araya getiren ve tümü üzerinden ölçüm almayı hedefleyen bir ölçek geliştirmişlerdir. Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği (The Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory) adındaki bu ölçek, buraya kadar anlatılan bilişsel davranışçı modellerin izlerini taşımakta ve hastaların genel anlamda bilişsel profilini vermektedir. Remisyon dönemindeki veya hipomanik dönemdeki bipolar kişilerin tutum ve bilişlerini bilmek bu hastalara verilecek psikososyal ve psikoterapötik müdahalelere önemli katkılar sağlayabilir. Hipomanik dönemde bilgi işleme stillerindeki değişimler belirtilerin şiddetlerini etkileyebilirler. Çünkü bilişsel değişikliklerin davranışlar üzerinde etkili olması, hipomanik epizodun alevlenmesini sağlayarak manik bir epizoda dönüşmesine neden olabilir. Bu sebeple, hipomanik dönemlerde bilişler erken terapötik müdahaleye olanak sağlarken, epizodların daha hafif şekilde atlatılmasına yardımcı da olabilmektedir (Colom ve Vieta, 2007). Bu aşamada, Mansell ve arkadaşlarının (2006) geliştirdiği bu ölçeğe yakından bakmak yararlı görünmektedir.

## **2.2. Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği (HİTPOY)**

Bütüncül Bilişsel Model'den temellenen Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği bipolar bozukluğu ayırt eden düşünceleri belirlemek ve maninin gelişiminde etkili olduğu düşünülen bilişsel ve davranışsal süreçleri test etmek üzere oluşturulmuştur. HİTPOY, duygudurum dalgalanmalarına ve bipolar spektrumdaki belirtilere neden olduğu düşünülen içsel durumlara (duygu, düşünce, davranışlar, fizyolojik belirtiler) dair aşırı, olumlu, olumsuz, birbirleriyle çelişen, pek çok inancı kapsamaktadır. Sözü edilen belirtiler öforik duygudurum, artmış aktivasyon, disfori, anksiyete ve irritabileden oluşmaktadır (Mansell, Rigby, Tai ve Lowe, 2008). Mansell ölçekte sözü edilen tutumlar ve davranışlarla ilgili ifadelerin sadece atak dönemlerinde görüldüğünü, fakat ötimik dönemdeyken kişilerin bu davranışlarına ve tutumlarına dair değerlendirmeler yapabildiklerini belirtmiştir. Bu sebeple, ölçek maddeleri katılımcının

içsel durumunda herhangi bir değişimi fark ettiği zaman nasıl davrandığını ve düşündüğünü sorgulamaktadır. Ölçeğin pek çok maddesi “Kendimi iyi hissettiğim zaman...Heyecanlandığımda...” gibi ifadelerle başlamaktadır (Alatiq, Crane, Williams ve Goodwinn, 2010).

Ölçeğin oluşturulması sürecinde ilk olarak manideki belirtiler ve psikolojik süreçlere dair literatürdeki kaynaklar (kitaplar, makaleler, terapi el kitapları, vs) taranarak ve klinik gözlemler de göz önünde bulundurularak 104 ifade belirlenmiştir. Bu ifadeler bilişsel modele paralel olarak 5 temaya göre isimlendirilmiştir (Mansell, 2006):

1. Kendini Harekete Geçirme (*self-activation*): Aktivasyon hisleri ve duygudurumdaki değişikliklere bağlı olarak kişinin kendine dair aşırı olumlu değerlendirmeleri (örneğin; kendimi daha aktif hissettiğimde, çok önemli bir insan olduğumun farkına varırım).
2. Tepki Stili (*response style*): Aktivasyon hisleri ve duygudurumdaki değişiklere verilen bilişsel ve davranışsal tepkilere dair inançlar (örneğin; kendimden memnun olmam için herkesin dikkatinin benim üzerimde olması gerekir).
3. Diğer-pozitif (*other-positive*): Kişinin diğer insanlar tarafından nasıl ideal şekilde görülmesi gerektiğine dair aşırı olumlu tutumlar (örneğin; eğer çevremdeki herkes için çok özel olursam, bütün sorunlarım kaybolur).
4. Diğer-negatif (*other-negative*): Aktivasyon durumlarında kişinin diğer insanlara ve bu insanlarla olan ilişkilerine dair olumsuz inançlar (örneğin; istediğimi elde etmek için çok çabaladığımda diğer insanlar beni durdurmaya çalışırlar)
5. Kendini Felaketleştirme (*self-catastrophic*): Kişinin aktivasyon hislerine ve duygudurumdaki değişiklere karşı katastrofik inançları (örneğin; huzursuz ve yerinde duramaz hissettiğimde, bu benim duygusal bir çöküntüye girmek üzere olduğum anlamına gelir).

Mansell (2006), 104 maddeden oluşan ölçeği 22 bipolar hastaya ve 22 tanı almamış kişiye uygulamış ve bütün maddelerin ortalamalarının ve her bir alt ölçeğin bipolar bozukluğu olan kişileri sağlıklı kontrollerden ayırdığını görmüştür. Ayrıca, ölçekte yüksek bir iç tutarlılık bulunmuştur ( $\alpha=.98$ ) Bu sonuç bilişsel faktörlerin bipolar bozuklukta ayırıcı olabileceğini göstermektedir.

Anılan çalışmada, grupların birbirinden en çok farklılaştığı maddelerin Kendini Harekete Geçirmeye dair cümleler olduğu görülmüştür. Bu maddeler modelin birinci

döngüsüne denk gelmektedir ve manik durumu en yakın anlatan cümlelerdir. Tepki Stiline dair maddelere bakıldığında, bipolar grubun duygudurumlarındaki, düşüncelerindeki ve davranışlarındaki değişimlerle başa çıkmak için sorumluluk almak veya bu değişimleri kontrol etmek konusunda sıkıntı yaşadıkları ve hatta tam kontrol altında tutmaya çalıştıkları anlaşılmaktadır (Mansell, 2006).

Mansell'in (2006) çalışmasına göre, bipolar hastalar iyi hissederken olayların arasındaki bağlantıları bulabilmek, daha çok düşünce üretmek, daha hızlı tepki vermek veya uzun uzun diğer insanlarla konuşmak gerektiğine inanmaktadırlar. Bu maddeler modeldeki yükselme davranışlarına işaret etmektedir. Bir diğer bulgu ise bipolar grubun diğer insanların onlar hakkında olumlu düşünceleri için güçlü bir istek duymalarıdır. Modele göre onaylanma ihtiyacına yönelik bu inançlar diğer insanların gerçek tepkilerini onların kendilerinden beklentilerinin çok altında olduğu şeklinde algılamalarına ve bu yüzden diğer kişileri olumsuz şekilde değerlendirmelerine neden olmaktadır (Mansell, 2006).

Aynı zamanda bipolar gruptakilerin nasıl hissettikleri ile diğer insanların onları ne kadar anladıkları arasında ters bir ilişki görülmüştür (Mansell, 2006). Yani hastalar, diğer insanların onları durdurmaya veya istediklerini elde etmelerini engellemeye çalıştıkları şeklinde düşünmektedirler. Mansell'e (2006) göre, diğer insanlara dair bu değerlendirmeler hastaların manik atak öncesinde diğer insanların görüşlerini veya tavsiyelerini almayı reddetmeleri ile ilişkilidir. Bu süreçte hastalar amaca yönelik davranışlarında ısrar ettikçe manik belirtileri daha da belirginleşmeye başlar. Bu durum irritabilitenin, bazen paranoya ve saldırganlığın artmasına neden olabilir (Mansell, 2006).

Anılan çalışmada, bipolar gruptakilerin durumların felaketleştirilmesine dair cümlelere de daha yüksek puan verdikleri görülmüştür. Yeniden atak geçirebilecekleriyle ilişkili inançların daha belirgin olduğu görülmüştür. Bu korkuları bir dereceye kadar gerçek olsa da, bütüncül model bu korkuların abartılabildiğini ve aşırı endişe ve kaygıya neden olabildiğini belirtmektedir (Mansell, 2006).

Mansell'in bu çalışmasındaki bir diğer nokta ise, bipolar grubun başarısız olmaya dair daha çok korktuğunu rapor etmeleridir. Mansell ve Lam (2004) otobiyografik bellek üzerine yaptıkları bir araştırmada remisyondaki bipolar hastaların başarısızlık deneyimlerine dair anıları daha çok hatırladıklarını görmüşlerdir. Bütüncül bilişsel

modelde algılanan başarısızlık elde ettikleri başarılarını görmelerini engellemektedir. Düşük aktivasyon durumlarında başarısızlıkla ilişkili ruminasyon ön plana çıkar ve bipolar depresyona neden olur (Mansell ve Lam, 2006; Mansell, Colom ve Scott, 2005).

Mansell, Rigby, Tai ve Lowe (2008), 191 psikoloji lisans öğrencisi ile HİTPOY'un faktör yapısını çalışmışlar ve beş faktör saptamışlardır:

1. Başarı aktivasyonu ve korkuya karşı zafer (*success activation & triumph over fear*),
2. Aktive edici tepki stili (*activating response style*),
3. Aktif haldeyken kontrolü kaybetme (*loss of control when activated*),
4. Azalan sosyal düzenleme (*reduced social regulation*),
5. İçsel durumlara dair katastrofik inançlar (*catastrophic beliefs of internal states*).

Bu çalışmada, bütüncül bilişsel modelin bileşenleri açısından bakıldığında bir tek "Kontrolü Kaybetme" faktörünün Mansell'in (2006) belirlediği alt ölçeklerle örtüşmediği görülmüştür. "Azalan sosyal düzenleme" faktörü ile Diğer-Negatif ve Tepki Stili alt ölçekleri, "içsel durumlara dair katastrofik inançlar" faktörü ile Kendini Felaketleştirme alt ölçeği, "aktive edici tepki stili" ile Tepki Stili alt ölçeği ve "başarı aktivasyonu ve korkuya karşı zafer" ile Kendini Harekete Geçirme alt ölçeği ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan 50 maddelik HİTPOY'da öz-eleştirel (*self-critical*) inançların bulunmaması kapsam geçerliliği açısından bir kısıtlılık yaratmaktadır.

Alatiq, Crane, Williams ve Goodwin (2009) HİTPOY'un bipolar bozukluğu ne derece ayırt edebildiğini araştırmak için remisyondaki 40 bipolar ve 20 unipolar hasta ile 20 sağlıklı kişiyi karşılaştırmışlardır. Bipolar gruptakilerin unipolar ve sağlıklı kişilere göre HİTPOY'dan toplamda daha yüksek puan aldıklarını, yanı sıra Kendini Felaketleştirme, Tepki Stili ve Diğer-Negatif alt ölçeklerinden de yüksek puan aldıklarını saptamışlardır. FOTÖ puanları incelendiğinde, fonksiyonel olmayan tutumlar açısından üç grup arasında bir farklılık bulunamamıştır. Alatiq ve arkadaşları bu sonucu her ne kadar klinik grup Hamilton Depresyon Ölçeği'nden daha yüksek puan alsalar da depresif belirtilerin fonksiyonel olmayan inançları aktive etmeye yetecek seviyede olmadıkları şeklinde değerlendirmişlerdir.

Mansell ve ark. (2011), HİTPOY kullanarak bipolar I tanılı kişilerin içsel durumlara dair aşırı olumlu ve olumsuz değerlendirmelere daha yüksek puan verecekleri hipotezini

üç kontrol grubunda araştırmışlardır. Bunlar; remisyondaki unipolar depresyon grubu (n=22), geçmişte hipomanik dönemler yaşayan (n=16) ve yaşamayan tanı almamış (n=22) katılımcılar. Yaş, eğitim düzeyi ve bipolar belirtiler kontrol edildiğinde, yineleme yaşayan grup ve bipolar grubun tamamı kontrol gruplarına göre HİTPOY'dan yüksek puan almıştır. Yineleme yaşayan grup unipolar gruptan 3 alt ölçekte yüksek puan almışlardır. Bunlar; Başarı-Aktivasyon (örn. iyi hissettiğimde ne yaparsam yapayım, yanlış yapmayacağımı bilirim”), Azalan Sosyal Düzenleme (örn. duygusal durumum aşırı bir hal aldığımda, bununla başa çıkmak için sorumluluk alamam), Kontrol Kaybı (örn. duygularım aşırı bir hal aldığımda, kontrol edemem) alt ölçekleridir. Remisyon grubundakiler klinik tanı almamış grupdakilere göre HİTPOY'dan yüksek puan almıştır. Fakat toplam puan açısından ne yineleme yaşayan grup ne de unipolar grupla aralarında bir fark bulunamamıştır. Bu durum yazarlar tarafından bariz bir iyileşmeye rağmen duygudurum dönemlerine dair bilişsel yatkınlığın devam ettiği şeklinde yorumlanmıştır.

Dodd, Mansell, Sadhnani, Morrison ve Tai (2010) orijinal HİTPOY'a 11 madde eklemiştir. Bu maddeler aktivasyon durumlarındaki öz-eleştirel inançlarla ilgilidir (örn. “huzursuz ve yerinde duramaz olduğumda, kendimle baş etmek için kendime karşı katı olmalıyım”). Ayrıca Kendini Harakete Geçirme (Mansell, 2006) maddeleri aşırı kişisel hedefleri başarmak için duyulan arzuları da (örn. “çok meşhur değilsem, insan olarak değersizim”) içeren maddelerle genişletilmiştir. Bu maddeler Johnson ve Carver'ın (2004) çalışmasında da belirtildiği üzere, manik atak öncesinde kişilerin meşhur olma, zengin olma, politikada etkili olma gibi arzuları ele almaktadır. Lam, Wright ve Smith'in (2004) çalışması da bu düşüncelerin bipolar bozukluğa özgü olabileceğini desteklemektedir. Diğer maddeler aktivasyon durumlarındaki karmaşa, karışıklıkla ilişkilidir (örn. “daha çok heyecanlandıkça, neyin gerçek olduğunu daha çok karıştırıyorum”).

Dodd ve ark. (2010) diğerlerinden farklı olarak HİTPOY'u iki farklı zamanda uygulamış ve ölçeğin yordayıcılığına bakmışlardır. Bu çalışmada da Mansell, Rigby, Tai ve Lowe'un (2008) çalışmasında olduğu gibi DDBÖ ile bir ilişki bulunmuştur. Yine de DDBÖ'nün 3 aylık bir dönemi değerlendirmek için kullanılmış ve örneklemin öğrencilerden seçilmiş olmasının kısıtlılık olabileceği tartışılmıştır. Ölçeğin başlıca bileşenlerinin ne olduğu incelendiğinde, Kendini Harakete Geçirme, Kendini-ve-Diğerini Eleştiren İnançlar (*Self-and-Other Critical Beliefs*), Katastrofik İnançlar,

Sosyal Onaya dair Aşırı Değerlendirmeler (*Extreme Appraisals of Social Approval*), Aşırı Heyecana dair Değerlendirmeler (*Appraisals for Extreme Agitation*) and Kontrol Kaybı olduğu görülmüştür. Araştırmanın sonucunda öz-eleştirel inançların eklenmesinin içsel durumlardaki değişimlere yüklenen aşırı kişisel anlamların değerlendirilmesi açısından önemli görülmektedir.

Kelly ve ark. (2011) yüksek aktivasyon durumlarının aşırı şekilde olumlu veya olumsuz yorumlanmasının mani veya depresyonu yordayıp yordamadığını araştırmışlardır. Diğer bir deyişle, örneğin bir kişi zihninde düşüncelerin uçuşmasını zekasının bir işareti olarak da görebilir ya da aklını kaybettiği şeklinde de değerlendirebilir. Bu içsel durumları değerlendirme şekilleri kişilerin bu durumları nasıl dengeleyeceklerini de belirler. Bu amaçla çalışmada, 171 Bipolar I-II hastası, 42 unipolar depresyon hastası ve 64 tanı almamış kişiye 50 maddelik HİTPOY uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda olumsuz değerlendirmelerin atak olasılığını daha çok yordadığını görmüşlerdir. Olumlu değerlendirmeler ise olumsuz değerlendirmelerle birlikte atak olasılığını arttırmaktadır. Bipolar bozukluğu olan kişilerin aktivasyonun yükseldiği durumları birbirleriyle çelişen şekilde, yani hem aşırı olumsuz hem de aşırı olumlu olarak, değerlendirebilmektedirler. Birbirleriyle çatışan bu değerlendirmeleri düzenlemek için giriştikleri çabalar duygudurum dalgalanmalarına yol açmaktadır.

### **2.3. Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği - Kısa Form (Kısa-HİTPOY)**

Mansell ve Jones (2006), 104 maddelik ölçeğin 30 maddelik kısa versiyonunu geliştirmişlerdir. Kısa versiyonda ters ve nötr maddeler de eklenmiş, bu şekilde gözlenen farklılığın katılımcıların genelde gösterdikleri tepkilere bağlı olmadığına bakmak amaçlanmıştır. 56 bipolar tanılı katılımcı ve 39 sağlıklı kontrolden oluşan örnekleme, bipolar grubun toplam Kısa-HİTPOY puanının ve düz maddelerde aldıkları puanların kontrollere göre daha yüksek olduğu, ters maddelerde ise düşük puan aldıkları, nötr maddelerde ise iki grup arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Ters maddelerde daha düşük bir iç tutarlılık gözlenmesi bu maddelerin belli disfonksiyonel inançların varlığı yerine yokluğu şeklinde değerlendirilmesinden kaynaklanabileceği şeklinde açıklanmıştır. Toplam puanlar açısından gruplar arasındaki farkın o andaki

mani ve depresyon belirtileri ile geçmiş hipomanik belirtiler kontrol edildiğinde değişmediği gözlenmiştir. Kısa-HİTPOY’da ortalama puan ile şu andaki hipomanik belirtiler arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Çünkü İçsel Durum Ölçeği’de (*Internal State Scale*) aktivasyon ve çatışma alt ölçeklerinden yüksek puan, depresyon alt ölçeğinden ise düşük puan almışlardır. Bu açıdan Kısa-HİTPOY hipomaninin artmış aktivasyon, irritabilite, disfori ve paranoya gibi belirtilerini kapsadığı söylenebilir. Depresyon alt ölçeği ile görülen korelasyon araştırmacılar tarafından bipolar depresyon ile hipomanide benzer temalar görüldüğü, örneğin kişinin kendine verdiği değeri yaptığı şeylere göre değerlendirmesi, şeklinde değerlendirilmiştir.

Kısa-HİTPOY Mansell (2006) tarafından terapötik bir ölçek olarak tasarlanmıştır. Bipolar bozukluğun bilişsel-davranışçı terapisinde atağın tekrarlayacağına dair korku, endişeyle ilgili katastrofik düşünceler kadar olumlu düşünceler üzerine de çalışılmakta, gerekli durumlarda davranışsal deneyler yolu ile bu düşünceler sınanmakta ve davranışsal değişim sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu ölçek kişilerin tutumlarına dair tahminler içerir ve bu tahminler terapide test edilebilecek düşünceler şeklindedir. HİTPOY, kişilerin kendilerini değerlendirmeleri sağlayarak, kendilerine, hastalıklarına dair bir bakış açısı, bir farkındalık kazanmalarına yardımcı olur. Görüşmeler sırasında ise, kişinin atak dönemlerinde kendine bakışını değerlendirmek adına zengin bir malzeme sağlamaktadır. Bu özellikleri açısından Türk örneklemindeki bipolar hastalara psikoterapötik müdahalelerde kullanılabilecek yararlı bir ölçek olarak görünmektedir. Bipolar bozuklukların tedavisinde psikoterapötik yaklaşımlara yeteri kadar yer verilmeyen ve bu süreçlerde kullanılabilecek değerlendirme araçları açısından oldukça yoksunluk yaşanan ülkemizde bu ölçek, alandaki eksikliği azaltma konusundaki faydalı bir katkı olarak düşünülmektedir.

Buraya kadar anlatılanlardan yola çıkarak bu araştırmada yanıt aranacak soruları şu şekilde özetlemek mümkündür:

1. Kısa-HİTPOY Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
2. Türk örnekleminde Kısa-HİTPOY’un faktör yapısı nasıldır?
3. Bipolar hastalar, unipolar hastalar ve sağlıklı kontrol gruplarının Kısa-HİTPOY’dan aldıkları puanlar açısından anlamlı farklılıklar var mıdır?

4. Kısa-HİTPOY ile Duygudurum Bozukları Ölçeği'nden alınan puanlar arasında bir ilişki var mıdır?
5. Kısa-HİTPOY ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında bir ilişki var mıdır?



# BÖLÜM 3 TEZ ÇALIŞMALARI

## 3. 1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

### 3.1.1. Araştırma grubu

#### 3.1.1. 1. Klinik örneklem

Araştırma, Şubat 2011- Haziran 2011 tarihleri arasında, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalık Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Duygudurum Polikliniği ve diğer poliklinikler; Ankara Ulus Devlet Hastanesi Psikiyatri Servisi ve Bursa Uludağ Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Duygudurum Polikliniği'nde yürütülmüştür. Araştırmanın klinik örneklemini, bu kurumlarda Bipolar I, Bipolar II ve Ünipolar (majör depresyon- tek epizod ve/ya reküran) Duygudurum Bozukluğu tanıları konmuş, psikiyatristleri tarafından remisyon döneminde olduklarına karar verilen ve kontrol tedavilerine devam eden, 115 bipolar ve 36 unipolar hasta oluşturmaktadır.

Örneklem oluşturma kriterleri, DSM-IV-TR'ye göre bipolar bozukluk veya majör depresif bozukluk kriterlerini karşılamak, en az 8 haftadır remisyon döneminde olmak, 18 yaş ve üstü olmak, Türkçe okumak ve yazmak, araştırmaya katılım yönünde yazılı onam olarak belirlenmiştir.

Dışlama kriterleri, duygudurum bozukluğunun alkol veya madde kullanıma/bağımlılığına bağlı olması, tıbbi bir duruma bağlı olması, halihazırda aktif bir epizodun varlığı, herhangi bir organik beyin hasarı veya envanterleri tamamlamayı engelleyecek bilişsel bir sorun şeklinde belirlenmiştir. Bu kriterlere uyup uymadıklarına hastaların dosyalarındaki bilgilerle karar verilmiştir.

#### 3.1.1.2. Sağlıklı kontrol örneklemini

Herhangi bir psikolojik bozukluğu olmadığını beyan eden, yaş, cinsiyet ve eğitim açısından klinik örneklem ile mümkün olduğu kadar eşleştirilen, toplumun çeşitli kesimlerinden gelen kişiler ve/veya üniversitelerin lisans ve yüksek lisans bölümlerinde okuyan öğrencilerden oluşmuş 103 kişilik bir gruptur. Bu kişilere kişisel bağlantılar yoluyla ulaşılmış ve araştırmaya katılım konusunda onayları alınmıştır. Kişilerin daha önce veya şu sırada herhangi bir psikolojik bozukluk yaşayıp yaşamadıkları, bilgi formunda bu konuya ilişkin sorulara verilen yanıtlara göre belirlenmiştir

### 3.1.2. Prosedür

#### 3.1.2.1. Eser Sahibinden İzin

“Brief- Hypomanic Attitude and Positive Predictions Inventory” ölçeğini Türkçe’ye çevrilmeden önce ölçeğin sahibi Dr. Warren Mansell’dan yapılacak tüm işlemler için yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 2).

#### 3.1.2.2. Etik Onay

Araştırmaya başlamadan önce, İzmir Üniversitesi Etik Kurulu’nda çalışmanın mevcut bilim ve araştırma etiği kriterlerine uygunluğu değerlendirilmiş ve kurul etik onayı alınmıştır (Bkz. Ek 1).

Ayrıca araştırma öncesinde verilerin toplanacağı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin “Eğitim ve Bilimsel Araştırma Kurulu’ndan” da etik onay ve izin alınmıştır.

#### 3.1.2.3. Kısa-HİTPOY’un Türkçe’ye Çeviri Çalışması

1. Türkçe’ye çeviri: Türkçe çeviri aşamasında, psikiyatri ve psikoloji alanlarından 4 farklı kişi ölçeği Türkçe’ye çevirmiştir. Çevrilen metinlerin orijinal metinle karşılaştırmaları yapılmış, çeviri metinler araştırmacılar tarafından metinlerin karşılıklı uygunlukları kıyaslanarak ölçeğin ilk Türkçe taslağı oluşturulmuştur.

2. Geri çeviri (*back-translation*): Oluşturulan Türkçe taslak İzmir Üniversitesi Amerikan Dili ve Edebiyatı Bölümünden 2 akademisyen tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir. Bu aşamada geri çeviri metni ile orijinal metin arasında tatmin edici benzerlik olduğu görülmüş ve ölçeğin Türkçe çevrisinin kabul edilebilir düzeyde orijinalini karşıladığına karar verilmiştir. Bu aşamadan sonra ölçeğin Türkçe formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

#### 3.1.2.4. Ölçeklerden uygulama kitapçığı oluşturma

İlk aşamada, araştırmada kullanılacak tüm ölçekler birbirlerine benzerlik göstermeleri için ortak bir formatla yeniden düzenlenmiş ve küçük bir ölçek kitapçığı haline getirilmiştir. Bu kitapçığın ilk sayfasında “Onam Formu” bulunmaktadır. Bu formda araştırmanın amacı, araştırmayı yapan kişiler, araştırmanın sonuçları ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden yapmaları beklenenler hakkında bilgi verilmektedir. Katılımcı adayı bu bilgileri okuduktan sonra araştırmayı katılmayı kabul

ederse, belirtilen yere “X” işareti koymaktadır. Katılımcıların anonimliğini sağlamak için yazılı onamda ad-soyad, imza veya hasta numarası gibi bilgilerin istenmemesine karar verilmiştir (Bkz. Ek - 3).

Uygulama kitapçığının ikinci sayfasında Demografik Bilgi ve Klinik Bilgi formu bulunmaktadır. Burada katılımcılardan araştırma için önemli olabilecek bazı demografik bilgiler istenmekte, ancak herhangi bir kimlik bilgisi alınmamaktadır. Klinik Bilgi kısmında ise tanı ve tedaviyle ilgili bilgiler bulunmakta, bu kısmı araştırmacı hasta dosyası bilgilerinden yararlanarak doldurmaktadır (Bkz Ek - 4).

Uygulama kitapçığının diğer sayfalarında Kısa-Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği-A Formu, sıra etkisini kontrol etmek için her katılımcıya farklı sıralarda sunulacak şekilde her kitapçıkta sıraları değiştirilerek düzenlenmiştir.

### 3.1.2.5. Veri toplama çalışması

Bu çalışmada, yukarıda anılan kurumlarda, belirtilen özelliklerdeki hastalar, araştırmaya destek veren psikiyatristler tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayandığı ve katılımcılardan yazılı onam alındığı için, araştırmacı yönlendirilen bu kişilere araştırmanın amacını, önemini, araştırmacıları, araştırmaya katılanlarından ne istendiğini anlatmış ve araştırmaya katılmayı kabul edip etmediklerini sormuştur. Katılmayı kabul edenler ile araştırmaya devam edilmiş ve soru kitapçığı kişilere tanıtılmıştır. Sonrasında ölçek formunun ilk sayfasındaki onam formunu okumaları istenmiş ve araştırmaya katılma kararları devam ediyorsa onam formundaki belirtilen yere “X” işareti koymaları istenmiştir. Bu işlemi yapan katılımcılara, her ölçeğin başında yer alan yönergeler okunmuş ve ölçekleri nasıl dolduracakları tarif edilmiştir. Katılımcılar daha sonra ölçekleri yalnız kalabilecekleri bir ortamda, tek başlarına doldurmuşlardır. Son olarak, ölçekler hastalar tarafından doldurulduktan sonra, demografik bilgi kısmındaki klinik bilgiler araştırmacı tarafından hasta takip dosyalarındaki bilgilerle tamamlanmıştır.

Uygulamaya katılanlardan, test-tekrar test ölçümü için 1 ay sonra Kısa-HİTPOY’u yeniden doldurmaları rica edilmiş, örneklemin yaklaşık 1/5’i bunu kabul etmiş ve tekrar test ölçümleri bu hastalardan toplanmıştır. Bunun işlem için ve hastaların anonimitesini sağlamak açısından her bir katılımcıya bir kod verilmiş, 1 ay sonra test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek için bu kodlar kullanılmıştır.

## 3.2. ARAŞTIRMA ARAÇLARI

### 3.2.1. Kısa-Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği (Kısa-HİTPOY):

Mansell (2006) tarafından geliştirilen 104 maddelik “The Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory”, bipolar bozukluğu diğer bozukluklardan ayırt eden kognisyonları belirlemek ve mani veya hipomaninin gelişiminde etkili olabilecek inançları ortaya koymak amacıyla oluşturulmuştur (Bkz EK - 5). Daha sonra, bipolar ve kontrol gruplar arasındaki farklılıkların etki büyüklüklerine göre yapılan sıralamanın ardından, en yüksekte bulunan 25 madde alınarak bu ölçeğin kısa formu oluşturulmuştur. Ölçek 10 maddenin (2, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 23, 26, 30) Ayrıca, bipolar bozukluk ile doğrudan ilişkili olmayan 5 nötr madde örneğin, “Çoğunlukla insanların neden öyle davrandıklarını merak ederim.” eklenmiştir. Ters ve nötr maddelerde gözlenen farklılıkların katılımcıların genelde gösterdikleri tepkilere bağlı olmadığına bakmak amaçlanmıştır. Maddeler seçkisiz şekilde sıralanmıştır. Denekler her bir maddede belirtilen düşüncelere %0 (hiç inanmıyorum) ile %100 (tamamen inanıyorum) arasındaki çizgi ölçekte ne kadar inandıklarını işaretlemektedirler. Bu çalışmadaki Türkçe versiyonunda orijinal ölçekten farklı olarak 0 (hiç inanmıyorum) ile 10 (tamamen inanıyorum) arasındaki çizgi ölçek kullanılmıştır. Alt ölçekler düz, ters ve nötr maddelerden alınan ortalama puanlara göre belirlenecektir. Ölçekten elde edilecek toplam puan sadece düz ve ters maddelerin toplamından oluşmaktadır. Ölçekten yüksek puan almak hipomanik tutumların yüksek olduğunu işaret etmekle birlikte, Kısa-HİTPOY daha çok niteliksel olarak tutumlar hakkında bilgi vermektedir.

Mansell (2006) 104 maddeden oluşan ilk ölçekte yüksek bir iç tutarlılık bulmuş ( $\alpha=.98$ ) ve 5 alt ölçek saptamıştır: kendini harekete geçirme, tepki stili, diğer-pozitif, diğer-negatif ve kendini felaketleştirme. Bipolar ve sağlıklı kontrol grubunun en çok farklılaştığı maddelerin ise kendini harekete geçirmeyle ilişkili maddeler olduğunu görmüştür. Mansell ve Jones (2006) 30 maddelik kısa ölçeğin güçlü bir iç tutarlılığı olduğunu saptamışlardır ( $\alpha=.81$ ). Düz, ters ve nötr maddelerden oluşan ölçekte iç tutarlılığın düz maddelerde yüksekken ( $\alpha=.86$ ), ters maddelerde  $\alpha=.56$  ve nötr

itemlerde  $\alpha = .05$  olduğunu görmüşlerdir. Mansell, Rigby, Tai ve Lowe (2008) 50 maddelik HİTPOY'da beş faktör elde etmişlerdir: başarı aktivasyonu ve korkuya dair zafer, aktive edici tepki stili, aktif haldeyken kontrolü kaybetme, azalan sosyal düzenleme ve içsel durumlara dair katastrofik inançlar. Kullanılan ölçekte öz-eleştirel inançlara dair maddelerin olmaması ölçeğin kapsam geçerliliğini kısıtlamaktadır. Ayrıca, Mansell, Rigby, Tai ve Lowe (2008) bu çalışmada DDBÖ ile HİTPOY ortalama puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptamışlardır ( $r = .49$ ). Dodd ve ark. (2010) HİTPOY'a öz-eleştirel inançları içeren 11 madde daha ekleyip, Öz-Aktivasyonla ilgili maddelere hedeflerin başarılması konusunda duyulan arzunun aşırı kişiselleştirilmesiyle ilişkili maddelerle genişleterek oluşturulan 61 maddelik yeni ölçekte faktör yapısını çalışmışlar ve 6 faktör belirlemişlerdir: Öz-aktivasyon, öz-ve-diğer eleştirel inançlar, katastrofik inançlar, sosyal onaya dair aşırı değerlendirmeler, aşırı heyecana dair değerlendirmeler ve kontrol kaybı. Kelly ve ark. (2011) HİTPOY'daki olumsuz değerlendirmelerin atak olasılığını arttırdığını, olumlu değerlendirmelerin olumsuz olanlarla birlikte atak riskini arttırdığını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda Bütüncül Bilişsel Model'in de ortaya koyduğu gibi birbirleriyle çelişen aşırı değerlendirmeler duygudurum dalgalanmalarına neden olmaktadır. Sonuç olarak, HİTPOY ile yapılan çalışmalarca vurgulanan ölçeğin bipolar belirtileri yordayabildiğidir.

### **3.2.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ):**

Hirschfeld ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilen "Mood Disorder Questionnaire", bipolar bozuklukların tanınması ve saptanmasına yönelik olarak geliştirilmiştir (Bkz EK - 6). Ölçekten yüksek puan almak duygudurum sorunlarının olduğu anlamına gelirken, düşük puan almak duygudurum sorunlarının bulunmadığı anlamına gelmektedir. DBÖ, duygudurum bozuklukları spektrumundan yer alan bütün hastalar ile duygudurum bozukluğu örüntüsünün araştırıldığı gruplarda kullanılmaktadır. Evet ve hayır cevaplarını içeren 3 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Birinci soru 13 alt maddeden oluşmakta ve yaşam boyu manik veya hipomanik belirtileri araştırmaktadır. İkinci soruda ise, "evet" olarak cevaplanan sorulardaki belirtilerin eşzamanlı olarak yaşanıp yaşanmadıkları sorgulanmaktadır. Üçüncü soruda bu belirtilerin işlevsellik üzerine etkileri "hiç- az- orta derecede- ciddi" düzeylerinde sorgulanmaktadır.

Ölçeğin orjinaline ilişkin çalışmada özgüllüğü 0.90, duyarlılığı 0.73 olarak bulunmuştur. (Hirschfeld ve ark., 2000). Örneklemin toplumun genelinden oluşturulduğu bir başka çalışmada duyarlılık 0.81, seçicilik ise 0.65 olarak saptanmıştır (Hirschfeld ve ark., 2003). Bu bağlamda, DDBÖ'nün tanısallık duyarlılığı düşük olsa da, bipolar bozukluğu olmayanları saptamada daha işlevsel olduğu söylenebilir (Mansell ve ark., 2008). Ölçeğin İngiltere'de yapılan bir başka geçerlik çalışmasında duyarlılığı 0.76 (bipolar I bozukluğu için 0.83, bipolar II bozukluğu için 0.67), özgüllüğü ise 0.86 olarak saptanmıştır. Kesme puanının ise ikinci ve üçüncü soruları göz önüne almadan 9 ve üstü olduğu belirtilmiştir. Araştırmacılar ölçeğin bipolar II bozukluğundaki duyarlılığının tamamlayıcı bölümlerin değerlendirilmeden çıkarılmasıyla artırılabilirliğini çıkarsamışlardır (Twiss, Jones ve Anderson, 2008). Benazzi ve Akiskal (2003) ise geçmiş manik ve hipomanik belirtileri tarayan Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'ni kullanarak faktör analizi çalışması yapmışlardır. Örneklem olarak remisyonda olan 126 majör depresif bozukluk ile 187 Bipolar II Bozukluk hastasını (en son epizod depresyon) seçmişlerdir. Araştırmanın sonucunda iki faktörün belirgin olduğu görülmüştür: enerjik-aktivite (*energized-activity*) ve irritabilite-düşünce uçuşmaları (*irritability-racing thoughts*). Katılımcıların %50'sinden fazlasında fikir uçuşmaları, enerji ve sosyal aktivitelerde artış ile irritabilite görülmüştür. Hipomani tanısında hipomanik davranışların taşkın duygudurumdan daha belirleyici olduğunu, irritabilitenin elasyondan daha önemli olduğu sonucuna varmışlardır. Bipolar II tanısı için enerji artışı, irritabilite ve fikir uçuşmalarının göz önüne alınması gerektiği çıkarımını yapmışlardır.

Türkçe uyarlaması ve geçerlilik çalışması Konuk ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran ardışık 309 hastaya uygulanan DDBÖ'nün uyum geçerliliğini ölçmek için ölçeği dolduran denekler ile SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis I Disorders, Clinical Version) kullanılarak tanı için değerlendirmeye alınmışlardır (Konuk ve ark., 2007). DSM-IV'ye göre saptanan Bipolar I, II ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk tanıları "altın standart" olarak kabul edilmişlerdir. Görüşmelerin ardından 36 hastaya (%36) Bipolar I, II ve BTA Bipolar Bozukluk tanıları konmuş, 185 hasta ise en az bir eksen I tanısı almıştır. Ölçeğin duyarlılık (%64) ve özgüllük (%77) analizleri sonucunda en uygun kesme noktasının 7 olduğuna karar verilmiştir.

Udachina ve Mansell (2007), Hirschfeld ve arkadaşları (2003) tarafından belirlenen kesim puanının işlevselliğin çok fazla bozulmadığı hipomanik dönemleri içeren bipolar spektrum bozukluklarına duyarlılığın düşük olduğu gerekçesiyle, Isometsae ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen sınıflandırmayı kullanmışlardır. Buna göre DBÖ puanları 3 gruba ayrılmıştır: 1) tanı olasılığı yüksek grup (*high likelihood of caseness*): aynı anda görülen, az ya da ciddi soruna sebep olan sekiz ya da daha fazla belirti; 2) tanı olasılığı orta grup (*moderate likelihood of caseness*): aynı anda görülmeyen, az derecede soruna sebep olan 8 ya da daha fazla belirti; 3) tanı olasılığı düşük grup (*low likelihood of caseness*): geri kalan katılımcılar.

### **3.2.3. Fonskiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği-A Formu (FOTÖ-A):**

Weissman ve Beck tarafından 1978’de geliştirilen “Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)” ölçeğinin Türkçe uyarlaması Şahin ve Şahin (1992) tarafından yapılmıştır (akt., (Savaşır ve Şahin, 1997). 40 maddeden oluşan FOTÖ, depresyonun altından yatan varsayımları, işlevsel olmayan tutumları ölçer (Bkz EK - 7). Ergen ve yetişkinlere uygulanabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 1-7 arasında değişen puanlara sahip Likert tipi bir ölçektir. Her madde için “Tümüyle katılıyorum”, “Genellikle katılıyorum”, “Oldukça katılıyorum”, “Biraz katılıyorum”, “Ender olarak katılıyorum”, “Çok az katılıyorum” ve “Hiç katılmıyorum” seçenekleri bulunmaktadır. Elde edilen toplam puanın yüksekliği kişinin işlevsel olmayan tutumlarının sıklığına işaret etmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997).

Şahin ve Şahin (1992) tarafından toplam 345 üniversite öğrencisine uygulanan FOTÖ’nün güvenilirlik analizlerinde, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .79, madde-toplam puan korelasyonlarının ortalaması .34, iki yarım test güvenilirliği ise  $r=.72$  olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerliliğini değerlendirmek için Beck Depresyon Envanteri ile Otomatik Düşünceler Ölçeği uygulanmıştır. BDE ile korelasyonu .19, ODÖ ile korelasyonu .29 şeklinde bulunmuştur. Yapı geçerliliğiyle ilişkili faktör analizlerin sonucunda, FOTÖ’nün ‘mükemmelci tutum’, ‘onaylanma ihtiyacı’, ‘bağımsız tutum’ ve ‘değişken tutum’ olmak üzere dört faktörden oluştuğu görülmüştür (akt., Savaşır ve Şahin, 1997).

### 3.3. BULGULAR

#### 3.3.1. Veri Temizleme İşlemleri

##### 3.3.1.1. Aşırı ve kayıp değerlerin temizlenmesi

İstatistiksel analizlerin sağlıklı sonuçlar vermesi için aşırı değerlerin saptanmasıyla başlanmış, bu amaçla çalışma kapsamındaki tek değişkenli aşırı değerlere bakılmıştır. Kısa-HİTPOY toplam puanları z-puanına çevrildiğinde uç değer olan iki veri ve tanı grubu belli olmayan bir veri çıkarılmış, kayıp değerler sütun ortalaması ile değiştirilmiştir. Bu işlemlerin ardından bipolar grup 115 katılımcı (BP1=106; BP2=9), unipolar grup 36 katılımcı ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı kontrollerden oluşan kontrol grubu ise 103 katılımcıdan oluşmaktadır.

##### 3.3.1.2. Normallik Sınaması:

Kısa-HİTPOY'dan alınan toplam puanların hem bütün örnekleme hem de her bir tanı grubu için Skewness ve Kurtosis değerleri kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır. Test of Normality'e göre (Kolmogorov-Smirnov,  $\alpha > .05$ ), dağılımın normal olduğu söylenebilir.

Tablo 1. HİTPOY'un Ortalama, Standard Sapma, Skewness ve Kurtosis Değerleri

|               | N   | Ortalama | SD    | Skewness | Kurtosis |
|---------------|-----|----------|-------|----------|----------|
| Bipolar Grup  | 115 | 123,74   | 24,41 | 0,6      | -0,267   |
| Unipolar Grup | 36  | 123,6    | 26,43 | 0,639    | -0,259   |
| Kontrol Grubu | 103 | 113,36   | 27,39 | 0,746    | 0,87     |
| Toplam        | 254 | 119,51   | 26,34 | 0,383    | 0,023    |

#### 3.3.2.Örneklem Özellikleri

Toplam 254 katılımcıdan oluşan örneklemin demografik özelliklerine dair bilgiler Tablo 2 'de gösterilmektedir. Gruplar arasındaki örneklem farklılığı sebebiyle demografik ve klinik bilgiler nonparametrik testler kullanılarak değerlendirilmiştir. Grupları arasındaki farklılığı yaş ve eğitim durumu açısından incelemek için Kruskal-

Wallis testi uygulanmış, cinsiyet ve medeni durumu karşılaştırmak için Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 2. Demografik Bilgilerin ortalama, standart sapma ve denek sayısı, yüzde değerleri

|                     | <b>Bipolar (n=115)</b> | <b>Unipolar (n=36)</b> | <b>Kontrol (n=103)</b> | <b>Toplam (n=254)</b> |
|---------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| <b>Yaş</b>          | <b>X (SD)</b>          | <b>X (SD)</b>          | <b>X (SD)</b>          | <b>X (SD)</b>         |
|                     | 39.36 (11.58)          | 45.22 (11.88)          | 34.26 (7.94)           | 38.12 (10.93)         |
| <b>Cinsiyet</b>     | <b>n (%)</b>           | <b>n (%)</b>           | <b>n (%)</b>           | <b>n (%)</b>          |
| <b>Kadın</b>        | 74 (%64.3)             | 30 (%83.3)             | 74 (%71.8)             | 178 (%701.)           |
| <b>Erkek</b>        | 41 (%35.7)             | 6 (%16.7)              | 29 (%28.2)             | 76 (%29.9)            |
| <b>Medeni Durum</b> |                        |                        |                        |                       |
| <b>Bekar</b>        | 51 (%44.3)             | 8 (%22.2)              | 35 (%34)               | 94 (%37)              |
| <b>Evli</b>         | 51 (%44.3)             | 23 (%63.9)             | 60 (%58.3)             | 134 (%52.8)           |
| <b>Boşanmış</b>     | 13 (%11.3)             | 5 (%13.9)              | 8 (%7.8)               | 26 (%10.2)            |
| <b>Eğitim</b>       |                        |                        |                        |                       |
| <b>İlkokul</b>      | 22 (%19.1)             | 15 (%41.7)             | 6 (%5.8)               | 43 (%16.9)            |
| <b>Ortaokul</b>     | 15 (%13)               | 5 (%13.9)              | 7 (%6.8)               | 27 (%10.6)            |
| <b>Lise</b>         | 43 (%37.4)             | 12 (%33.3)             | 30 (%29.1)             | 85 (%33.5)            |
| <b>Üniversite</b>   | 31 (%27)               | 3 (%8.3)               | 39 (%37.9)             | 73 (%28.7)            |
| <b>Lisansüstü</b>   | 4 (%3.5)               | 1 (%2.8)               | 21 (%20.4)             | 26 (%10.2)            |

Yaş açısından üç grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur,  $H_{(SD=2, N=254)} = 25.4, p < .05$ . Bipolar ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, bipolar grubun yaş ortalaması 39.36 (SD=11.58) iken kontrol grubunda yaş ortalaması 34.26 (SD=7.94) olarak hesaplanmıştır. İki grup gelişimsel olarak benzer yaş dönemlerinde olduğundan yaşın bulgular üzerinde önemli bir etkisinin olmayacağı çıkarımı yapılmıştır.

Cinsiyet göz önüne alındığında, gruplar arasında (Bipolar-Unipolar-Kontrol) anlamlı bir fark bulunmamıştır,  $\chi^2_{(sd=2, n=254)} = .083, p > .05$ .

Medeni durum açısından tanı grupları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır,  $\chi^2_{(sd=4, n=254)} = .083, p > .05$ .

Eğitim durumu gruplar açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur,  $H_{(sd=2, n=254)} = .000, p < .05$ . Sağlıklı kontrol örnekleminin eğitim düzeyinin en yüksek olduğu, bunu bipolar ve unipolar gruplarının izlediği görülmüştür.

Yukarıdaki bulgular özetlendiğinde, klinik ve sağlıklı kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, medeni durum açısından farklılaşmadığı gözlenmektedir. Bu durum anılan özellikler açısından grupların birbirinin eşdeğeri olduğunu desteklemektedir. Bununla

birlikte eğitim düzeyleri açısından iki grubun farklılaştığı görülmüştür. Bu bulgu, eğitim düzeyi açısından iki grubun eşdeğer olmadığına işaret etmektedir.

Örneklem klinik bilgiler açısından değerlendirildiğinde, hastalık süresi açısından bipolar ve unipolar grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur,  $\chi^2_{(sd=1, n=145)} = 13,73$ ,  $p < .05$ . Bipolar tanıli katılımcıların hastalık başlangıç yaşları unipolar gruptaki katılımcılara göre daha erkendir. Remisyon süresi açısından iki grup karşılaştırıldığında, anlamlı bir farka rastlanmamıştır,  $\chi^2_{(sd=1, n=108)} = ,438$ ,  $p > .05$ . Depresif atak sayısı açısından bipolar ve unipolar grup değerlendirildiğinde, iki grup arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır,  $U = 1065,5$ ,  $p > .05$ . Diğer klinik bilgiler Tablo 4’de yer almaktadır.

Tablo 3. Klinik Bilgi

|                  | Bipolar Grup      | Unipolar Grup    |
|------------------|-------------------|------------------|
| Hastalık Süresi  | 156.20 (SD=104.3) | 95.82 (SD=6.64)  |
| Remisyon Süresi  | 14.04 (SD=20.8)   | 12.31 (SD=17.62) |
| Manik Epizod     | 6.18 (SD=11.16)   |                  |
| Depresif Epizod  | 7.25 (SD=13.58)   | 5.47 (SD=6.65)   |
| Hipomanik Epizod | 3.58 (SD=4.3)     |                  |
| Karma Epizod     | 10.5 (SD=14.06)   |                  |

Birinci eksendeki eştanı durumları açısından bipolar, unipolar ve kontrol grupları incelendiğinde, bipolar grupta 10 kişinin, unipolar grupta 7 kişinin eş tanısı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kontrol grubunda 1 katılımcı Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı olduğu bildirmiştir.(bkz. Tablo 5).

Tablo 4. Birinci Eksen Eştanı Durumları

| Eksen 1 Tanısı             | Bipolar Grup | Unipolar Grup | Sağlıklı Kontrol Grubu | Toplam    |
|----------------------------|--------------|---------------|------------------------|-----------|
| Panik Bozukluk             | 1            | 0             | 0                      | 1 (%5.6)  |
| OKB                        | 3            | 4             | 0                      | 7 (%38.9) |
| SAB                        | 3            | 2             | 0                      | 5 (%27.8) |
| DEHB                       | 3            | 0             | 0                      | 3 (%16.7) |
| Somatizasyon Bozukluğu     | 0            | 1             | 0                      | 1 (%5.6)  |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu | 0            | 0             | 1                      | 1 (%5.6)  |
| Toplam Eştanı              | 10           | 7             | 1                      | 18        |

İkinci eksendeki eştanı durumlarına bakıldığında, bipolar grupta 11 kişinin, unipolar grupta ise 1 kişinin eştanısı olduğu görülmüştür.(bkz. Tablo 6).

Tablo 5. İkinci Eksen Eştanı Durumları

| Eksen 2 Tanısı          | Bipolar Grup | Unipolar Grup | Toplam    |
|-------------------------|--------------|---------------|-----------|
| Sınır Kişilik Bozukluğu | 2            | 1             | 3 (%25)   |
| Histrionik Kişilik Boz. | 5            | 0             | 5 (%41.7) |
| Narsistik Kişilik Boz.  | 2            | 0             | 2 (16.7)  |
| Antisosyal Kişilik Boz. | 1            | 0             | 1 (%8.3)  |
| Paranoid Kişilik Boz.   | 1            | 0             | 1 (%8.3)  |
| <b>Toplam Eştanı</b>    | <b>11</b>    | <b>1</b>      | <b>12</b> |

### 3.3.3. Geçerlilik ve Güvenirlilik Bulguları

Kısa-HİTPOY'un geçerlik ve güvenilirlik analizleri "bipolar grup" üzerinden yapılmıştır. Bu işlemler için ölçeğin nötr maddeleri (1, 6, 16, 20, 27) çıkarılmış ve ters yöndeki maddelerin (2, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 23, 26, 30) puanlanması düzeltilmiştir.

#### 3.3.3.1. Kısa-HİTPOY'daki Nötr Maddelerin Analizi:

Nötr maddelere (1, 6, 16, 20, 27) verilen puanların ortalamaları açısından bipolar ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur,  $t_{(216)} = 2.6$ ,  $p < .05$ . Kontrol grubundakiler nötr maddelere daha yüksek puanlar vermişlerdir. Bu bulgu Mansell ve Jones (2006)'un bulgularına ve bu maddelerin Kısa-HİTPOY'da kullanılma amacına uygun olmadığı için bu maddelerin çalışmadığına, dolayısıyla Kısa-HİTPOY'un Türkçe versiyonunda kullanılmamasına karar verilmiştir.

Tablo 6. Kısa-HİTPOY nötr maddeler açısından gruplararası farklar

| Alt Ölçekler     | Ortalama (SD) |             | %95 Güven Aralığı |               | <i>t</i>      |
|------------------|---------------|-------------|-------------------|---------------|---------------|
|                  | Bipolar       | Kontrol     | Bipolar           | Kontrol       |               |
| Kısa-HİTPOY Nötr | 32,76 (7.58)  | 35,19 (6.1) | 33,33 - 35,13     | 33,99 - 36,40 | <b>2,588*</b> |

\*  $p < .05$

### 3.3.3.2.Kısa-HİTPOY'un İç Tutarlılık Sınaması:

Kısa-HİTPOY'un iç tutarlık sınaması için sonucunda Cronbach Alfa katsayısı .534 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçekte bir sorun olduğuna işaret etmektedir. Bu sorunu görmek için madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, ölçekte ters yönde çalışan ve düşük madde-toplam puan korelasyonu olan 10 madde (2, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 23, 26, 30) olduğu görülmüştür (bkz. Tablo 7).

Tablo 7. Madde-Toplam Korelasyonları ve Alfa Katsayısı Analiz Sonuçları

| Madde No   | Madde Çıkarılırsa Ortalama | Madde Çıkarılırsa Varyans | Madde Toplam Korelasyon | Madde Çıkarılırsa Alfa |
|------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| HITPOYO2*  | 118,9856                   | 609,1175                  | -,1471                  | ,5643                  |
| HITPOYO3   | 118,3030                   | 504,7387                  | ,4694                   | ,4709                  |
| HITPOYO4   | 118,0421                   | 499,0245                  | ,4755                   | ,4672                  |
| HITPOYO5   | 116,7378                   | 516,7146                  | ,4434                   | ,4797                  |
| HITPOYO7*  | 117,7294                   | 617,2510                  | -,1944                  | ,5715                  |
| HITPOYO8   | 116,2595                   | 545,3969                  | ,2744                   | ,5068                  |
| HITPOYO9*  | 119,8939                   | 558,9957                  | ,1814                   | ,5197                  |
| HITPOYO10* | 119,7531                   | 574,5265                  | ,0882                   | ,5320                  |
| HITPOYO11  | 120,3117                   | 503,9987                  | ,5437                   | ,4648                  |
| HITPOYO12* | 120,0599                   | 618,2257                  | -,2078                  | ,5687                  |
| HITPOYO13  | 119,6508                   | 541,6809                  | ,2423                   | ,5094                  |
| HITPOYO14  | 117,1465                   | 582,0671                  | ,0022                   | ,5470                  |
| HITPOYO15* | 120,2596                   | 609,7192                  | -,1505                  | ,5654                  |
| HITPOYO17  | 120,2943                   | 523,4719                  | ,3933                   | ,4873                  |
| HITPOYO18* | 119,6178                   | 595,1914                  | -,0610                  | ,5526                  |
| HITPOYO19  | 119,4943                   | 548,7440                  | ,2516                   | ,5100                  |
| HITPOYO21  | 118,4400                   | 519,8566                  | ,3984                   | ,4851                  |
| HITPOYO22  | 121,0073                   | 519,3282                  | ,4540                   | ,4804                  |
| HITPOYO23* | 118,8878                   | 594,6070                  | -,0639                  | ,5554                  |
| HITPOYO24  | 117,9378                   | 555,9650                  | ,1622                   | ,5221                  |
| HITPOYO25  | 117,2508                   | 547,9693                  | ,2507                   | ,5099                  |

|            |          |          |        |       |
|------------|----------|----------|--------|-------|
| HITPOYO26* | 118,3365 | 625,4529 | -,2375 | ,5794 |
| HITPOYO28  | 119,1639 | 536,7340 | ,2799  | ,5036 |
| HITPOYO29  | 118,4702 | 549,4862 | ,2133  | ,5145 |
| HITPOYO30* | 117,6732 | 601,4569 | -,1054 | ,563  |

\* Ters maddeler

Sorunlu olan bu 10 madde çıkartıldığında, ölçeğin alfa katsayısı  $\alpha = .83$  gibi tatmin edici bir değere ulaşmıştır. Bu işlemin sonuçları Tablo 8’de incelenebilir. Bu işlem yapıldığında, ölçekte 15 madde kalmıştır (3, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 24, 25, 28, 29). (bkz. Tablo 8).

Ölçeğin bundan sonraki diğer geçerlik ve güvenirlik işlemleri bu 15 maddelik yeni versiyonu üzerinden yapılmıştır. Ölçeğin bu 15 maddelik yeni versiyonuna “Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği-15 (HİTPOY-15)” adı verilmiştir.

Tablo 8. 15 maddenin Madde-Toplam Korelasyonları ve Alfa Katsayısı Analiz Sonuçları

| Madde No | Madde Çıkarılırsa Ortalama | Madde Çıkarılırsa Varyans | Madde Toplam Korelasyon | Madde Çıkarılırsa Alfa |
|----------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| HITPOY3  | 72,1219                    | 682,5835                  | ,5353                   | ,8145                  |
| HITPOY4  | 71,8611                    | 675,2326                  | ,5431                   | ,8138                  |
| HITPOY5  | 70,5567                    | 686,6630                  | ,5728                   | ,8126                  |
| HITPOY8  | 70,0785                    | 720,7190                  | ,4025                   | ,8231                  |
| HITPOY11 | 74,1306                    | 685,8213                  | ,5890                   | ,8117                  |
| HITPOY13 | 73,4698                    | 721,1733                  | ,3311                   | ,8281                  |
| HITPOY14 | 70,9654                    | 744,1634                  | ,2062                   | ,8363                  |
| HITPOY17 | 74,1132                    | 703,6071                  | ,4673                   | ,8192                  |
| HITPOY19 | 73,3132                    | 720,0566                  | ,4074                   | ,8228                  |
| HITPOY21 | 72,2589                    | 695,4563                  | ,4933                   | ,8175                  |
| HITPOY22 | 74,8263                    | 698,4752                  | ,5332                   | ,8154                  |
| HITPOY24 | 71,7567                    | 706,3187                  | ,4222                   | ,8221                  |
| HITPOY25 | 71,0698                    | 709,6103                  | ,4628                   | ,8196                  |
| HITPOY28 | 72,9828                    | 704,0882                  | ,4328                   | ,8214                  |
| HITPOY29 | 72,2891                    | 716,0653                  | ,3845                   | ,8244                  |

15 maddelik ölçeğin bütün örneklemedeki (n=254) iç tutarlılığı  $\alpha = .84$ , bipolar grupta (Bipolar I-II, n= 115)  $\alpha = .83$ , unipolar grupta (n=36)  $\alpha = .81$ , kontrol grubunda (n=103)  $\alpha = .86$  olarak saptanmıştır.

### 3.3.3.3. Birleşen Geçerlik:

Birleşen geçerliği (*convergent validity*) değerlendirmek için, bipolar ve kontrol gruplarında HİTPOY-15 toplam puanının Duygudurum Bozuklukları Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile korelasyonlarına bakılmıştır. Unipolar gruptaki kişi sayısı karşılaştırma için yeterli olmadığından unipolar grup bu değerlendirmeye alınmamıştır. (bkz. Tablo 9).

Tablo 9. Bipolar Grup İçin HİTPOY-15, DDBÖ ve FOTÖ arasındaki korelasyonlar (n=115)

|                      | HİTPOY-15 | DDBÖ    | FOTÖ    |
|----------------------|-----------|---------|---------|
| HİTPOY-15            | 1         | 0,250** | 0,611** |
| DDBÖ                 | 0,250**   | 1       | ,112    |
| FOTÖ                 | 0,611**   | 0,112   | 1       |
| Mükemmeliyetçi tutum | 0,666**   | 0,084   | 0,883** |
| Onaylanma ihtiyacı   | 0,517**   | 0,146   | 0,845** |
| Bağımsız tutum       | -0,091    | -0,056  | 0,390** |
| Değişken tutum       | 0,104     | 0,053   | 0,377** |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Bipolar grupta HİTPOY-15 ile Duygudurum Bozuklukları Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,25$ ,  $p < .01$ ). Buna göre, geçmiş hipomanik belirtiler ile toplam HİTPOY-15 puanı arasında bağımsız bir ilişki bulunmaktadır.

Ayrıca HİTPOY-15 ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği arasında da anlamlı bir korelasyon saptanmıştır,  $r = ,611$ ,  $p < .01$ . Bipolar grupta, HİTPOY-15'in DDBÖ ve FOTÖ ile olan yüksek korelasyonu bize ölçeğin Türkiye'deki bipolar hastalar için iyi bir birleşen geçerliği olduğuna işaret etmektedir.

Bunun yanı sıra HİTPOY-15 ile FOTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon incelendiğinde, sadece mükemmeliyetçi tutum ve onaylanma ihtiyacı alt ölçekleri ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla,  $r = ,666$ ;  $r = ,517$ ,  $p < .01$ ).

Tablo 10. Kontrol grubu için HİTPOY-15, DDBÖ, FOTÖ ve FOTÖ altölçekleri arasındaki korelasyonlar (n=103)

|                      | HİTPOY-15 | DDBÖ    | FOTÖ    |
|----------------------|-----------|---------|---------|
| HİTPOY-15            | 1         | 0,481** | 0,511** |
| DDBÖ                 | 0,481**   | 1       | 0,296** |
| FOTÖ                 | 0,511**   | 0,296** | 1       |
| Mükemmeliyetçi tutum | 0,477**   | 0,315** | 0,892** |
| Onaylanma ihtiyacı   | 0,481**   | 0,228*  | 0,833** |
| Bağımsız tutum       | 0,041     | 0,140   | 0,457** |
| Değişken tutum       | 0,325**   | 0,024   | 0,540** |

\* p<.05, \*\* p<.01

Kontrol grubuna bakıldığında, HİTPOY-15 ile Duygudurum Bozuklukları Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,481$ ,  $p<.01$ ). Buna göre, bipolar bozukluk yatkınlığı veya örüntüsü ile HİTPOY-15 arasında bağımsız bir ilişki olduğu söylenebilir. (bkz. Tablo 10)

Bunun yanı sıra HİTPOY-15 ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır,  $r=-,511$ ,  $p<.01$ . Sağlıklı kontrol grubunda, HİTPOY-15'in DDBÖ ve FOTÖ ile olan yüksek korelasyonu bize ölçeğin Türkiye'deki sağlıklı kişiler için iyi bir birleşen geçerliği olduğuna işaret etmektedir.

Kontrol grubunda iki ölçek arasındaki korelasyona bakıldığında ise mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı ve değişken tutum alt ölçekleri arasında anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür (sırasıyla,  $r=,477$ ;  $r=,481$ ,  $r=,325$   $p<.01$ ).

#### 3.3.3.4. Ayırt edici Geçerlik:

Ayırt edici geçerlik (*discriminant validity*) sınaması için, bipolar grup ve unipolar grup Mann Whitney U-testi kullanılarak karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçekteki puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür,  $U=2008,5$ ,  $p>.05$ .

Tablo 11. Kruskal Wallis H-Testi ile HİTPOY-15 toplam puanları açısından gruplararası farklar

| HİTPOY-15 | N   | Sıra Ortalaması |
|-----------|-----|-----------------|
| Bipolar   | 115 | 135,66          |
| Unipolar  | 36  | 140,07          |
| Kontrol   | 103 | 114             |
| Toplam    | 254 |                 |

Bipolar ve kontrol gruplarını karşılaştırmak için ise “bağımsız gruplar için t-testi” uygulanmıştır. Bipolar ve kontrol gruplarının HİTPOY-15 toplam puanı açısından farklılık gösterdikleri saptanmıştır,  $t_{(216)} = 2,008$ ,  $p < .05$ . Bu bulgu HİTPOY-15’in bipolar grup ile kontrol grubunu anlamlı olarak birbirinden ayırdığını işaret etmektedir. (bkz. Tablo 12).

Tablo 12. HİTPOY-15 ortalama puanlar açısından gruplararasıdaki farklar

| Alt Ölçekler     | Ortalama (SD) |               | %95 Güven Aralığı |               | t             |
|------------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|
|                  | Bipolar       | Kontrol       | Bipolar           | Kontrol       |               |
| HİTPOY-15 Toplam | 77,55 (28,27) | 70,07 (26,50) | 71,56 - 78,39     | 64,89 - 75,26 | <b>2,008*</b> |

\*  $p < .05$

Bu sonuçlar bize, ölçeğin bu versiyonunun klinik grup ile sağlıklı grubu ayırt ettiğini, yani Türk örneklemindeki bipolar hastalar için ölçeğin ayırd edici geçerliğinin olduğunu göstermektedir. Ancak ölçek hipomanik tutumlar için bipolar grup ile unipolar grubu bir birinden ayırt edememektedir.

### 3.3.3.5. Test-tekrar test güvenilirliği:

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Duygudurum Polikliniği’nde düzenli takip altında olan 24 hastaya ölçeğin uygulandığı tarihten 1 ay sonraki ilk kontrollerinde Kısa-HİTPOY yeniden uygulanmıştır. İki ölçüm arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur,  $r = .41$ ,  $p < .05$ . Diğer bir deyişle, HİTPOY-15’in zamana bağlı olarak tutarlı ölçümler vermiştir. Buna göre HİTPOY-15’in Türk örneklemindeki bipolar hastalar için test-tekrar test güvenilirliğinin var olduğu söylenebilir.

## BÖLÜM 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 4.1. TARTIŞMA:

HİTPOY-15'in güvenirliliğine ilişkin yapılan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve toplam madde korelasyonları analizinde, bazı maddelerin kabul edilebilecek alt sınırdan daha düşük korelasyonlar gösterdiği, bazı maddelerin ise beklenenin aksine negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür. Bu maddelere yakından bakıldığında, hepsinin ölçekteki ters puanlanan maddeler olduğu dikkat çekmektedir. Tespit edilen bu sorunlu 10 madde çıkarılıp kalan 15 madde için yeniden Alfa değeri hesaplandığında bütün örneklem için  $\alpha = .84$ , bipolar grup için  $\alpha = .83$ , unipolar grup için  $\alpha = .81$ , kontrol grubu için  $\alpha = .86$  olarak saptanmıştır. Elde edilen bu değerler, HİTPOY-15'in Türk örnekleminde güçlü bir iç tutarlılık yapısına sahip olduğunu göstermektedir.

HİTPOY-15'in orijinalinde Mansell ve Jones (2006) faktör çalışması yapmamışlar, bunun yerine ölçek toplam puanı, düz ve ters maddelerden alınan puanları göz önüne almışlardır. Bu çalışmada da anlamlı bir faktör yapısına ulaşamadığından, ayrıca ters maddeler çalışmadığından, sadece düz maddelerden elde edilen puanlar toplam puan olarak alınmıştır.

HİTPOY-15'in birleşen geçerliliğine bakıldığında, bipolar grupta HİTPOY-15 ile Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DDBÖ) ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Bulgular HİTPOY-15'in bipolar grupta yeterli bir birleşen geçerliliği olduğunu işaret etmektedir. Kontrol grubunda HİTPOY-15 ile DDBÖ ve FOTÖ arasındaki anlamlı korelasyonlar ölçeğin sağlıklı bireylere uygulanırken de iyi bir birleşen geçerliliği olduğunu göstermektedir.

HİTPOY-15'in ayırt ediciliği geçerliliği sınanırken, bipolar ve unipolar grupların karşılaştırılmasında ölçeğin ayırt edici olmadığı görülmüştür. Bipolar ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, HİTPOY-15'in iki grubu anlamlı olarak birbirinden ayırt ettiği saptanmıştır. Diğer bir deyişle, HİTPOY-15 klinik grup ile sağlıklı grubu ayırt edebilirken, bipolar ile unipolar grubu ayırt edememektedir.

Test-tekrar test güvenirliliği açısından, HİTPOY-15'in bir ay ara ile alınan ölçümleri arasında anlamlı bir korelasyon elde edilmiştir. Bu bulgu, ölçeğin zamana bağlı olarak

tutarlı ölçümler verebildiğini ve bipolar hastalar için test-tekrar test güvenilirliğinin var olduğunu işaret etmektedir.

Özetle, ölçeğin yeni versiyonu olan HİTPOY-15'in güçlü bir iç tutarlılığı olan, gerek bipolar gerekse sağlıklı gruplarda yeterli bir birleşen geçerliği olan, sağlıklı ve klinik grupları ayırt etmede yeterli bir ölçek olduğu söylenebilir.

Ölçekten çıkarılan ters maddelerle ilgili olarak Mansell ve Jones da (2006) kendi çalışmalarında bu maddelerin iç tutarlılık değerlerinin ( $\alpha = .56$ ) diğer maddelere göre (düz maddeler için  $\alpha = .86$ ) daha düşük olduğunu görmüşler ve bu bulguların ilgili maddelerin fonksiyonel olmayan inançların varlığından öte yokluğunun sorgulanmasına bağlamışlardır. Bu bağlamda hastalığa dair durumların olmayışının sorgulanması katılımcıların cümleleri algılayışlarında karışıklık yaratmış olabilir. Bu çalışmada maddelerin İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesi gibi etkiler de eklendiğinde, ilgili maddelerdeki sorunların daha da arttığı ve maddelerin işlemez hale geldiği düşünülebilir. Ayrıca, ters maddelerin klinik psikolojide kullanılan diğer bazı ölçek/envanterlerde de, örneğin Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), ters maddelerin sıkıntılı olduğu gösterilmiştir. (Yolaç, 2011).

Ölçeğin sorunlu olan maddeleri atıldıktan sonra elde edilen 15 maddelik hali, iç tutarlık ve diğer geçerlik sınamalarında kabul edilebilecek değerler vermesine rağmen, eksilen maddeler sonucunda bu yeni formun faktör yapısıyla ilgili bir bozulma olup olmadığı bilinmemektedir. Bu durum kısa formula ilgili daha önce yapılan çalışmalarda da (Mansell ve Jones, 2006) çalışılmamıştır. Kısa-HİTPOY'un orijinal hali “çökme davranışlarını”, “öz-eleştirel inançları” veya “katastrofik inançları” işaret eden cümleleri içermediğinden bütüncül bilişsel modeli yansıtmakta zayıf kaldığı düşünülmektedir. Dolayısıyla kısa formun faktör yapısı ve kapsam geçerliği soru işareti olarak varlığını sürdürmektedir. Bu noktada Kısa-HİTPOY'dan atılan ve kalan maddelerin, modelde hangi bileşene ait olduklarını bir gözden geçirmek gerekli olabilir.

Tablo.13. HİTPOY-15 İç Tutarlılığı Yüksek 15 Maddenin Bütüncül Bilişsel Model Açısından Değerlendirilmesi

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1.Yerinde duramaz hissettiğimde, dünya benim için sınırsız olanaklarla dolu hale gelir. | Kendini Harekete Geçirme |
| 2.Kendimi daha aktif hissettiğimde, çok önemli bir insan olduğumun farkına varırım.     | Kendini Harekete Geçirme |

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 3.En iyi fikirler, hep kendimden en memnun olduğum zamanlar aklıma gelir.   | Kendini Harekete Geçirme |
| 4.Kendimi enerji dolu hissettiğimde, son derece eğlenceli ve esprili biriyimdir.  | Kendini Harekete Geçirme |
| 5.Kendimden memnun olmam için herkesin dikkatinin benim üzerimde olması gerekir.  | Tepki Stili              |
| 6.İstediğimi elde etmek için çok çabaladığımda, diğer insanlar beni durdurmaya çalışırlar.  | Diğer-Negatif            |
| 7.Duygusal çöküntü yaşamaktan kendimi korumak için duygularımı tam kontrol altında tutmam gerekir.  | Tepki Stili              |
| 8.Eğer çevremdeki herkes için çok özel olursam, bütün sorunlarım kaybolur.  | Diğer-Pozitif            |
| 9.Heyecanlandığımda, korkularım ve endişelerim artık gerçek gibi gelmez.  | Kendini Harekete Geçirme |
| 10.Hislerimin bana gerçek gibi gelmesi için çok yoğun olmaları gerekir.   | Kendini Harekete Geçirme |
| 11.Diğer insanlarla birlikteyken, en önemli şey bana hayran kalmalarıdır.   | Diğer-Pozitif            |
| 12.İyi hissettiğimde, ne yaparsam yapayım yanlış yapmayacağımı bilirim.   | Kendini Harekete Geçirme |
| 13.Kendimi iyi hissettiğimde, her şeyin mükemmel şekilde sonuçlanacağından eminimdir.   | Kendini Harekete Geçirme |
| 14.Yeni fikirler bulduğumda, bunları insanlara hemen ve uzun uzun anlatmalıyım ki beni takdir etsinler.                                   | Diğer-Pozitif            |
| 15.Kendimi iyi hissederken, yeni bir şey fark edersem, bunun başka her şeyle nasıl bağlantılı olduğunu bulmak için çok çaba harcamalıyım. | Tepki Stili              |

İç tutarlılığı yüksek olan 15 madde Bütüncül Bilişsel Model açısından değerlendirilirse, 8 tanesi Kendini Harekete Geçirmeye ilişkilidir. Bu değerlendirmeler bütüncül bilişsel modeldeki birincil kısır döngüde yer almaktadırlar. İçsel duruma dair bu değerlendirmelerle ilişkili olarak kişi kendini daha aktif hissetmesini yaşadığı bir güçlüğü karşı kazandığı bir zafer veya başarı göstergesi olarak değerlendirir. Örneğin “Kendimi daha aktif hissettiğimde, çok önemli bir insan olduğumun farkına varırım”. Bu değerlendirmeler aktivasyon belirtilerini daha da şiddetlendirerek, kişinin durumlara verdiği tepkileri de etkilemeye başlar. Örneğin, kişi devamlı yaratıcı olduğunu düşünürse yeni fikirler ürettikçe kendini daha da başarılı görmeye başlar. Mansell, Rigby, Tai ve Lowe’un (2008) Kendini Harekete Geçirme ve Tepki stiliyle ilgili

önergeleri, Healy ve Williams'ın (1989) maninin oluşumuyla ilgili görüşleriyle paralel göstermektedir. Healy ve Williams'a (1989) göre manide duygu yükselmesi (*elation*), bipolar hastaların artmış psikomotor ve bilişsel faaliyetlerini “açıklarken” gösterdikleri tepkilerin ikincil bir etkisidir. Diğer bir deyişle, duygu yükselmesi enerji seviyeleri ve bilişsel becerilerdeki değişikliklerin içsel atıflarla ilişkilendirilmesinin bir yan etkisi olarak görülmektedir. Kişilerin artmış enerji düzeyleriyle bağlantılı bilişsel çarpıtmalarına verdikleri davranışsal tepkiler sosyal rutinlerinde bozulmaya neden olacaktır (Jones, 2001).

Diğer maddelere bakıldığında, kendilerinden memnun olmaları için başka insanların ilgi göstermelerine gereksinim duyduklarını, duygudurumlarında yükselme olduğu dönemde yeni bir şey fark ettiklerinde bunun başka şeylerle olan bağlantılarına kafa yordukları, bulmak için çaba harcadıklarını ve depresyona girmemek için duygularını kontrol altında tutmaları gerektiğine inandıklarıyla ilgilidir. Bu ifadeler bütüncül bilişsel modeldeki “tepki stili” ile ilişkilidir. Mansell, Rigby, Tai ve Lowe (2008) Bütüncül Bilişsel Modeli geliştirirken, Bentall ve meslektaşlarının bipolar bozukluktaki bilişsel stillerin etiyojideki yerini inceledikleri yaklaşımlarından da etkilenmişlerdir. Thomas ve Bentall'ın Nolen-Hoeksema'nın Tepki Stilleri Teorisi (*The Response Styles Theory*) ve Abraham'ın manik-savunma hipotezini (*manic-defence hypothesis*) göz önüne alarak (akt., Bronstein, 2011), manik savunmanın depresyona karşı bir tepki stili olarak görülebileceğini, bu yolla kişide depresif belirtiler azalırken, hipomani veya mani riskinin arttığını belirtmiştir. Öğrenci örnekleminde yaptıkları araştırmada depresyonun ruminatif tepki stiliyle, hipomaninin ise ruminasyon, dikkat dağıtma (*distraction*) tepki stili ve riskli davranışlarda bulunma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu bulgulardan hipomaninin olumsuz duygularla başa çıkmada kullanılan etkisiz (*ineffective*) tepki stillerinin sonucu olduğu çıkarımını yapmışlardır. Knowles, Tai, Christensen ve Bentall (2005) 528 kişilik öğrenci örnekleminde yaptıkları çalışmada ruminasyon ve risk almanın depresyon ve hipomani ile ilişkiyken; hipomaninin hem depresyon hem de fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkili olduğunu saptamışlardır. Alloy ve arkadaşları (2010) ise bipolar grupta ruminasyonun daha çok kullanılırken, dikkat dağıtma tepki stiline kullanılmadığını görmüşlerdir. Kısa-HİTPOY içsel durumlarda değişimler meydana geldiğinde bipolar kişilerin nasıl tepkiler verdiğini işaret eden ifadeler içerdiğinden, gerek kognisyonların çalışılması gerekse hangi davranışların nelere sebep olduğu, işlevsel başa çıkma yollarının neler olabileceği,

davranış alanında nasıl düzenlemeler yapılabileceği gibi konuların işlenmesi için zemin sağlayabilir. Türkiye’de gelecekte yapılacak araştırmalarda bipolar hastalardaki tepki stillerinin neler olduğu incelenebileceği gibi, bu tepki stiliyle ilişkili öznel ifadeler ve aralarındaki ilişki çalışılabilir, kişilerin duygudurum dalgalanmalarıyla nasıl başa çıktıklarına dair daha zengin malzeme elde edilebilir.

Modelin bir diğer ögesi olan “yükselme davranışları” ile ilgili ölçekteki maddelere göz atıldığında yeni bir şey fark ettiklerinde bunun diğer şeylerle bağlantılarını bulmaya uğraşmaları ve yeni fikirlerini etraflarındaki insanların takdiri kazanmak için bunları uzun uzun anlatmaları bu davranışları tariflediği görülmektedir. Bu davranışlar birincil döngüde yer alırlar ve manik belirtilerin şiddetinin artmasında tek başına yeterlidirler (Mansell, 2006).

Ayrıca, başkaları için özel olmanın, başkaları tarafından hayran olunmanın onlar için önemli olduğu, yeni fikirler bulduklarında bunları etraflarındaki insanlarla paylaşarak onların takdirini kazanmaya çalıştıklarına dair ifadeler modelin “Diğer- pozitif” parçasıyla ilgilidir. Bilişlerle ilişkili diğer çalışmalarda da bipolar kişilerin başkaları tarafından onaylanmaya, olumlu görülmeye dair arzu duyduklarına dair çıkarımlar yapılmıştır. Örneğin, Scott, Stanton, Garland ve Ferrier (2000) bipolar kişilerin daha istikrarsız yapıda öz-saygıları olduğunu, özellikle sosyal onay ve mükemmeliyetçiliğe dair daha fazla işlevsel olmayan atıflarının olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, yüksek sosyotropi değerlerinin düşük problem çözme becerisi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Scott ve Pope (2003) ise unipolar ve bipolar kişilerin bilişsel stiller yönünden benzeştiklerini, düşük öz-saygı açısından ise iki grubun farklılaştığını bulmuşlardır. Bipolar bozukluğu remisyon, depresyon ve hipomani dönemleri açısından incelediklerinde fonksiyonel olmayan tutumların remisyon ile karşılaştırıldığında, depresyon döneminde en belirgin olduğunu, bunu hipomani döneminin izlediğini, düşük öz-saygının atak tekrarındaki (özellikle bipolar depresyon) en güçlü yordayıcı olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, hipomanideki bilişsel stilin remisyon ile depresyon arasındaki bir dönemi temsil ettiğini öne sürmüşlerdir. Jones ve ark. (2005) da düşük öz-saygı ve fonksiyonel olmayan tutumlar açısından unipolar ve bipolar gruptakilerin benzeştiklerini bulmuşlardır.

Van der Gucht ve ark. (2009) bipolar bozukluğun farklı dönemlerindeki (mani, depresyon, ötimi) *depressojenik* (depresyon yordayıcısı) bilişsel stilleri ve ödül-

duyarlılığını inceledikleri çalışmalarında, bipolar bozukluğun her döneminde sosyotropi ve otonominin yüksek, özgüvenin düşük ve istikrarsız olduğunu, ruminasyonun ve otobiyografik bellekte bozulmanın görüldüğünü bulmuşlardır. Bu çalışmada ödül duyarlılığının (dürtü ve eğlenme arayışı) manik grupta diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu görmüştür. Ayrıca, düşük öz-güven, otonomi, sosyotropi ve ruminasyonun birbirleriyle yüksek oranda ilişkili olmalarının negatif bilişsel stille ilişkili olabileceği sonucuna varmışlardır. Negatif bilişsel stilin ötimik grupta da belirgin olmasının, bipolar bozukluğa dair bir yatkınlık faktörü oluşturabileceğini ve bu düşünce stilinin etkinleştiği durumların kişinin kendisi hakkında olumsuz düşünmesine, daha sonra ruminasyona ve en sonunda şiddetli depresyona yol açacağını belirtmişlerdir. Modele göre diğer insanlarla ilgili olumlu inançlar bipolar kişilerin başkalarının tepkilerini onların yüksek beklentilerine kıyasla çok daha düşük olarak algılamalarına ve diğer insanlarla ilgili olumsuz inançlar geliştirmelerine neden olabilir (Diğer-negatif). Ölçekteki “Diğer-negatif” ögesiyle ilgili ifadeye bakıldığında istediklerini elde etmeye çalıştıklarında diğer insanların onları durdurmaya çalıştıklarıyla ilgili cümle göze çarpmaktadır. Bu değerlendirmelere olan inançlar şiddetlendikçe kişiyi paranoid hezeyana doğru götürebilir, manik tablo psikotik bir özellik kazanabilir. Mansell ve arkadaşlarına (2011) göre hipomani veya maniye yükselme sırasında kişi davranışlarını aşırı olumlu veya olumsuz olabilen inançlarına göre belirler ve çevresinden gelen tepkileri göz önüne almaz. Böylece “miş gibi hissetme”ye başlar ve aşırı eleştirel olduğunu veya kendisini kontrol etmeye çalıştığını düşündüğü kişilere kendini kanıtlamaya çalışır. Bu çaba aşırı yüksek beklentilerle birleştiğinde bir noktadan sonra kişinin kontrolünü kaybetmiş gibi hissetmesine yol açabilir. Özellikle son iki başlık göz önüne alındığında, HİTPOY-15’in bipolar bozuklukta kişilerarası ilişkilerde hastaların kendilerini nasıl konumlandıkları, nasıl anlamlar çıkardıkları veya ilişkilerine nasıl anlamlar yüklediklerine dair terapötik malzeme sağlayabilmesi ve/ya bu konuları çalışmak üzere bir zemin sağlayabilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

### **Ölçekten Çıkarılan Maddeler**

Ölçekten çıkarılan 10 maddeye göz atıldığında, ağırlıklı olarak “tepki stili” ve birkaç tane de “diğer-pozitif” ve “kendini harekete geçirme” bileşenlerine ilişkin maddeler olduğu göze çarpmaktadır. “Tepki stili”yle ilgili ifadeler; kişiler kendilerini huzursuz ve yerinde duramaz hissettiklerinde, duygusal durumları aşırı bir hal aldığına, başlarına iyi bir şey geldiğinde, heyecanlandıklarında veya iyi uyuyamadıklarında bu durumun

onları etkileyip etkilemediği, bu durumla başa çıkıp çıkamadıkları, davranışlarını ve düşüncelerini kontrol edip edemediklerini araştırmaktadırlar. “Diğer-pozitif” ögesine ilişkin ifadelerle bakıldığında, çok enerjik olduklarında, herhangi bir şeyin veya etraflarındaki insanların desteğine ihtiyaç duydukları, yerinde duramaz hissettiklerinde diğer insanların başına gelen olayları önemsedikleriyle ilgilidir. Son olarak, “kendini harekete geçirme”yle ilişkili madde ise birkaç gün içinde olacak şeylere, şu anda olanlardan daha çok önem verdikleriyle ilişkilidir.

Tablo 14. Ölçekten çıkarılan 10 maddenin faktör yapısı

| Çıkarılan Madde  | Bütüncül Bilişsel Model'deki Faktör Yapısı |
|--|--|
| Çok enerjik olduğumda, hala diğer insanların veya şeylerin desteğine ihtiyaç duyarım                         | Diğer-Pozitif                              |
| Huzursuz ve yerinde duramaz hissettiğimde, davranışlarımı yine de kontrol edebilirim.                        | Tepki Stili                                |
| Bir şey beni huzursuz ettiğinde, davranışlarımı yine de kontrol edebilirim.                                  | Tepki Stili                                |
| Başıma iyi bir şey geldiğinde, heyecanlanıp heyecanlanmayacağımı kontrol edebilirim.                         | Tepki Stili                                |
| Gerçekten iyi hissettiğimde, insanlar yine de beni anlarlar.   | Diğer-Pozitif                              |
| Yerinde duramaz hissettiğimde, diğer insanların başına gelenler en az benim başıma gelenler kadar önemlidir. | Diğer-Pozitif                              |
| Bir şey beni heyecanlandığımda, düşüncelerime yine de hakim olurum.  | Tepki Stili                                |
| Duygusal durumum aşırı bir hal aldığımda, bununla başa çıkmak için hâlâ sorumluluk alabilirim.               | Tepki Stili                                |
| Benim için birkaç gün içinde olacak şeyler, şu anda olanlardan daha önemlidir.                               | Kendini Harekete Geçirme                   |
| Bazen iyi uyuyamamak çok da dert değildir.   | Tepki Stili                                |

Bu araştırmada, bahsedilen maddelerin hemen hepsinin madde toplam korelasyonlarının negatif çıkması dikkat çekicidir. Mansell ve Jones da (2006) kendi çalışmalarında ters maddelere dair düşük korelasyon elde etmelerini, maddelerin ilgili durumların varlığını değil de yokluğunu sorgulamalarıyla ilişkili görmüşlerdir. Bu çalışmada da katılımcıların bu maddeleri ters değil, ölçeğin genelindeki düz maddeler doğrultusunda düz olarak değerlendirdikleri ve ölçeğin genelindeki amaca uygun olarak belirtilerin varlığını yanıtlarına yansıttıkları düşünülebilir. Örneğin, “huzursuz ve yerinde duramaz hissettiğimde, bu durumun beni pek de etkilemez” ters maddesini “0”a yakın işaretleme beklenen bir hasta, böyle durumların onu çok etkilediğini düşünerek düz puanlamış ve “evet beni çok etkiler” diye düşünerek “10”a yakın bir puan vermiş olabilir. Diğer bir deyişle, atak dönemlerinde yaşadıkları durumların ters şekilde sorulması katılımcıların kafasını karıştırmış olabilir. Pek çoğu manik dönemlerde çok enerjik olduklarında bir şeylerin veya kimselerin desteğine ihtiyaç duymadıklarından, ölçekteki ifadeleri de bu şekilde anlamış olabilirler. Sonuç olarak, ölçeğin bu haliyle Bütüncül Bilişsel Modelin özellikle “tepki stili” bileşenini sorgulamakta yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Bu durumun da ölçeği kapsam geçerliliği açısından sekteye uğrattığı düşünülebilir.

Ölçekteki 15 madde Colom ve Vieta'nın (2007) geliştirdiği “hipomaninin bilişsel model önermesi” açısından değerlendirildiğinde, özellikle Kendini Harekete Geirmeyeyle ilişkili ifadeler kendine aşırı değer verme, gerçeğin aşırı olumlu şekilde yorumlanması, eleştiriye izin vermeyen aşırı iyimserlik şeklinde tanımladıkları “anastrofik düşünme”ye benzemektedir. Örneğin “kendimi daha aktif hissettiğimde, çok önemli bir insan olduğumun farkına varırım”, “kendimi iyi hissettiğimde, her şeyin mükemmel şekilde sonuçlanacağından eminimdir”. Önermede “anastrofik düşünme” kapsamında beş bilişsel çarpıtmadan bahsedilmektedir. Bunlar: keyfi çıkarsama, seçici algılama, kişiselleştirme, ya hep ya hiç tarzı düşünme ve aşırı kapsayıcılık. Bu açıdan ifadelere bakıldığında, “yerinde duramaz hissettiğimde, dünya benim için sınırsız olanaklarla dolu hale gelir”, “en iyi fikirler hep kendimden en memnun olduğum zamanlar gelir”, “istediğimi elde etmek için çok çabaladığımda, diğer insanlar beni durdurmaya çalışır”, “iyi hissettiğimde ne yaparsam yapayım, yanlış yapmayacağımı bilirim”, “kendimi iyi hissettiğimde, her şeyin mükemmel şekilde sonuçlanacağından eminimdir”, “yeni fikirler bulduğumda bunları insanlara hemen ve uzun uzun anlatmalıyım ki beni takdir etsinler” ifadelerinde risklerin net değerlendirilememesi, hazza yönelik dürtülerin

olumlu şekilde anlamlandırılması, sadece olumlu ayrıntılara odaklanılarak olumsuz sonuçların göz ardı edilmesinden dolayı *seçici soyutlamayı* düşündürmektedir.

“En iyi fikirler hep kendimden olduğum zamanlar aklıma gelir”, “kendimden memnun olmam için herkesin dikkatinin benim üzerimde olması gerekir”, “kendimi enerji dolu hissettiğimde, son derece eğlenceli ve esprili biriyimdir”, “duygusal çöküntü yaşamaktan kendimi korumak için duygularımı tam kontrol altına almalıyım”, “hislerimin bana gerçek gibi gelmesi için çok yoğun olmaları gerekir”, “kendimi iyi hissettiğimde, her şeyin mükemmel şekilde sonuçlanacağından eminimdir” cümlelerindeki kesinlik, gereklilik, kutupluluk içeren yargılar “*ya hep ya hiç tarzı*” düşünmeyi çağrıştırmaktadır.

“Eğer çevremdeki herkes için çok özel olursam, bütün sorunlarım kaybolur” ve “Kendimi iyi hissederken, yeni bir şey fark edersem, bunun başka her şeyle nasıl bağlantılı olduğunu bulmak için çok çaba harcamalıyım” ifadeleri bilişsel çarpıtmalardan *aşırı kapsayıcılık*la ilişkili olduklarını düşündürmektedir.

“Heyecanlandığımda, korkularım ve endişelerim artık gerçek gibi gelmez” ve “İyi hissettiğimde, ne yaparsam yapayım yanlış yapmayacağımı bilirim” maddelerinde durumun sadece pozitif sonuçlarına odaklanıldığından *keyfi çıkarsama* yapıldığını düşündürmektedir.

Özetle, HİTPOY bipolar bozukluğun psikososyal müdahalesinde kullanılması amacıyla geliştirilmiştir (Mansell, 2007). Ölçeğin kısa formu da bipolar bozuklukla ilişkili kognisyonları kolay anlaşılır ve uygulanabilir şekilde sunmaktadır (Mansell ve Jones, 2006). Ölçeğin maddeleri bipolar hastaların yaşadıkları duygudurum değişimlerinin kendilerine, etraflarındaki kişilere ve içsel durumlardaki değişimlerle ilişkisine dair inançları ve tutumları kapsamaktadır. Yaşam deneyimleri bu inançların pekişmesine neden olmaktadır, mesela kendini en başarılı bulduğu dönem hipomanik atakta olduğu dönem olabilir. Aynı şekilde aile üyeleriyle, arkadaşlarıyla veya ruh sağlığı profesyonelleriyle yaşadığı tartışmalar kendini anlaşılmamış hissetmesine veya diğerlerinin onun kontrol etmeye, engellemeye çalıştıklarını düşünmelerine neden olabilir (Mansell, 2006).

Bipolar bozukluğun bütüncül bilişsel modele göre şekillendirilen psikoterapisinde amaç bipolar danışanların içsel durumlarındaki değişimleri fark etmeleri, tolere

edebilmeleri ve kabul edebilmelerini sağlamak ve duygu düzenlemesi ve hayatlarındaki hedeflerini belirlemelerinde tutarlı ve onların lehine olacak stratejiler geliştirmelerine yardım etmektir (Mansell ve ark., 2011). HİTPOY-15 bipolar bozukluğu olan danışanların düşüncelerini hızlı bir şekilde gözden geçirmelerine yardımcı olur. Bu sayede kendilerini anlaşılabilir hissedebilir ve bu düşüncelerin olduğu bir ölçek doldurmaları bunları sadece kendilerinin yaşamadığını onlara dolaylı yoldan gösterebilir. Ayrıca ölçek duygudurumdaki değişimleri kontrol etmek yerine bu değişimlere dair tutumları değiştirmekle ilgili olduğundan daha işlevsel stratejilerin geliştirilmesine ortam sağlar. Bunun yanı sıra bu inançların ne zaman, nasıl başladığı, hayatlarında nasıl işlevleri olduğu, günlük yaşamlarını nasıl etkilediklerini tartışmak için zemin oluşturarak formülasyon oluşturulmasına yardımcı olur. Son olarak yaklaşımın temel noktası olan bu inançlar arasındaki çatışmaların fark edilmesine katkı sağlar (Mansell, 2007).

Sorunlu olan ters maddeler çıkarıldıktan sonra oluşturulan HİTPOY-15 ile yapılan analizlerde bipolar grup beklenildiği üzere sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha yüksek toplam puan almıştır. Bu bulgu hem orijinal çalışmayla hem de ölçekle ilgili diğer çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Mansell, 2006; Mansell ve Jones, 2006; Mansell, Rigby, Tai ve Lowe, 2008; Alatiq ve ark., 2010). Diğer taraftan HİTPOY-15 bipolar ve unipolar grupları ayırt etmekte yetersiz kalmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememesinin karşılaştırılan grupların örneklem sayıları arasında ciddi bir eşitsizlik olmasıyla ilişkili olabileceği ve bipolar grupta katılımcıların yaşadıkları en son epizodun depresyon olmasından da kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bipolar grupta subsendromal depresif belirtilerin varlığı kadar unipolar grupta subsendromal hipomanik belirtilerin etkisi olabileceği varsayılmaktadır. Gelecek çalışmalarda katılımcıların geçirdikleri son epizodun etkisinin kontrol edilmesi ve ölçeğin uygulandığı anda depresif ve hipomanik belirtileri tarayacak ölçeklerin uygulanması (örneğin, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hipomani Kontrol Listesi) bu belirtilerin ölçek üzerindeki etkilerinin kontrol edilmesine olanak sağlayarak, elde edilen bulguların daha sağlıklı şekilde yorumlanmasına yardımcı olacaktır.

Orijinal çalışmadan (Mansell ve Jones, 2006) farklı olarak nötr maddelerde iki grup arasında farklılık saptanmış ve kontrol grubunun bu maddelere daha yüksek puan verdiği görülmüştür. Orijinal ölçeğe ait çalışmada nötr maddelere dair iki grup arasında

bir farklılık bulunmamış ve bu sonuç Mansell ve Jones (2006) tarafından bu cümlelerin katılımcıların genelde verdikleri tepkileri yansıttıkları şeklinde yorumlanmıştır. Bu çalışmada ise gerek nötr maddeler açısından ortaya çıkan gruplararası farklılık gerekse ölçeğin diğer formlarında nötr maddelerin kullanılmamasından hareketle nötr maddeler ölçekten çıkarılmış ve yeni ölçek 15 düz maddeden oluşturulmuştur.

HİTPOY-15 ile Duygudurum Bozuklukları Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile yapılan diğer analizlere bakıldığında, bipolar grupta HİTPOY-15’den alınan puanlar ile DDBÖ’den alınan puanlar arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, HİTPOY-15 geçmiş hipomanik belirtilerle ilişkilidir. Bu iki ölçeğin kontrol grubundaki korelasyonuna bakıldığında, korelasyon değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu HİTPOY-15’in hipomanik belirtileri yordadığı şeklinde değerlendirilebilir. Bu sonuç, Mansell ve ark. (2008) ve Dodd ve ark. (2010) ile paralellikler göstermektedir. Psikiyatrik tanı almamış, sağlıklı kişilerden oluşan normal örnekleme bipolar bozukluğa olan yatkınlığın düşünce ve inanç düzeyinde yansımaları olduğu düşünülebilir. Bu açıdan ölçek bipolar ve kontrol grupları ayırt edebilmekle birlikte bütüncül bilişsel model kapsamındaki içsel durumlara dair aşırı inançların duygudurum dalgalanmalarının ortaya çıkmasını etkilediği önermesini de desteklemektedir (Mansell, Rigby, Tai ve Lowe, 2008).

HİTPOY-15’in Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile ilişkisine bakıldığında, bağımsız tutum haricindeki diğer alt ölçekler (Mükemmeliyetçi tutum, Onaylanma İhtiyacı ve Değişken Tutum) ile FOTÖ’den toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür. Yani, FOTÖ kapsamındaki inançlar ile HİTPOY-15’in sorguladığı inançlar arasında bir ilişki vardır.

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği’nden elde edilen sonuçlar geçmiş çalışmalar ışığında değerlendirildiğinde, mevcut çalışmada olduğu gibi Scott, Stanton, Garland ve Ferrier (2000) de araştırmalarında bipolar katılımcıların “onaylanma ihtiyacı” ve “mükemmeliyetçi tutum” alt ölçeklerinde daha yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir. Scott (1995) “mükemmeliyetçiliğin” bipolar kişilerde bir kişilik özelliği olduğunu ve bunun kişilerin hastalıklarını kabul etmelerini ve tedaviye uyum göstermelerini olumsuz etkilediğini söylemektedir. Scott ve Pope (2003) ise remisyondaki veya hipomanik bipolar hastaların unipolar depresif veya sağlıklı kontrollere göre fonksiyonel olmayan tutumlarının daha yaygın olduğunu belirtmişlerdir. Goldberg, Gerstein, Wenze, Welker

ve Beck (2008), 40 maddelik FOTÖ uygulayarak gerçekleştirdikleri çalışmada benzer sonuçlar elde etmiş, ayrıca disfonksiyonel tutumlar ile manik belirtiler arasında bir ilişki olduğunu eklemiştirlerdir. Bu çalışmada ise bipolar grupta FOTÖ ile DBÖ arasında bir ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar arasındaki tutarsızlık, Goldberg ve arkadaşlarının (2008) manik dönemdeki katılımcılarla çalışmasıyla ilişkili olabilir.

Lam, Wright ve Smith (2004), 24 maddelik Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin bipolar bozukluk için faktör çalışmasında en belirgin faktör olan "Hedefi elde etme" (*Goal achievement*) bu çalışmada kullanılan FOTÖ'nin alt ölçeklerinden "Mükemmeliyetçi tutum"a yakındır. Benzer şekilde bu alt ölçekten alınan puanlar bipolar grupta göze çarpmaktadır. Ayrıca bipolar grupta "bağımsız tutum"la ilişkili maddelere de yüksek puan verildiği görülmüştür. Bu bulgu bipolar kişilerin başka biri tarafından onaylanmaya veya beğenilmeye ihtiyaç duymadıkları şeklinde yorumlanabilir. HİTPOY-15 daha çok Kendini Harakete Geçirmeye yönelik maddeleri içerdiğinden, ve iki ölçek arasındaki oldukça yüksek korelasyondan da bipolar kişilerde başarı odaklı olma ve başarı elde etmeyle ilgili işlevsel olmayan inançlarının ön planda olduğu söylenebilir. Gerek Lam, Wright ve Smith (2004)'in önermesi gerekse bütüncül bilişsel modele de gönderme yaparsak, bipolar bozukluğu olan hastalarda olumlu geribesleme döngüsüyle olumlu duygulanımı arttıran eylemlerin ve hedefe yönelik davranışların artmasına, bağımlılığa karşı olan inançların aktive olmasıyla başkalarının fikirlerinin göz ardı edildiği düşünülebilir.

Teasdale, depresyonla ilişkili disfonksiyonel inançların atak dönemleri haricinde örtük olduğu, kişinin duygudurumundaki değişimle birlikte "yeniden aktive olduğunu" önermektedir (Teasdale ve ark., 2000). Bipolar hastalardan oluşan örneklerde Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'ni kullanan bazı araştırmalarda (Jones ve ark., 2005; Lex, Meyer, Marquart ve Thau, 2008; Mansell ve ark., 2011; Alatiq ve ark., 2010) remisyondaki bipolar hastalar ile sağlıklı kontroller arasında, fonksiyonel olmayan tutumlar açısından bir farklılık saptanmamıştır. Ancak, bu çalışmada bipolar grup sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında remisyondaki bipolar katılımcıların daha fazla fonksiyonel olmayan inanca sahip oldukları saptanmıştır. Bu bulgu göz önüne alındığında katılımcıların atak döneminde olmasalar bile subsendromal depresif belirtilerinin fonksiyonel olmayan inançlarını ortaya çıkartacak kadar şiddetli olduğu düşünülebilir. Gelecekte bu çalışmanın depresif belirtileri tarayan ölçeklerle

(Örneğin Beck Depresyon Envanteri, Hamilton Depresyon Ölçeği) birlikte uygulanmasının yapılan çıkarımlar açısından daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, HİTPOY-15 güçlü bir iç tutarlılığı olan, birleşen ve ayırt edici geçerlik açılarından yeterli olan, zamana bağlı olarak anlamlı ölçümler veren bir ölçektir. HİTPOY-15'in bir ay ara ile alınan ölçümleri arasında anlamlı bir korelasyon elde edilmiştir. Ayrıca gerek bipolar gerekse kontrol grupta HİTPOY-15'den alınan puanlar ile DDBÖ'den alınan puanlar arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bu bulgular ışığında HİTPOY-15'in hipomanik belirtileri yordadığı çıkarımı yapılmıştır. HİTPOY-15'in Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile ilişkisine bakıldığında, bağımsız tutum haricindeki diğer alt ölçekler (Mükemmeliyetçi tutum, Onaylanma İhtiyacı ve Değişken Tutum) ile FOTÖ'den toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bir diğer deyişle, FOTÖ kapsamındaki inançlar ile HİTPOY-15'in sorguladığı inançlar arasında bir ilişki olduğu söylenebilir. Sorunlu olan 10 maddenin çıkarılması ile özellikle "tepki stili" bileşenini işaret eden ifadelerin yokluğu ve "çökme davranışlarını", "öz-eleştirel inançları" veya "katastrofik inançları" işaret eden cümleleri içermemesi ölçeğin kapsam geçerliliğini zayıflatmaktadır. Ayrıca, bu durumun kısa formun faktör yapısını etkileyebileceği düşünülmektedir.

#### **4.1.1.KISITLILIKLAR**

Sağlıklı kontrol grubunun bipolar gruba göre eğitim süresinin daha yüksek olması araştırmadaki önemli kısıtlılıklardan biridir. Bu durumun ölçeğin katılımcılar tarafından anlaşılması ve yorumlanması konusunda bir farklılık yaratıp yaratmadığı bilinmemektedir. Dolayısıyla bulgular ele alınırken bu kısıtlılığın da akıl tutulmasında fayda olabilir.

Ülkemizde bipolar bozuklukta görülen bilişlerle ilgili çok az sayıda ölçek bulunmaktadır. Bu nedenle birleşen geçerliliği görebilmek için araştırmada Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği-A Formu kullanılmıştır. Ancak bu ölçeğin ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması sadece üniversite öğrencileriyle çalışılmış, ayrıca geçerlik ve güvenirliğinin yeterli olmadığı düşünülmektedir. Dolayısıyla birleşen geçerlik için

FOTÖ'nün bipolar bozukluk için uyarlanmamış olması sonuçların yorumlanmasında bu faktörün göz önünde bulundurulmasını gerekli kılmaktadır.

Araştırmanın başlangıcında unipolar hastalarda araştırmaya katılmıştır. Araştırmanın sürdürüldüğü dönemde (Şubat-Haziran 2011) karşılaştırmaların sağlıklı yapılmasına yetecek sayıda unipolar hastaya ulaşılamamıştır. Bu açıdan gelecekteki çalışmalarda karşılaştırmalı değerlendirmeler açısından unipolar gruptaki hasta sayısının artırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

#### **4.1.2.ÖNERİLER**

Daha geniş ve birbiriyle demografik özellikler açısından eşleştirilmesi, daha uyumlu örneklemelerin kullanılması, verilerin yorumlanmasını daha sağlıklı kılabilir.

HİTPOY-15'in, Davranışsal İnhibisyon Sistemi/ Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DİS/DAS) Ölçeği gibi bipolar bozuklukta sıklıkla kullanılan başka ölçeklerle uyumuna bakılması yararlı sonuçlar verebilir.

Diğer taraftan, ileride uzunlamasına yapılacak bir çalışmada HİTPOY-15'in iyi ve kötü prognozu olan hastalardaki farklılıklarının incelenmesi, hastalığın doğasıyla ilgili önemli sonuçlar verebilir.

İleride benzer bir uzunlamasına çalışmada, HİTPOY-15'in hastanın remisyon veya hipomanik dönemiyle hastalığın alevlenmeye başladığı dönemi arasındaki farklarını görmek önemli sonuçlar verebilir.

#### **4.1.3. SONUÇ**

Kısa-HİTPOY'un ülkemizde bipolar bozuklukla ilgili kognisyonların değerlendirmesinde kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir. Ölçeğin 15 maddelik bu versiyonunda iç tutarlılığı yüksek, birleşen ve ayırt edici geçerlik açılarından yeterli bir ölçek olduğu bulunmuştur. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği ile arasındaki anlamlı ilişki ölçeğin geçmiş hipomanik belirtiler ile ilişkili olduğunu gösterdiği, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile arasındaki ilişki ise ölçeğin fonksiyonel olmayan tutumları da içerdiği şeklinde yorumlanabilir.

HİTPOY-15'in Türkçeye uyarlanması gerek remisyondaki bipolar hastalara psikososyal müdahalelerde tarama amaçlı kullanılabilecek bir ölçek hem de özellikle remisyondaki ve hipomanik dönemdeki bipolar hastaların düşüncelerinin değerlendirilmesi önemli bir araç sağlayacağı düşünülmektedir. Diğer bir deyişle, HİTPOY-15 hem araştırma amaçlı hem de klinikte müdahale alanlarının belirlenmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Ölçeğin kazandırılmasıyla birlikte duygudurum dalgalanmalarını ve bipolar bozukluğu açıklayan yeni bir bilişsel modelin ülkemize tanıtılması da sağlanacaktır. Ölçeğin kapsadığı kognisyonlar (inançlar, yordamalar, tutumlar) kişinin kendi hastalık sürecinin ne kadar farkında olduğunu gözden geçirmesine olanak sağlamanın yanı sıra, atak dönemlerinde nasıl tepkiler verdiğini, etrafındaki insanlarla nasıl ilişkiler kurduğunu, ilişkilerde kendini nasıl konumlandığına dair veriler de sağlamaktadır. HİTPOY-15, bipolar bozukluğun doğasında yer aldığı tartışılan içsel durumlardaki değişimlere dair aşırı, birbirleriyle çelişen, çoklu düşünceleri ve bunların davranışlar, bedensel tepkiler ve sosyal çevre üzerindeki etkilerini içerdiğinden hem remisyon döneminde uygulanan bilişsel-davranışçı müdahalelerin kişiye ve ailesine uygun olarak planlaması hem de verilecek psikoeğitimin şekillendirilmesi sırasında faydalı olabileceği düşünülmektedir. Ölçek sayesinde psikoterapötik süreçte duygu-düşünce-davranış alanlarındaki değişimlerin tartışılmasında ve hastanın bu müdahalelerden ne kadar yararlandığının değerlendirilmesinde kullanılabileceği düşünülmektedir. Bipolar bozuklukta psikososyal müdahalelerin özellikle son 10 yılda giderek önem kazandığı düşünüldüğünde, Türkiye'de bu alanda yapılacak çalışmalarda bu gibi ölçeklere ihtiyaç duyulacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akiskal, H. S. (2002). İki uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı, ve sınırları: Gözden Geçirme. M., Maj, Akiskal, H. S., Lopez-Ibor, J. J., ve ark. (Ed), *İki Uçlu Bozukluk İçinde* 1-43. NJ: John Wiley and Sons.
- Alatiq, Y., Crane, C., Williams, J.M.G., & Goodwin, G. M. (2010). Dysfunctional beliefs in bipolar disorder: Hypomanic vs. depressive attitudes. *Journal of Affective Disorders*, 122, 294-300.
- Alloy, B. L., Abramson, L. Y., Flynn, M., Liu, R. T., Grant, D. A., Jager-Hyman, S. & Whitehouse, W. G. (2010). Self-focused cognitive styles and bipolar spectrum disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 354- 375.
- Alloy, B. L., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., & Neeren. A. (2006). Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 726-755.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Tashman, N. A., Steinberg, D. L., Rose, D. T., & Donovan, P. (1999). Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 503–531.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, APB. (2001). *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR)* (çev. Köroğlu, E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143-151.
- Ateşçi, F., Tüysüzoğulları, H. D., Özdel, O, ve Oğuzhanoğlu, N. K. (2010). Erişkinlerde bipolar I bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı: Bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri Bülteni*, 20, 66-73.
- Azorin, J.M., Kaladjian, A., Adida, M., Fakra, E., Hantouche, E. G. & Lancrenon, S. (2011). Baseline and prodromal characteristics of first- versus multiple-episode mania in a French cohort of bipolar patients. *European Psychiatry*, doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.11.001.
- Baek, J. H., Park, D. Y., Choi, J., Kim, J. S., Choi, J. S., Ha, K., Kwon, J. S., Lee, D. & Hong, K. S. (2010). Differences between bipolar I and bipolar II disorders in clinical features, comorbidity and family history. *Journal of Affective Disorders*, 131, 56-67.
- Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L. Ghaemi, S. N., Joffe, H. Kim, D.R., Sagduyu, K...Cohen, L. S. (2005). Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disorders*, 7, 465-470.
- Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorn, A. & Smith, M.(2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust N Z J Psychiatry*, 37, 41-48.
- Bartalena, L., Pellegrini, L., Meschi, M., Antonangeli, L. , Bogazzi, F., Dell’Osso, L., Pinchera, A. & Placidi, G. F. (1990). Evaluation of thyroid function in patients with rapid-cycling and non-rapid cycling bipolar disorder. *Psychiatric Research*, 34, 13-20.

- Basco, R. M. (2000). Cognitive-behavior therapy for bipolar I disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 14, 287-303.
- Bebbington, P., & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 30, 279-292.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guildford Press.
- Beck, J. S. (2001). Bilişsel terapi temel ilkeler ve ötesi, ( N. Hisli Şahin, Çev.), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.(Orijinal basım: 1995).
- Benazzi, F. (2007). Bipolar disorder- focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*, 369, 935-945.
- Benazzi, F. & Akiskal, H. S. (2003). The dual factor structure of self-rated MDQ hypomania:energized-activity versus irritable-thought racing. *Journal of Affective Disorders*, 73, 59-64.
- Bowden, C. L. (2001). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-54.
- Bronstein, C. (2010). Two modalities of manic defences: Their function in adolescent breakdown. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91, 583-600.
- Carver, C. S. (2004). Negative affect deriving from the behavioral approach system. *Emotion*, 4, 3–22.
- Carver, C. S. & Johnson, S. L. (2009). Tendencies toward mania and tendencies toward depression have distinct motivational, affective and cognitive correlates. *Cognitive Therapy Research*, 33, 552-569.
- Chang, K. D., Keck, P. E., Stanton, S. P., McElroy, S. L., Strakowski, S. M. & Geraciotti, T.D. (1998). Differences in thyroid function between bipolar manic and bipolar mixed states. *Biological Psychiatry*, 43, 730-733.
- Chen, Y. W. & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive- compulsive disorder in bipolar and unipolar patients. *Psychiatry Research*, 59, 57-64.
- Chien, I-C., Chang, K.-C., Lin, C.-H., Chou, Y.-J. & Chou, P. (2010). Prevalance of diabetes in patients with bipolar disorder in Taiwan: a population-based national health insurance study. *General Hospital Psychiatry*, 32, 577-582.
- Colom, F. & Vieta, E. (2007). Sudden glory revisited: Cognitive content of hypomania. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 278-288.
- Colom, F., Vieta, E. & Moreno-Sanchez, J. (2009). Psychoeducation for bipolar II Disorder: An explanatory, 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disord*, 112, 30-35.
- Conus, P., Ward, J., Lucas, N., Cotton, S., Yung, A. R., Berk, M. & McGorry, P. D. (2010). Characterisation of the prodrome to a first episode of psychotic mania: Results of a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 124, 341-345.
- Correll, C. U., Penzner, J. B., Frederickson, A. M., Richter, J. J., Auther, A. M., Smith, C. W. Kane, J. M. & Cornblatt, B. A. (1997). Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: Evidence in support of a bipolar mania prodrome. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 703-714.
- Depue, R. A., Krauss, S. & Spoont, M. R. (1987). A two-dimensional threshold model of seasonal bipolar affective disorder. In D. Magnusson veA. Ohman (Eds.), *Psychopathology: An interactional perspective* (pp. 95–123). New York: Academic Press.
- Dodd, A. L., Mansell, W., Sadhnani, V., Morrison, A. P. & Tai, S. (2010). Principal components analysis of the hypomanic attitudes and positive predictions inventory and associations with measures of personality, cognitive style and

- analogue symptoms in a student sample. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 15-33.
- El-Mallakh, R. S. & Hollifield, M. (2008). Comorbid anxiety in bipolar disorder alters treatment and prognosis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 139-150.
- Giglio, L. M. F., Andreatza, A. C., Andersen, M., Cereser, K. M., Walz, J. C., Sterz, L. ve Kapezinski, F. (2009). Sleep in bipolar patients. *Sleep Breath*, 13, 169-173.
- Goldberg, J. F., Gerstein, R. K., Wenze, S. J., Welker, T. M. & Beck, A. T. (2008). Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients. Implications for cognitively based psychotherapeutics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 207-210.
- Goodwin R.D., Jacobi F., Bittner A. ve Wittchen H.U. (2007). Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. In Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. (Eds DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg). İstanbul: Sigma Publishing,
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007). Manic depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression. USA: Oxford University Press
- Goodwin, R. D. & Howen, C. W. (2002). Bipolar-panic comorbidity in the general population: Prevalance and associated comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 70, 27-33.
- Goossens, P. J. J., Kupka, R. W., Beentjes, T. A. A. & Van Achterberg, T. (2010). Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-national study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1201-1207.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behavior Research and Therapy*, 40, 869-893.
- Healy, D. & Williams, J. M. G. (1989). Moods, misattributions and mania: An interaction of biological and psychological factors in the pathogenesis of mania. *Psychiatric Developments*, 7, 49-70.
- Hirschfeld, R. M. A, Williams, J. B. W., Spitzer, R. L. et al. (2000) Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873-1875.
- Hirschfeld, R. M., Holzer, C., Calabrese, J. R. et al. (2003) Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 178-180.
- Jackson, A., Cavanagh, J. & Scott, J. (2003). A systematic review of manic and depressive prodromes. *Journal of Affective Disorders*, 74, 209-217.
- Johnson, S. L., Eisner, L. R. & Carver, C. S. (2009). Elevated expectancies among persons diagnosed with bipolar disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 217-222.
- Jones, L., Scott, J., Haque, S., Gordon-Smith, K., Heron, J., Forty, E., Hyde, S.,..., Craddock, N. (2005). Cognitive style in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 187, 431-437.
- Jones, S. (2001). Circadian Rhythms, multilevel models of emotion and bipolar disorder-an initial step towards integration?. *Clinical Psychology Review*, 21, 1193-1209.
- Judd, L. L. , Akiskal, H. S., Schlettler, P. J., Endicott, J., Leon, A. C. & Solomon, D. A. (2005). Psychosocial disability in the course of Bipolar I and II Disorders. A prospective, comparative, longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1322-1330.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schlettler, P. J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., Solomon, D. A., Leon, A. C. & Keller, M. B. (2003). A prospective

- investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of Bipolar II Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 261-269.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schlettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon, A. C., Rice, J. A. & Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Kelly, R. E., Mansell, W., Wood, A. M., Alatiq, Y., Dodd, A. & Searson, R. (2011). Extreme positive and negative appraisals of activated states interact to discriminate bipolar disorder from unipolar depression and non-clinical controls. *Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2011.05.042.
- Kesebir, S. ve Gençer, G. A. (2010). Bipolar bozukluk ve diyabetes mellitus. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 2, 66-74.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593- 602.
- Kilbourne, A. M., Cornelius, J. R., Han, X., Pincus, H. A., Shad, M., Salloum, I., Conigliaro, J. & Haas, G. L. (2004). Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6, 368-373.
- Knowles, R., Tai, S., Christensen, I. & Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 99-112.
- Konuk, N., Kiran, S., Tamam, L., Karahmet, E., Aydin, H. ve Atik, L. (2007). Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluk taramasında geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18, 147-154.
- Köroğlu, E. (2004). Duygudurum bozuklukları. *Psiknozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri İçinde* 253-330. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Kupfer, D. J. , Frank E. , Grochocinski V. J. , Cluss P.A. , Houck P. R. , Stapf, D. A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 120-125.
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D. & Sham, P. (2001). Cognitive therapy for bipolar illness-a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503-520.
- Lam, D. H., Hayward, P., Wright, E. R., Bright, K., Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after two years. *American Journal of Psychiatry*, 162, 324-329.
- Lam, D. H., Jones, S. H., Hayward, P. & Bright, J. A. (1999). Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Lam, D.H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G. & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Lam, D. & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1091-1100.
- Lam, D., Wright, K. & Sham, P. (2005). Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 35, 69-77.
- Lam, D., Wright, K. & Smith, N. (2004). Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 79, 193-199.

- Lex, C., Meyer, T. D., Marquart, B. & Thau, K. (2008). No strong evidence for abnormal levels of dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and emotional information-processing biases in remitted bipolar I affective disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 1-13.
- Magalhaes, P. V. S., Kapczinski, N. S. & Kapczinski, F. (2010). Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 353-356.
- Mansell W, Paszek, G., Seal, K., Pedley, R., Jones, S.A., Thomas, N., Mannion, H., Saatsi, S. & Dodd, A.. (2011). Extreme appraisals of internal states in Bipolar I Disorder: A multiple control group study. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 87-97. doi: 10.1007/s10608-009-9287-1.
- Mansell, W. (2006). The Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory (HAPPI). A pilot study to select cognitions that are elevated in individuals with bipolar disorder compared to non-clinical controls. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 467- 476.
- Mansell, W. (2007). An integrative formulation-based cognitive treatment of bipolar disorders: Application and Illustration. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63, 447-461.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to cbt. *Journal of Cognitive Therapy: An International Quarterly*, 23, 6-19.
- Mansell, W. & Jones, S. H. (2006). The Brief-HAPPI: A questionnaire to assess cognitions that distinguish between individuals with a diagnosis of bipolar disorder and non-clinical controls. *Journal of Affective Disorders*, 93, 29-34.
- Mansell, W. & Lam, D. (2004). A preliminary study of autobiographical memory in remitted bipolar disorder and the role of imagery in memory specificity. *Memory*, 12, 437-446.
- Mansell, W. & Lam, D. (2006). "I won't do what you tell me!": Elevated mood and the assessment of advice-taking in euthymic bipolar I disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1787-1801.
- Mansell, W. & Pedley, R. (2008). The ascent into mania: A review of psychological processes associated with the development of manic symptoms. *Clinical Psychology Review*, 28, 494-520.
- Mansell, W., Colom, F. & Scott, J. (2005). The nature and treatment of depression in bipolar disorder: A review and implications for future psychological investigation. *Clinical Psychology Review*, 25, 1076-1100.
- Mansell, W., Morrison, A. P., Reid, G., Lowens, I. & Tai, S. (2007). The interpretations of, and responses to, changes in internal states: An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Behavioral and Cognitive Therapy*, 35, 515-539.
- Mansell, W., Rigby, Z., Tai, S. & Lowe, C. (2008). Do current beliefs predict hypomanic symptoms beyond personality style? Factor analysis of the Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory (HAPPI) and its association with hypomanic symptoms in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 450-465.
- Mantere, O., Souminen, K., Valtonen, H. M., Arvilomni, P. & Isometsa, E. (2008). Only half of bipolar I and II patients report prodromal symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 111, 366-373.
- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., Nollen, W. A....Post, R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its

- relationship to historical illness variables inpatients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 420-426.
- Merinkangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, M. A., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, R. & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64, 543-552.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morriss, R. (2002). Clinical importance of inter-episode symptoms in patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 72, 3-13.
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N.A. & Gyulai, L. (2002). *Bipolar Disorder: A cognitive therapy approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- Nierenberg, A. A., Miyahara, S., Spencer, T., Wisniewski, S. R., Otto, M. W., Simon, N., Pollack, M. H....Sachs, G. S. (2005). Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological Psychiatry*, 57, 1467- 1473.
- Otto, M. W., Perlman, C. A., Wernicke, R., Reese, H. E., Bauer, M. S. & Pollack, M. H. (2004). Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates and treatment strategies. *Bipolar Disorders*, 6, 470-479.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Cilt-I)*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
- Paykel, E. S., Abbott, R., Morriss, R., Hayhurst, H. & Scott, J. (2006). Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 118-123.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E. & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., Lenzi, P., Ravagli, S. & Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 46, 15-23.
- Pini, S., Maser, J. D., Dell'Osso, L., Abelli, M., Muti, M., Gesi, M., & Cassano, G. B. (2006). Social anxiety disorder comorbidity in patients with bipolar disorder: A clinical replication. *Anxiety Disorders*, 20, 1148-1157.
- Provencher, M. D., Hawke, L. D. & Thienot, E. (2010). Psychotherapies for comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, Available from: doi:10.1016/j.jad.2010.10.040.
- Regenold, W. T., Thapar, R. K., Marano, C., Gavirneni, S. & Kondapavuluru, P. V. (2001). Increased prevalence of type 2 diabetes mellitus among psychiatric inpatients with bipolar I affective and schizoaffective disorders independent of psychotropic drug use. *Journal of Affective Disorders*, 70, 19-26.
- Reilly-Harrington, N. A., Alloy, L. B., Fresco, D. M. & Whitehouse, W. G. (1999). cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 567-578.

- Reilly-Harrington, N. A., Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Wisniewski, S. R., Thase, M. E., & Sachs, G. S. (2010). Dysfunctional attitudes, attributional styles, and phase of illness in bipolar disorder. *Cognitive Therapy Research*, *34*, 24-34.
- Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., Jankowski, M. K., Salyers, M. P. & Acker, K. (2004). Cognitive-behavioral treatment of PTSD in severe mental illness: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *7*, 171-186
- Rossi, A., Marinangeli, M. G., Butti, G., Scinto, A., Cicco, L. D., Kalyvoka, A. & Petruzzi, C. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, *65*, 3-8.
- Rosso, G., Albert, U., Bogetto, F. & Maina, G. (2009). Axis II comorbidity in euthymic bipolar disorder patients: No differences between bipolar I and bipolar II subtypes. *Journal of Affective Disorders*, *115*, 257-261.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). What works for whom? A critical review of psychotherapy research. UK: Guildford Press. (2nd edition).
- Saunders, K. E. A. & Goodwin, G. M. (2010). The course of bipolar disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, *16*, 318-328.
- Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (Ed.) (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schmitz, J. M., Averill, P., Sayre, S., McCleary, P., Moeller, G. F. & Swann, A. (2002). Cognitive-behavioral treatment of bipolar disorder and substance abuse: A preliminary randomized study. *Addictive Disorders and Their Treatment*, *1*, 17-24.
- Schwannauer, M. (2004). Cognitive behavioral therapy for bipolar affective disorder. M., Power, (Ed.), In *Mood Disorders: a handbook of science and practice içinde* 259-273. England: J. Wiley.
- Scott, J. (1995). Psychotherapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, *167*, 581-588.
- Scott, J. (2001). Cognitive therapy as an adjunct to medication. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 164-168.
- Scott, J., Garland, A. & Moorhead, A. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, *31*, 459-467.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R. & Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomized controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 313-320.
- Scott, J. & Pope, M. (2003). Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychological Medicine*, *33*, 1081-1088.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A. & Ferrier, I. N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, *30*, 467-472.
- Simon, N. M. , Otto, M. W., Fischman, D. Racette, S., Nierenberg, A., Pollack, M. H. & Smoller, J. W. (2005). Panic disorder and bipolar disorder: Anxiety sensitivity as a potential mediator of panic during manic states. *Journal of Affective Disorders*, *87*, 101-105.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 615-623.
- Thomas, J. , Bentall, R. P. (2002). Hypomanic traits and response styles to depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *41*, 309-313

- Thompson, K. N., Conus, P. O., Ward, J. L., Phillips, L. J., Koutsogiannis, J., Leicester, S. & McGorry, P. D. (2003). The initial prodrome to bipolar affective disorder: Prospective case studies. *Journal of Affective Disorders*, 77, 79-85.
- Tohen, M., Bowden, C. L., Calabrese, J. R., Lin, D., Forrester, T. D., Sachs, G. S., Koukopoulos, A., Yatham, L. & Grunze, H.(2006). Influence of sub-syndromal symptoms after remission from manic or mixed episodes. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 515-519.
- Totterdell, P. & Kellett, S. (200). Restructuring mood in cyclothymia using cognitive behavior therapy: An intensive time-sampling study. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 501-518.
- Twiss, J., Jones, S. & Anderson, A. (2008). Validation of the Mood Disorder Questionnaire for screening for bipolar disorder in a UK sample. *Journal of Affective Disorders*, 110, 180-184.
- Udachina, A. & Mansell, W. (2007). Cross-validation of the Mood Disorders Questionnaire, the Internal State Scale and the Hypomanic Personality Scale. *Personality and Individual Differences*, 42, 1539-1549.
- Üçok, A., Karavelli, D., Kundakçı, T. ve Yazıcı, O. (1998). Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 72-74.
- Valle, J., Ayuso-Gutierrez, J. L., Abril, A. & Ayuso-Mateos, J. L. (1999). Evaluation of thyroid function in lithium-naive bipolar patients. *European Psychiatry*, 14, 341-345.
- Van der Gucht, E., Morriss, R., Lancaster, G., Kinderman, P. & Bentall, R. P. (2009). Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 146-151.
- Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Lahuerta, J. & Zaragoza, S. (2008). Subsyndromal depressive symptoms in patients with bipolar and unipolar disorder during clinical remission. *Journal of Affective Disorders*, 107, 169-174.
- Wright, K. & Lam, D. (2004). Bipolar affective disorder: current perspectives on psychological theory and treatment. In M. J. Power (Ed.), *Mood Disorders: a handbook of science and practice*. Chichester, UK: Wiley.
- Yolaç, P. (2011). Kişisel Görüşme. (19.10.2011), (Okan Üniversitesi Psikoloji Bölümü)
- Zaretsky, A.E. , Rizvi, S. & Parikh, S.V. (2007). How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 14-19.

# EKLER

## EK - 1 ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İZMİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.İZU.0.00.00.00-604.01.01-25 - 176  
Konu : Araştırma

16.03.2011

### İLGİLİ MAKAMA

Üniversitemiz Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ahmet TOSUN ile Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Zeynep MAÇKALI'nın, "Brief-Hypomanic Attitude and Positive Predictions Inventory (Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Envanteri-Kısa Form) isimli ölçeğin Türkiye için Uyarlanma, Geçerlik ve Güvenirlik Araştırması" başlıklı araştırması Etik Kurul onayı ile uygun görülmüştür.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Kayhan ERCİYEŞ  
Rektör

**EK-2**  
**ESER SAHİBİNDEN İZİN**

The University  
of Manchester

MANCHESTER  
1824

Dr Warren Mansell  
MA (Cantab) DPhil  
DClinPsy CPsychol  
Senior Lecturer in Psychology

School of Psychological Sciences  
Coulton - Oxford Road  
University of Manchester  
Manchester  
M13 9PL

Tel: 0161 275 8388  
Email: warren.mansell@manchester.ac.uk

Tuesday 1<sup>st</sup> February 2011

TO WHOMEVER IT MAY CONCERN

I hereby give my permission for Zeynep Mackali (with Drs Tosun & Duzen as supervisors) at Okan University to reproduce a Turkish translation of my scale – the Brief HAPPY.

Yours Sincerely,



Dr Warren Mansell  
Senior Lecturer in Psychology and Clinical Psychologist

**EK - 3**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**Değerli katılımcı,**

Aşağıda, araştırmaya ilişkin bazı açıklamalar bulunmaktadır. Lütfen soruları yanıtlamaya geçmeden önce bu açıklamaları dikkatlice okuyunuz.

**Araştırma Sahibi:** Bu araştırma Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında yürütülen bir tez çalışmasıdır.

**Araştırmanın Amacı:** Yurtdışında geliştirilmiş ve bipolar bozukluğu değerlendirmekte bizlere çok yardımcı olacak yeni bir ölçeği Türkiye'ye uyarlamaktır.

**Uygulama:** Arkadaki sayfalarda bipolar bozuklukta çok sık yaşanan bir takım durumlarla ilgili sorular bulunmaktadır. Sizden istediğimiz, bu soruları kendi görüş ve yaşantılarınıza göre yanıtlamanızdır. Soruları yanıtlamak yaklaşık 30-40 dakika sürmektedir. Sizden samimi yanıtlar vermeniz ve hiçbir soruyu boş bırakmamanız beklenmektedir.

**Gizlilik:** Dolduracağınız formda, kimliğinizi belirleyecek herhangi bir soru (ad, soyad, kimlik numarası, doğum yeri, vs) bulunmamaktadır. Verdiğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Herkesin doldurduğu formlar birleştirilip, toplu olarak değerlendirileceği için size özel sonuçlar elde etmek ve paylaşmak söz konusu değildir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

**Sonuçlar:** Araştırmaya katılan herkesin doldurduğu formlar birleştirilerek genel sonuçlar elde edilecektir. Kişiyeye özel değerlendirme ve sonuç söz konusu değildir. Araştırmanın sonuçları tezde ve bilimsel yazılarda yayınlanacaktır. Ancak bu yayınlarda hiçbir katılımcının kimlik bilgileri bulunmayacaktır. Kütüphane veritabanlarından teze, yayınlara ya da araştırmacı kanalıyla genel özetlere ulaşmak mümkün olacaktır.

Okuduğunuz bu açıklamadan sonra araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız, aşağıdaki kabul ediyorum kısmına çarpı (X) işareti koyunuz.

**Kabul ediyorum:.....**

Yardımanız için teşekkür ederiz. Şimdi arka sayfadaki soruları yanıtlamaya başlayabilirsiniz.

Psk. Zeynep Maçkalı  
Okan Üniversitesi  
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tosun  
İzmir Üniversitesi  
Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji  
Bilim Dalı

**EK - 4**

**DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

**Katılımcı Tarafından Doldurulacaktır**

**Yaş** : \_\_\_\_\_

**Cinsiyeti** : Kadın / Erkek

**Medeni Hali** : Bekar / Evli / Boşanmış

**Eğitim Durumu** : Yok / İlkokul / Ortaokul / Lise / Üniversite / Lisansüstü

**Herhangi Bir Sağlık Probleminiz Var Mı? (Varsa Belirtiniz) :**

---

**Hekim Tarafından Doldurulacaktır**

**Tanı:**

**Hastalık Süresi:**

**Geçirdiği Epizod Sayısı**

- **Depresyon:**
- **Mani:**
- **Hipomani:**

**Kullandığı İlaçlar:**

**Komorbidite (Eksen I):**

**Komorbidite (Eksen II):**

## EK - 5

### Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Envanteri Kısa Formu

#### (Kısa-HİTPOY)

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve her bir cümleye ne kadar inandığınızı sağ taraftaki ölçek üzerine (X) işareti koyarak derecelendirin. Ölçekte derecelendirme 0 (buna hiç inanmıyorum) ile 10 (buna tamamen inanıyorum) arasında yapılmaktadır. Örneğin, “5” cümlenin sizin için yarı yarıya, yani eşit derecede doğru ya da yanlış olduğunu göstermektedir. Her cümle üzerine çok fazla düşünmemeye çalışın. Bu envanterdeki maddeler için doğru ya da yanlış diye bir şey yoktur, sadece sizin görüşünüz önemlidir. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız ve her madde için sadece bir seçenek işaretleyiniz.

|  | Hiç<br>inanmıyorum<br>0 | Tamamen<br>inanıyorum<br>10 |
|--|-------------------------|-----------------------------|
| 1. İnsanın ailesi hayattaki en önemli şeydir.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 2. Çok enerjik olduğumda, hala diğer insanların veya bir şeylerin desteğine ihtiyaç duyarım. | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 3. Yerinde duramaz hissettiğimde, dünya benim için sınırsız olanaklarla dolu hale gelir.     | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 4. Kendimi daha aktif hissettiğimde, çok önemli bir insan olduğumun farkına varırım.         | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 5. En iyi fikirler, hep kendimden en memnun olduğum zamanlar aklıma gelir.                   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 6. Nasıl giyindiğim benim için önemlidir.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 7. Huzursuz ve yerinde duramaz hissettiğimde, bu beni çok da fazla etkilemez.                | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 8. Kendimi enerji dolu hissettiğimde, son derece eğlenceli ve esprili biriyimdir.            | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 9. Bir şey beni çok huzursuz ettiğinde, davranışlarımı yine de kontrol edebilirim.           | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 10. Başıma iyi bir şey geldiğinde, heyecanlanıp heyecanlanmayacağımı kontrol edebilirim.     | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 11. Kendimden memnun olmam için herkesin dikkatinin benim üzerimde olması gerekir.           | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |
| 12. Gerçekten iyi hissettiğimde, insanlar yine de beni anlarlar.                             | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  |                             |

|  |                        |
|--|------------------------|
| 13. İstedigimi elde etmek için çok çabaladığımda, diğer insanlar beni durdurmaya çalışırlar.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 14. Duygusal çöküntü yaşamaktan kendimi korumak için duygularımı tam kontrol altında tutmam gerekir.                                       | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 15. Yerinde duramaz hissettiğimde, diğer insanların başıma gelenler en az benim başıma gelenler kadar önemlidir.                           | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 16. Çoğunlukla insanların neden öyle davrandıklarını merak ederim.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 17. Eğer çevremdeki herkes için çok özel olursam, bütün sorunlarım kaybolur.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 18. Bir şey beni heyecanlandığımda, düşüncelerime yine de hâkim olurum.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 19. Heyecanlandığımda, korkularım ve endişelerim artık gerçek gibi gelmez.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 20. Saçımı kestirmek gibi işler için vakit bulmak benim için zordur.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 21. Hislerimin bana gerçek gibi gelmesi için çok yoğun olmaları gerekir.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 22. Diğer insanlarla birlikteyken, en önemli şey bana hayran kalmalarıdır.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 23. Duygusal durumum aşırı bir hal aldığımda, bunula başa çıkmak için hâlâ sorumluluk alabilirim.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 24. İyi hissettiğimde, ne yaparsam yapayım yanlış yapmayacağımı bilirim.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 25. Kendimi iyi hissettiğimde, her şeyin mükemmel şekilde sonuçlanacağından eminimdir.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 26. Benim için birkaç gün içinde olacak şeyler, şu anda olanlardan daha önemlidir.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 27. İlğimi çeken faaliyetlere katılmak için zaman ayırmayı severim.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 28. Yeni fikirler bulduğumda, bunları insanlara hemen ve uzun uzun anlatmalıyım ki beni takdir etsinler.                                   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 29. Kendimi iyi hissederken, yeni bir şey fark edersem, bunun başka her şeyle nasıl bağlantılı olduğunu bulmak için çok çaba harcamalıyım. | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| 30. Bazen iyi uyuyamamak çok da dert değildir.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |

## EK - 6

### Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Envanteri - 15

#### (HİTPOY-15)

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve her bir cümleye ne kadar inandığınızı sağ taraftaki ölçek üzerine (X) işareti koyarak derecelendirin. Ölçekte derecelendirme 0 (buna hiç inanmıyorum) ile 10 (buna tamamen inanıyorum) arasında yapılmaktadır. Örneğin, “5” cümlelerin sizin için yarı yarıya, yani eşit derecede doğru ya da yanlış olduğunu göstermektedir. Her cümle üzerine çok fazla düşünmemeye çalışın. Bu envanterdeki maddeler için doğru ya da yanlış diye bir şey yoktur, sadece sizin görüşünüz önemlidir. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız ve her madde için sadece bir seçenek işaretleyiniz.

|   | Hiç inanmıyorum        | Tamamen inanıyorum |
|---|------------------------|--------------------|
| 1.Yerinde duramaz hissettiğimde, dünya benim için sınırsız olanaklarla dolu hale gelir.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 2.Kendimi daha aktif hissettiğimde, çok önemli bir insan olduğumun farkına varırım.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 3.En iyi fikirler, hep kendimden en memnun olduğum zamanlar aklıma gelir.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 4.Kendimi enerji dolu hissettiğimde, son derece eğlenceli ve esprili biriyimdir.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 5.Kendimden memnun olmam için herkesin dikkatinin benim üzerimde olması gerekir.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 6.İstediğimi elde etmek için çok çabaladığımda, diğer insanlar beni durdurmaya çalışırlar.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 7.Duygusal çöküntü yaşamaktan kendimi korumak için duygularımı tam kontrol altında tutmam gerekir.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 8.Eğer çevremdeki herkes için çok özel olursam, bütün sorunlarım kaybolur.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 9.Heyecanlandığımda, korkularım ve endişelerim artık gerçek gibi gelmez.  | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 10.Hislerimin bana gerçek gibi gelmesi için çok yoğun olmaları gerekir.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 11.Diğer insanlarla birlikteyken, en önemli şey bana hayran kalmalarıdır.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 12.İyi hissettiğimde, ne yaparsam yapayım yanlış yapmayacağımı bilirim.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 13.Kendimi iyi hissettiğimde, her şeyin mükemmel şekilde sonuçlanacağından eminimdir.   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 14.Yeni fikirler bulduğumda, bunları insanlara hemen ve uzun uzun anlatmalıyım ki beni takdir etsinler.                                   | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |
| 15.Kendimi iyi hissederken, yeni bir şey fark edersem, bunun başka her şeyle nasıl bağlantılı olduğunu bulmak için çok çaba harcamalıyım. | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |                    |

## EK – 7

### Duygu Durum Bozuklukları Ölçeği

Aşağıdaki sorular, kendinizi doğal halinizden farklı hissettiğiniz dönemlerde ne gibi deneyimler yaşadığınızı sormaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun ise EVET, değil ise HAYIR üzerine (X) işareti koyunuz. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

|          |   |             |              |                      |              |
|----------|---|-------------|--------------|----------------------|--------------|
| <b>1</b> | Doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönemde;   |             |              |                      |              |
|          | .... diğer insanlara normal haliniz olmadığını düşündürecek kadar veya başınızı derde sokacak derecede, kendinizi çok iyi ve aşırı neşeli hissettiğiniz oldu mu?  | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....çok çabuk kızıp insanlara bağırdığınız ya da kavga veya tartışma çıkardığınız oldu mu ?   | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | .... her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?   | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu ?  | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....eskisinden çok daha fazla veya daha hızlı konuştuğunuz oldu mu ?  | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....düşüncelerin kafanızda yarıştığı ve zihninizi yavaşlatamadığınız oldu mu?   | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....etrafınızdaki şeylerden çok kolayca dikkatinizin dağıldığı veya bir hedefe yönelik ilerlerken konsantre olmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?  | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....normalde olduğunuzdan daha fazla enerjik olduğunuz oldu mu ?  | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....eskisinden çok daha aktif - faal- olduğunuz oldu mu?  | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....eskisinden çok daha sosyal ve sıkça gezmelere giden birisi oldunuz mu? Mesela bu amaçla arkadaşlarınızı gecenin bir yarısı aramaya başladığınız oldu mu?  | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....cinsellikle normalden daha fazla ilgilendiğiniz oldu mu ?   | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | ....normalde yapmadığınız ya da diğer insanların sizin için aşırı, saçma sapan ve riskli bulduğu şeyler yaptığınız oldu mu?   | Evet        | Hayır        |                      |              |
|          | .... aşırı para harcayarak kendinizi veya ailenizi zor duruma düşürdüğünüz oldu mu?   | Evet        | Hayır        |                      |              |
| <b>2</b> | Eğer yukarıdaki soruların birden fazlasına evet dediyseniz bunların bir kaçını aynı zamanda mı oldu? (lütfen tek cevabı yuvarlak içine alınız)  |             |              |                      |              |
|          |   | <b>EVET</b> | <b>HAYIR</b> |                      |              |
| <b>3</b> | Bu durumlar sizde; çalışamamak, evde ve işyerinde sorunlara yol açmak, yasal sorunlar çıkması, kavga veya tartışmalara girmek gibi konularda ne derece probleme sebep oldu? (lütfen tek cevabı yuvarlak içine alınız) |             |              |                      |              |
|          |   | <b>HİÇ</b>  | <b>AZ</b>    | <b>ORTA DERECEDE</b> | <b>CİDDİ</b> |

## EK - 8

### Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve her bir cümleye ne kadar katıldığınızı sağ taraftaki ölçek üzerine (X) işareti koyarak derecelendirin. Ölçekte derecelendirme 1 (buna hiç katılmıyorum) ile 7 (buna tamamen katılıyorum) arasında yapılmaktadır. Örneğin, “4” cümlelerin sizin için yarı yarıya, yani eşit derecede doğru ya da yanlış olduğunu göstermektedir. Her cümle üzerine çok fazla düşünmemeye çalışın. Bu envanterdeki maddeler için doğru ya da yanlış cevap diye bir şey yoktur, sadece sizin görüşünüz önemlidir. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız ve her madde için sadece bir seçenek işaretleyiniz.

|   | Hiç<br>Katılmıyorum<br>1  | Tamamen<br>Katılıyorum<br>7 |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Bir insanın mutlu olabilmesi için mutlaka ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.      | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 5. Risk almak hiçbir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek felaket olabilir.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.                                | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığını kazanmalıyım.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 10. İnsan bir işi iyi yapamıyorsa, hiç yapmasın daha iyi.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |
| 16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece bir hiç sayılırım.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |                             |

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 17. Sonucu başarısızlık da olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.                    | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 19. Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.                       | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.           | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 21. En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 22. İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 24. Benim için önemli olan başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim taktirde iyi bir insan sayılmam.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 27. İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.                                   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvенеbileceği başka insanların olması gerekir.                    | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 31. Bana zarar verebileceklerini düşündüğümünden diğer insanlara güvenmem.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 33. İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.        | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 34. Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 35. Mutlu olmam için diğer insanların beni ve yaptıklarımı onaylaması gerekmez.                                      | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 36. İnsan, sorunlarından uzak durabildiği sürece sorunlar da ortadan kalkar.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu olabilirim.          | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 38. Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir.  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 40. Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |

## ÖZGEÇMİŞ

29. 08.1984 İstanbul doğumlu olan Zeynep Maçkalı lisan eğitimini Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde tamamlamıştır. Lisans eğitimi sırasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 12. Psikiyatri Servisi'nde ve Adli Tıp Kurumu'nda staj yapmıştır. Ayrıca 2006-2007 öğretim yılı güz döneminde Erasmus Öğrenci Değişimi Programı ile Hollanda'da Tilburg Üniversitesi'ne gitmiştir. 2008 yılı Haziran ayında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi'nde psikolog olarak çalışmaya başlamıştır. Burada yetişkin, çocuk ve ergenlere bireysel psikolojik danışmanlık vermiş, ayrıca öfke kontrolü ve olumlu ebeveynlik becerileri üzerine grup çalışmaları yapmıştır. Bu sırada EMDR-I, Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi, CETAD Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Eğitimi 1. ve 2. Modül, Deneyimsel Oyun Terapisi, Kısa Süreli Oyun Terapisi gibi eğitimlere katılmıştır. Merkez bünyesinde verilen eğitimlerin haricinde Doç. Dr. Nita Scherler tarafından verilen Gestalt Temel Eğitim Programı'nı ve Yrd. Doç. Dr. Nevin Eracar tarafından verilen Sanatla Tedavi ve Yaratıcılık Eğitimi ile tamamlamış, eğitimin proje çalışması olarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Gündüz Hastanesi bünyesinde bipolar bozukluk tanılı hastalarla psikososyal iyileşmeye yönelik sanatla terapi uygulamaları yapmıştır.

2009 yılında Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'na başlamıştır. Programın ikinci yılında tez araştırması yapmaya hak kazanmış, araştırmasını bipolar bozuklukta işlevsel olmayan inançları değerlendiren bir ölçeğin Türkçeye çevrilmesi, geçerliği ve güvenilirliği üzerine oluşturmuştur. Bu sırada Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tosun ile birlikte "İki uçlu bozuklukta bilişsel-davranışçı terapinin etkililiği" isimli bir makale yayınlamış, 12. Avrupa Psikoloji Kongresi'nde "The adaptation and validation of the Turkish "Brief-Hypomanic Attitude and Positive Predictions Inventory (HAPPI)" and its association with dysfunctional attitudes." isimli bir poster bildiri ile 5. Psikoloji Lisansüstü Kongresi'nde "Bipolar bozuklukta işlevsel olmayan inançlar" isimli bir sözel bildiri sunmuştur.

Akademik çalışmalarına bipolar bozuklukta özellikle Bütüncül Bilişsel Model odaklı terapi çalışmaları, yatkinlaştırıcı faktörler, prodromal dönem ve belirtiler ve yaratıcılık üzerine devam etmeyi planlamaktadır.