



**T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK REMİSYON DÖNEMİNDE
ZİHİN KURAMI BECERİLERİNDEKİ
BOZULMANIN SOSYAL İŞLEVSELLİK
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İRRİTABİLİTE,
PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE DEĞER ODAKLI
DAVRANIŞLARIN ROLÜ**

Dr. Kürşad ÇİFTECİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Aralık 2023
İSTANBUL**



**T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK REMİSYON DÖNEMİNDE
ZİHİN KURAMI BECERİLERİNDEKİ
BOZULMANIN SOSYAL İŞLEVSELLİK
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İRRİTABİLİTE,
PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE DEĞER ODAKLI
DAVRANIŞLARIN ROLÜ**

Dr. Kürşad ÇİFTECİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hasan Turan KARATEPE**

**TEZ EŞ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KURTULMUŞ ÇALIŞ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Aralık 2023
İSTANBUL**

ONAY

“BİPOLAR BOZUKLUK REMİSYON DÖNEMİNDE ZİHİN KURAMI BECERİLERİNDEKİ BOZULMANIN SOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İRRİTABİLİTE, PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE DEĞER ODAKLI DAVRANIŞLARIN ROLÜ” tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

X X X X

Tarih:/...../.....

YAZAR BİLDİRİMİ

“BİPOLAR BOZUKLUK REMİSYON DÖNEMİNDE ZİHİN KURAMI BECERİLERİNDEKİ BOZULMANIN SOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İRRİTABİLİTE, PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE DEĞER ODAKLI DAVRANIŞLARIN ROLÜ” başlıklı uzmanlık tezimin tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazıldığını ve bu tezde;

- ☐ Farklı yazarların araştırmaları ile ilgili bilgiler verildiğinde uygun yerlerde doğru biçimde yazarlara atıfta bulunulduğunu,
- ☐ Bu tez ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını,
- ☐ Tez içerisinde başka yayınlar ve araştırmalardan yapılan alıntılar için tırnak içine alınarak sunulduğu ve gerekli atıfların belirtildiğini,
- ☐ Tezin önceden herhangi bir yerde yayınlanmadığını beyan ederim.

Aralık, 2023

Dr. Kürşad ÇİFTECİ

İmza: _____

TEŞEKKÜR

Tıp fakültesi, uzmanlık eğitimi ve tez sürecimde psikiyatri alanındaki bilgilerinden her dönemimde yararlandığım tez danışmanım ve değerli hocam Doç Dr. Hasan T. Karatepe'ye ve hem uzmanlık eğitimi boyunca hem de tez sürecimde her an desteğini hissettiğim tez eş danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Kurtulmuş Çalış'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimi süresince deneyimlerinden yararlandığım, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen başta Anabilim Dalı Başkanı'mız Doç. Dr. Aynur Görmez'e, bölümümüz değerleri hocaları Doç Dr. Mehmet Emrah Karadere'ye, Doç. Dr. Rümeysa Yeni Elbay'a, rotasyonlar süresince bilgilerini esirgemeyen Doç. Dr. Vahdet Görmez, Dr. Öğr. Üyesi Alperen Bıkmazer ve Prof. Dr. Temel Tombul başta olmaz üzere tüm hoca ve uzmanlara teşekkür ederim.

Asistanlığımız süresince her alanda birlikte çalıştığımız başta Uzm. Dr. Hakan Yılmaz olmak üzere bölümümüzdeki tüm asistan doktor arkadaşlarıma, diğer kliniklerde birlikte çalışma fırsatım olan tüm asistan doktor arkadaşlarıma, kliniğimizde birlikte çalışma şansı elde ettiğim psikolog, hemşire ve personel ekibine teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere kadar her an desteklerini hissettiğim anne ve babama; asistanlık eğitimi ve tez çalışması süresince hep yanımda olan sevgili eşime teşekkür ederim.

Dr. Kürşad ÇİFTECİ

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK.....	3
2.2. SOSYAL KOGNİSYON	5
2.2.1. Bilişsel işlevler ve sosyal kognisyon	5
2.2.2. Sosyal Kognisyon ve Bipolar Bozukluk.....	6
2.3. ZİHİN KURAMI.....	7
2.3.1. Zihin Kuramı ve Bipolar Bozukluk	10
2.4. SOSYAL İŞLEVSELLİK.....	11
2.4.1. Bipolar Bozukluk Hastalarında Sosyal Kognisyon ve Sosyal İşlevsellik İlişkisi	11
2.5. İRRİTABİLİTE	12
2.5.1. Bipolar Bozukluk ve İrritabilite	12
2.6. PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE DEĞER ODAKLI DAVRANIŞ	14
2.6.1. Psikolojik Esneklik	14
2.6.2. Değer Odaklı Davranış	15
2.7. ÇALIŞMANIN AMAÇ VE ÖNEMİ	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ VE DESENİ.....	16
3.1.1. Dahil edilme ve dışlanma ölçütleri	16
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	18
3.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu	18
3.2.2. Sosyodemografik veri formu	18
3.2.3. Kent EGY Zeka Testi ve Porteus Labirentleri Zeka Testi.....	18

3.2.4. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	18
3.2.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	18
3.2.6. Young Mani Ölçeği	18
3.2.7. Kısa İrritabilite Testi.....	19
3.2.8. Kabul ve Eylem Formu-2	19
3.2.9. Değer Odaklı Yaşam Ölçeği	19
3.2.10. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği	19
3.2.11. Gözlerden Zihin Okuma Testi	20
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
KAYNAKLAR	40
EKLER	48

EK 1. Etik Kurul Onayı

EK 2. Onam Formu

EK 3. Sosyodemografik Bilgi Formu

EK 4. Hamilton Depresyon Ölçeği

EK 5. Young Mani Ölçeği

EK 6. Kent Egy Zeka Testi

EK 7. Porteus Labirentleri Zeka Testi

EK 8. SCID-5 Form

EK 9. Kısa İrritabilite Testi

EK 10. Kabul ve Eylem Formu-2

EK 11. Değer Odaklı Yaşam Ölçeği

EK 12. Gözlerden Zihin Okuma Testi

EK 13. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

EK 14. Benzerlik Raporu

KISALTMALAR

ACT.....	Kabul ve Kararlılık Terapisi
BB.....	Bipolar Bozukluk
DOYÖ.....	Değer Odaklı Yaşam Ölçeği
DSM.....	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
GZOT.....	Gözlerden Zihin Okuma Testi
KEF-2.....	Kabul ve Eylem Formu-2
KG.....	Kontrol Grubu
KİT.....	Kısa İrritabilite Testi
Ort.....	Ortalama
SCID-5.....	DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
Sİ.....	Sosyal İşlevsellik
SK.....	Sosyal Kognisyon
SS.....	Standart Sapma
ZK.....	Zihin Kuramı

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.2. Araştırmada değerlendirilen BB ve KG vakaların ailede psikiyatrik öykü ve ek hastalık oranlarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.3. Araştırmada değerlendirilen BB vakalarının ilk tanı yaşı, yatış sayısı, hastalık süresi, Young Mani Ölçeği ve Hamilton Depresyon Ölçeği Skorları.	23
Tablo 4.4. Araştırmada değerlendirilen BB vakalarının klinik özellikleri.	24
Tablo 4.5. Araştırmada değerlendirilen BB ve KG vakalar arasında ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.6. BB grubunda yaş, tanı yaşı, yatış sayısı ve hastalık süresi ile ölçek skorları arasındaki ilişki.....	25
Tablo 4.7. BB tanı vakalarda ölçekler arasındaki ilişki.....	26
Tablo 4.8. Bipolar Bozukluk Tipine göre Ölçek Skorlarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.9. Aracılık Analizi Bulguları.....	28
Tablo 4.10. Sosyal İşlevsellik skorlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi.	29

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Akış Şeması.....	17
Şekil 4.1. Aracılık Analizi.....	28



ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK REMİSYON DÖNEMİNDE ZİHİN KURAMI BECERİLERİNDEKİ BOZULMANIN SOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İRRİTABİLİTE, PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE DEĞER ODAKLI DAVRANIŞLARIN ROLÜ

Bipolar bozukluk (BB) atak ve remisyon dönemleri ile seyredebilen her iki dönemde de işlevsellik kaybına neden olabilen kronik seyirli bir ruhsal hastalıktır. Zihin kuramı (ZK) normal gelişimin bir parçası olarak diğer kişilerin zihinsel süreçleri hakkında düşünebilme yeteneğidir. Bipolar bozuklukta zihin kuramı becerilerinin atak ve remisyon dönemlerinde etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. ZK becerileri ile sosyal işlevselliğin arasındaki ilişkiyle ilgili literatürde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bu ilişkide etkili olabilecek farklı fenomenlerin araştırılması önemlidir. Bu çalışmada ZK becerileri ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişki ve bu ilişkide irritabilite, psikolojik esneklik, değer odaklı davranışların rolünün incelenmesiyle birlikte bu fenomenlerin BB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemi Nisan 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Psikiyatri Bölümü Bipolar Bozukluk Polikliniğinde takip edilen hastalardan ve sağlıklı kontrollerden seçilmiştir. Veri toplama araçları olarak DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Kent ve Porteus zeka testleri, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Ölçeği, sosyodemografik veri formu, Kısa İrritabilite Testi (KİT), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2), Değer Odaklı Yaşam Ölçeği (DOYÖ), Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygun hasta grubu için 41 katılımcı ile sağlıklı kontrol grubu için 41 katılımcı olmak üzere toplam 82 katılımcının verileri değerlendirilmiştir. Hasta grubunun 25'inin (%61,0) bipolar 1 bozukluk, 16'sının (%39,0) bipolar 2 bozukluk olduğu görülmüştür. Hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre KEF-2 skorlarının ($p<0,001$) ve KİT skorlarının daha yüksek ($p<0,001$), DOYÖ skorlarının ($p=0,023$), GZOT skorlarının

($p<0,001$) ve sosyal işlevsellik skorlarının ($p<0,001$) ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca hasta grubunda KİT ile KEF-2 ve DOYÖ skorları arasında anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla, $p<0,001$, $p=0,017$), sosyal işlevsellik ile KEF-2 ($p=0,042$) ve DOYÖ ($p=0,041$) skorları arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Aracılık analizi için yapılan değerlendirmede hasta grubunda GZOT skorlarının aracı değişken olarak incelenen skorlar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı bulunduğundan aracılık analizi yapılamamıştır. Hasta grubunda GZOT skorlarının sosyal işlevsellik skorlarını açıklamada anlamlı seviyede etkili olmadığı ($p=0,058$) görülmüştür. Kontrol grubunda sosyal işlevsellik skorlarındaki varyansın %15'inin GZOT skorları ile açıklanabildiği ($p=0,012$) ve modele KEF-2, KİT, DOYÖ skorlarının eklenmesiyle sosyal işlevsellik skorlarının %32'sinin anlamlı seviyede ($p=0,006$) açıklandığı bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılıklar remisyonadaki hasta grubunda tedavi sürecinde potansiyel olarak faydalı olabilecek müdahalelerin olabileceğini göstermektedir. BB hastalarında sosyal işlevselliğe etki edebilecek farklı etkenlerin araştırılması, ZK ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve potansiyel tedavilerin geliştirilmesi için ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, zihin kuramı, sosyal işlevsellik, irritabilite, psikolojik esneklik

ABSTRACT

THE EFFECT OF IMPAIRMENT IN THEORY OF MIND SKILLS ON SOCIAL FUNCTIONING IN THE REMISSION PHASE OF BIPOLAR DISORDER: THE ROLE OF IRRITABILITY, PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY, AND VALUES-BASED BEHAVIORS

Bipolar disorder is a chronic mental illness that can cause functional impairment in both the acute and remission phases. Theory of mind is the ability to think about the mental states of others as part of normal development. Studies show that theory of mind skills are affected in both the acute and remission phases of bipolar disorder. There are different results in the literature regarding the relationship between ToM skills and social functioning. It is important to investigate what may effect this relationship. In this study, the relationship between ToM skills and social functioning was aimed to be investigated, along with the role of irritability, psychological flexibility, and value-based behaviors in this relationship. These phenomena were also compared with healthy controls. The sample of the study was selected from patients followed by the Bipolar Disorder Outpatient Clinic in Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Sehir Hospital between April 2023 and September 2023. The data collection tools were Structured Clinical Interview for DSM-5, Kent and Porteus intelligence tests, Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Scale, sociodemographic data form, The Brief Irritability Test (BiTe), Acceptance and Action Questionnaire-2 (AAQ-2), The Valued Living Questionnaire (VLQ), Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), and Functioning Assessment Short Test (FAST). The data of 82 participants including 41 participants for the patient group who agreed to participate and met the inclusion and exclusion criteria, and 41 participants for the healthy control group, were evaluated. It was observed that 25 (61.0%) of the patient group had bipolar I disorder and 16 (39.0%) had bipolar II disorder. In the patient group, compared to healthy controls, AAQ-2 scores ($p<0.001$) and BiTe scores were significantly higher ($p<0.001$), whereas VLQ scores ($p=0.023$), RMET scores ($p<0.001$) and social functioning scores were significantly lower

($p < 0.001$). In addition, there was a significant relationship between BiTe and AAQ-2 and VLQ scores (respectively, $p < 0.001$, $p = 0.017$), and between social functioning and AAQ-2 ($p = 0.042$) and VOLQ ($p = 0.041$) scores in the patient group. In the evaluation for mediation analysis, it was found that RMET scores were not significantly correlated with the scores examined as a mediating variable in the patient group, so mediation analysis could not be performed. It was observed that RMET scores did not have a significant contribution in explaining social functioning scores in the patient group ($p = 0.058$). In the control group, it was found that 15% of the variance in social functioning scores could be explained by RMET scores ($p = 0.012$) and the predictive value of the model has increased up to 32% by adding AAQ-2, BiTe, and VLQ scores into the model ($p = 0.006$). The observed differences between study groups suggest that there may be certain interventions that could be potentially beneficial in the treatment/care processes of bipolar patients who are currently in remission. Further research is needed to investigate different factors that may affect social functioning in BD patients, evaluate its relationship with theory of mind abilities, and develop potential treatment targets.

Keywords: Bipolar disorder, theory of mind, social functioning, irritability, psychological flexibility

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB) mani ve depresyon dönemleri ile beraber remisyon dönemlerinin görüldüğü, kalıtsal geçiş oranı yüksek, remisyon döneminde de koruyucu tedavi kullanılmasını gerektiren kronik bir psikiyatrik hastalıktır(1,2,3). Dünya popülasyonunun %1'inden fazlasını etkilemektedir(4). Bipolar 1 bozukluk için dünya genelinde prevalansı %0.6, bipolar 2 bozukluk için %2.4 olarak tanımlanmıştır(5). Bipolar 1 bozukluk erkek ve kadınlarda eşit görülmekteyken, bipolar 2 bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğü düşünülmektedir(6).

Bipolar bozukluğun açıklanmasında en uygun yaklaşımın gen-çevre etkileşimi modeli olmasıyla beraber hastalığın açıklanmasında nöral devre, gen, metabolik sebepler gibi birçok alan üzerine çalışmalar mevcuttur(2, 7).

Mani, hipomani, depresyon dönemlerindeki işlevsellik kaybının yanında remisyon dönemlerinde de hastaların işlevselliğinde bozulmalar olduğu bilinmektedir(8,9). Özellikle genel olarak genç yaşta görüldüğünden çalışan popülasyonu etkilemekte ve sosyal açıdan ciddi etkileri olmaktadır(10).

Zihin kuramı normal gelişimin bir parçası olarak, diğer kişilerin mental durumlarını anlayabilme, bu açıdan davranışlarını öngörebilme ve açıklayabilme becerisi olarak tanımlanmıştır(11). Bipolar bozuklukta mani, hipomani, depresyon dönemlerinin yanında subsendromal ve remisyon dönemlerinde de zihin kuramı becerilerinin bozulduğu gösterilmiştir(12). BB hastalarının birinci derece yakınlarında da sağlıklı kontrollere göre zihin kuramı becerilerinde bozulma gösterilmiş ve endofenotipal bir fenomen olarak da değerlendirilmiştir(13). Ayrıca bipolar bozuklukta zihin kuramı becerilerindeki bozulma ile işlevsellikte bozulmanın ilişkili olduğu gösterilmiştir(9).

İrritabilite özellikle mani dönemleri olmak üzere bipolar bozukluğun her döneminde görülebilen bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. İrritabilite hastalık şiddeti, kötü prognoz, hayat kalitesinde azalma ve intihar ile ilişkilendirilmiştir(14, 15). Psikolojik esneklik Hayes tarafından "...seçilmiş değerlerin doğrultusunda, durumun gerektirdiği şekilde davranışı devam ettirerek veya değiştirerek bilinçli bir şekilde an ile temas halinde

olabilmek...” şeklinde tanımlamıştır(16). BB hastalarında değerler doğrultusunda davranışlar tedavi uyumu, depresyon şiddeti ve psikososyal sorunlarla ilişkilidir(17). Psikoterapiler BB hastalarında ilk atak döneminden itibaren tedavi uyumunu artırma, psikososyal bozulmalarda iyileşme gibi etkileriyle ön plana çıkmaktadır(18, 19).

Ataklar arası dönemde de kişilerin sağlıklı kişilere göre daha fazla sorun yaşadığı bu kronik hastalıkta kişilere daha iyi bir tedavi yaklaşımı sunulması için işlevsellikteki bozulmanın ve buna etki eden faktörlerin araştırılması çok önemlidir. Bu zamana kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde zihin kuramı becerileri ile sosyal işlevsellik (Sİ) arasındaki ilişkide irritabilite, psikolojik esneklik, değer odaklı davranış gibi fenomenlerin etkisini gösteren bir çalışma mevcut değildir. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında bu fenomenlerin nasıl farklılıklar gösterdiğinin aydınlatılması bunun yanında bu hastaların tedavi uyumunu artırma ve sosyal hayatlarında yaşadıkları zorlukların giderilmesi açısından bu fenomenlerin sosyal işlevsellik üzerinde nasıl bir etkileri olduğunun gösterilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarının sosyal işlevsellik, zihin kuramı becerileri, irritabilite, psikolojik esneklik, değer odaklı davranışlar açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, bipolar bozukluk hastalarında zihin kuramı becerileri ile sosyal işlevsellik arasında nasıl bir ilişki olduğunun gösterilmesi ve bu ilişkide irritabilite, psikolojik esneklik ve değer odaklı davranışların nasıl bir rolünün olduğunun aydınlatılması amaçlanmaktadır.

Araştırmamızın sonuçlarının bu fenomenlerin ilişkilerinin daha iyi anlaşılması, hastalık seyrinde olumsuz etkilerinin azaltılması ve iyileştirici şekilde nasıl kullanılabileceklerinin aydınlatılması yoluyla BB hastalarının takip ve tedavi süreçlerine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

Emil Kraepelin'in dikotomisine göre psikiyatrik hastalıklar erken erişkinlikte başlayan, yaşam boyu devam eden hastalıklar ve düzenli tekrarlayan afektte değişimler görülen ataklar ile seyreden hastalıklar olarak tanımlanmıştır. İlkini "dementia praecox" olarak, ikinci kategoriye ise "manik-depresif psikoz" olarak adlandırmıştır. "Manik-depresif psikoz" tanımının içine bugün "Bipolar bozukluklar" olarak adlandırdığımız durumlar girmektedir. Kraepelin bu ikinci kategoriye giren hastaların daha iyi prognoz gösterdiklerini, ailelerinde de benzer hastalık öykülerinin olduğunu belirterek bu hastalığı birinci kategorideki hastaları tanımladığı "dementia praecox"tan ayırarak hastalığın dönerselliğine vurgu yapmıştır(20, 21).

DSM-5'e göre bipolar 1 bozukluğu tanısı koyulabilmesi için bir mani döneminin tanı kriterlerinin karşılanmış olması gerekmektedir. Mani döneminin öncesinde veya sonrasında hipomani ve majör depresyon dönemleri görülebilir. Mani dönemi taşkın, çabuk kızan olağan dışı bir duygudurumla beraber içsel enerjide artışın olduğu, benlik saygısında artış, uyku gereksinimde azalma, konuşma miktarında artış, düşüncelerde hızlanma, dikkatte azalma, amaca yönelik etkinlikte artma, tehlikeli davranışlarda artma gibi belirtilerin olabildiği en az 1 hafta boyunca devam eden bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bipolar 2 bozukluğu tanısı için ise en az bir hipomani dönemi ve en az bir majör depresyon dönemi için tanı kriterlerinin karşılanmış olması ve hiç mani dönemi geçirilmemiş olması gerekmektedir(1).

Bipolar bozukluk prevalansı dünya genelinde yapılan taramada bipolar bozukluk spektrumu için %2,4 olarak gösterilmiş ve bipolar bozukluk sıklığının farklı kültürler ve etnik gruplarda değişiklik göstermediği bildirilmiştir(5). Dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemekte ve genç popülasyon için engel sebeplerinin önünde gelmektedir(4). Bipolar 1 bozukluk kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmekteyken bipolar 2 bozukluk kadınlarda daha sık görülmektedir(6). Tedaviye başvuran majör depresif bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada 5635 hastanın 903'ünün bipolar bozukluk için DSM-

IV-TR kriterlerini doldurduğu görülmüştür. Çalışmada kullanılan DSM kriterleriyle beraber çalışmada kararlaştırılan genişletilmiş kriterler ile değerlendirildiklerinde majör depresif bozukluk tanılı hastaların %31'inde eşik altı hipomanik veya manik semptomlar olduğu görülmüştür(22).

Bipolar bozukluğun açıklanmasında en uygun yaklaşım gen ve çevrenin etkileşimi olarak tarif edilmektedir ve bipolar bozukluk kalıtsal geçişi en yüksek olan psikiyatrik hastalıklardan biridir. CACNA1C, TENM4, NCAN gibi bir çok riskli aleller şizofreni ile ortak(2). Kognitif fonksiyonlarda ve afekti düzenleyen nöral devrelerde sinaptik ve nöral plastisite önemlidir(23). Bipolar bozukluk hastalarının ölüm sonrası incelemelerinde beyin dokusunda dentritik dikenlerin kaybı gösterilmiştir(24).

Nörogörüntüleme çalışmalarında tanı ve tedavide yol gösterebilecek nöral devre biyo-ışaretçileri mevcuttur(25). Duygu ve ödül davranışında etkili olan amigdala, ventral striatum gibi subkortikal alanlar, venteromediyal ve dorsomediyal prefrontal ve anterior singulat kortikal alanlar ile lateral prefrontal kortikal alanların duygu düzenlenmesi üzerine etkisini gösteren çalışmalar mevcuttur(7, 26). Ayrıca bipolar ve unipolar depresyon hastalarında artmış subkortikal aktivite ve azalmış prefrontal kortikal aktivite mevcut olmakla beraber beyaz madde bağlantılarında bipolar hastalarında unipolarlara göre daha fazla anormallik ve daha fazla beyaz madde hiperintensiteleri mevcuttur. Bipolar depresyon hastalarının özellikle duygu düzenleme, ödül ve dikkat ile ilgili nöral devre alanlarında unipolar depresyon hastalarına göre daha farklı patofizyolojik süreçler olduğu anlaşılmaktadır(27).

BB hastaları incelendiğinde depresyon nedeniyle tedavi sürecine girenlerin yalnızca %20'sinin bir yıl içinde BB tanısı aldığı görülmektedir(28). Ortalama tanı konma süresi hastalığın başlangıcından itibaren 5-10 yıldır(29). Bipolar bozuklukta depresyon ve şizofreni haricinde sıklıkla düşünülmesi gereken en sık ayırıcı tanılar kaygı bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozukluklarıdır(30). Ortalama tanı konma süresinin 5-10 yıl arasında olmasının ana sebepleri arasında depresyon şikayeti ile başvuran hastalarda bipolar ve unipolar depresyon ayrımının yapılmasındaki zorluklarla beraber bipolar 2 bozukluk hastalarının depresyon dönemlerini daha sık yaşamaları yer almaktadır(31, 32). Özellikle bipolar 2 bozukluk hastalarında unipolar depresyon en sık konulan yanlış tanı olarak görülmektedir(33). Bununla birlikte birçok tedaviye dirençli depresyon hastasında tanı konmamış bipolar bozukluk olabileceği düşünülmektedir(34).

BB kronik seyirli ve sıklıkla kognitif bozukluk ve hayat kalitesinde azalmaya yol açan bir psikiyatrik hastalıktır(3). Bipolar 2 bozuklukta atak sıklığı, psikiyatrik komorbidite ve suicidal davranışlar bipolar 1 bozukluğa göre daha sık görülmektedir(35). BB hastalarında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve obezite komorbiditesi yüksek oranlarda görülmektedir(36, 37). Mortalite oranlarının da BB hastalarında yüksek olduğu ve bu hastaların ana ölüm sebeplerinin kardiyovasküler hastalıklar ve intihar olduğu gösterilmektedir(38). BB hastalarında intihar ile ölüm oranı normal popülasyona göre 20 kat daha fazla görülmektedir(39). Hastaların neredeyse yarısı hayatlarında bir kez intihar girişiminde bulunmakta ve %15-20'sinde girişimler ölümle sonuçlanmıştır(40).

Mortalite ve morbidite oranını yüksek olduğu, özellikle genç popülasyonu etkileyen ve sosyal hayatta ekonomik olarak da hasar yaratabilen remisyon dönemlerinde de koruyucu tedavi kullanımı önerilen ve remisyon dönemlerinde de yeti yitimleri görülebilen bu kronik bozukluğun uzun dönem tedavisi için terapötik ilişkinin kurulması çok önemlidir(8, 10, 41, 42).

Özellikle genç hastalarda ilk atak dönemlerinde psikoterapinin önemli olduğu, psikoterapinin bu hastalarda yaşa ve hastalığın durumuna göre düzenlenerek uygulanması gerektiği önerilmektedir(19). Bipolar 1 ve 2 bozukluk için fonksiyonel remediasyon tedavisi psikososyal bozulmalarda etkili görülmektedir(18, 43). Ayrıca bilişsel davranışçı terapi, kişiler arası psikoterapi gibi ekollerin de etkili olduğu gösterilmektedir(44). Medikal komorbiditeler ve ilaç yan etkileri açısından kilo, tansiyon, karaciğer fonksiyon testleri, dislipidemi ve diyabet gibi parametrelerin yakın takip edilmesi çok önemlidir(45).

2.2. SOSYAL KOGNİSYON

2.2.1. Bilişsel işlevler ve sosyal kognisyon

Bilişsel işlevler bilinç, yönelim, bellek, dikkat, algılama, dil, yargılama, zeka ve düşünme becerilerini kapsayan zihinsel süreçleri içerir(46). Bilişsel beceriler DSM-5'te komplike dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek, dil, algısal-motor ve sosyal kognisyon olarak altı ana başlığa ayrılmıştır(1).

Sosyal kognisyon (SK) anlama, algılama, yorumlama, tanıma, niyet anlama ve uygun sosyal davranışları kullanabilmeyi içeren psikolojik süreçlerden oluşan bir “şemsiye” terim olarak tanımlanmaktadır(47, 48). Sosyal bilgilerin kaydedilmesi, yorumlanmasını içeren ve kişinin çevresini algılaması için önemli olan bu süreçlerin tanınmasına yönelik kognitif

işlevler sosyal kognisyon terimi altında yorumlanabilmektedir(49). SK kişinin kendisi dahil diğer kişilerle ilgili bilgilerin ve kişiler arası kuralların anlaşılması, depolanması ve böylece sosyal hayata uygun bir şekilde davranabilmeyi sağlar(50).

Sosyal kognisyonun daha iyi tanımlanabilmesi için yapılan çalışmalar sonucunda Amerikan Ulusal Ruhsal Sağlık Enstitüsü konsensusuna göre zihin kuramı, duygu işleme, sosyal algı, sosyal bilgi ve atıf yanlılığı olarak 5 ana alan tarif edilmiştir(51). Bu alandaki bilgiler ön planda şizofreni hastalarında yapılan çalışmalardan kaynaklanmaktadır. Sosyal kognisyon şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada sosyal kognisyon becerileri ve düşmanca atıf stili alt boyutlarına ayrılmıştır(52). Ayrıca sosyal kognisyon ile ilgili süreçlerin psikozda diğer nörokognitif süreçlerden ayrı işlediği gösterilmiştir(53).

SK dahilindeki beceriler sadece insanlara özgü beceriler olarak tanımlanmıştır(54). Sosyal gülümseme, ebeveyn etkileşimleri insan hayatının ilk döneminde başlayan sosyal davranışlardı(55). SK becerileri bebeklikten yetişkinliğe kadar gelişmeye devam eder(56).

SK ile ilgili nöral ağlar ile ilgili bölgeler posterior superiyor temporal sulkus, temperoparietal bölge, dorsomedial prefrontal korteks, anterior temporal korteks ve inferior temporal girus olarak tanımlanmıştır(50). Yüz tanıma, mentalizasyon, perspektif alma, sosyal karar verme gibi alanlarda da yetişkinliğe geçiş sürecinde SK ile ilişkili beyin ağlarında anlamlı değişiklikler olduğu gösterilmiştir(56).

2.2.2. Sosyal Kognisyon ve Bipolar Bozukluk

Sosyal kognisyonda akut ve ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında eksiklikler görülmektedir(57, 58). Son dönemde ötimik bipolar bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların üçte birinde sosyal kognisyonda bozulma görülmüştür. Aynı çalışmada hastalık süresinin daha uzun olması, erkek cinsiyet ve düşük zeka düzeyi daha kötü sosyal kognisyon performansı ile ilişkilendirilmiştir(59).

İlk atak BB hastaları ile yapılan bir çalışmada zihin kuramı becerilerinde nörokognitif performanstan bağımsız şekilde bozulma olduğu gösterilmiştir(60). Benzer şekilde sosyal kognisyondaki bozulmanın hastalık başlangıcında var olduğu ve remisyon dönemlerinde de mevcut olduğu düşünülmektedir(61, 62).

BB hastalarının sağlıklı yakınlarında da sosyal kognisyon becerilerinde bozulma gösterilmiştir. Yüz ifadelerini tanıma becerilerindeki bozulmanın BB hastalarının remisyon dönemlerinde ve semptomatik dönemlerinde görülmesinin yanında hastalığı olmayan akrabalarında da görülmektedir(63).

BB hastalarında yapılan nörogörüntüleme çalışmalarının incelendiği bir sistematik derleme çalışmasında fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında yüz ifadesine bağlı duygu işleme sürecinde oksipito-temporal, limbik ve prefrontal bölgelerde sağlıklı kontrollere göre farklılıklar görüldüğü, özellikle BB hastalarında artmış amigdala aktivitesi ve azalmış prefrontal korteks aktivitesi görüldüğü tanımlanmıştır(64).

“Mindfulness” odaklı müdahaleler sosyal kognisyonda bozulması olan BB hastalarında sözel olmayan ipuçlarını yakalamalarına yardımcı olabilmektedir(48). Ayrıca sosyal biliş ve etkileşim terapisi, metakognitif eğitim gibi grup temelli tedavi yaklaşımlarıyla BB hastalarında sosyal kognisyonda iyileşme sağlanması amaçlanmaktadır(65, 66).

2.3. ZİHİN KURAMI

Zihin kuramı (ZK) kabaca bir kişinin diğer kişilerin bilişsel süreçlerini anlayabilme becerisi olarak tanımlanabilir(67).

Premack ve Woodruff primatlarda yaptığı çalışmalarda zihin kuramı (theory of mind) terimini ortaya atarak başkalarının bilişsel durumlarını “anlayabilme” becerisini tanımladı(68). Zihin kuramı daha detaylı bir tanım yapmak gerekirse normal gelişimin bir parçası olarak, diğer kişilerin bilişsel durumları açısından davranışlarını öngörebilme ve açıklayabilme becerisidir(11, 69). Afektif ZK ve bilişsel ZK olarak iki alt konseptte tanımlanabilmektedir. Afektif komponent diğer kişilerin afektif durumlarını mentalize edebilmeyi gösterirken, bilişsel ZK bilişsel durumları mentalize edebilmeyi göstermektedir(70).

Primatologlar maymun ve şempanzelerin insanlara benzer şekilde o zamana kadar bilinenden daha ileri düzeyde bilişsel becerileri olabileceğini öne sürmüşlerdir(71, 72). Primatların grup halinde yaşamalarının ve hayati görevleri grup halinde başarılı şekilde gerçekleştirmelerinin birbirlerinin bilişsel durumları hakkında fikir yürütebildiklerinin göstergesi olabileceği düşünülmüştür(73). Premack ve Woodruff tarafından şempanzelerde zihin kuramı becerilerinin olup olmayacağı araştırıldıktan sonra bu becerilerin insanlarda da devamı görülen evrimsel süreçte kazanılmış, insan topluluklarının ve sosyal hayatın oluşması, devamı için gerekli bir fenomen olduğu gösterilmiştir(68, 74).

Baron-Cohen çalışmalarda normal gelişim gösteren 4 yaşında bir çocuğun diğer kişilerin düşünceleri hakkında anlayışa sahip olması gerektiğini göstermiştir(75, 76).

Sugiyama ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla bu becerinin kültürler arasında da benzer nitelikleri olduğu gösterildi. Avcı toplayıcı olarak yaşam süren izole bir kültür olan Ekvator Amazonları'nda yaşayan Shiwiar Kabilesinde ZK becerilerinin Harvard Üniversitesi öğrencileriyle benzer olduğu görülmüştür(77).

Bu süreçlerde ayna nöron sistemleri üzerine çalışmaların da artmasıyla ZK üzerinde yeni çalışmalar gelişmeye başlamıştı(78). Ayna nöronlar anterior singulat korteks, medial frontal korteks, inferior frontal girus, pariyetal kortekste gösterilmiştir(79-82). Ayna nöronlar kişi bir davranışı gerçekleştirdiğinde veya o davranışı gözlemlediğinde aktive olmaktadır(83, 84). Davranış gözlemlendiğinde davranışı yapmayan kişide de davranışın deneyimsel bilgisi öğrenilmiş olur. Aynı nöronal bölgelerin aktivasyonu ile benzer mental durumları, duyguları, deneyimleri yaşayarak diğer kişinin zihinselliği hakkında bilgi sahibi edinilmiş olunur(85, 86). ZK becerileri ile nörogörüntüleme çalışmalarında farklı beyin bölgeleriyle ilişkileri gösterilmiştir. Bunlar frontal, temporal, pariyetal korteksler ve serebellumdur(86). Orbitofrontal korteks veya amigdala hasarı olan kişilerin diğer kişilerle daha fazla yanlış yargılarda bulunduğu ve daha kandırılabilir oldukları gösterilmiştir ve bu durum karşıdaki kişinin zihinsel süreçlerini anlamakta yetersizlik olarak görülebilecek ZK becerilerinin bu alanlardaki hasarlardan etkilendiğini göstermektedir(87). ZK becerileriyle ilgili yapılan ilk çalışmalar yoğunlukla otizmlili bireylerde gerçekleştirilmiştir(75, 88, 89).

Zihin Kuramı becerilerinin ölçülmesi için en sık kullanılan yöntem yanlış inanç testleridir. Küçük çocuklarla kullanılması için dizayn edilen bir yanlış inanç görevi iki karakteri içeren bir hikayedir(90). Sally oyuncağıyla oynar ve odadan çıkmadan önce dolaba koyar. O dışarıdayken Anne oyuncağı alıp başka bir yere koyar. Sally tekrar oynamak için içeriye döner. Bu noktada Sally'nin ilk nereye bakacağı sorgulanır. Bu soruya beş yaşlarına doğru daha yüksek oranda doğru cevap verildiği görülmüştür. Daha küçük yaşlardaki çocuklar yanlış cevap vermeye daha yatkındırlar, Sally'nin davranışını kendi düşüncelerine göre öngörerek oyuncağın yerini yanlış yerde arayacağını söylerler. Bu tutarlılık ve yaş ile gelişme durumu bir meta-analizde gösterilmiştir(91).

Daha yüksek düzey ZK becerilerini ölçmek için başka birinin yanlış inançlarıyla ilgili yanlış inançların değerlendirilmesi geliştirilmiştir(92). İkinci düzey ZK becerileri 6-7 yaşlarında tipik gelişim gösteren çocuklarda gelişmektedir(93). İkinci düzey yanlış inançların ölçülmesi için Mary ve John hikayesi testi geliştirilmiştir. Mary ve John hikayesinde Mary parkta dondurma almak istemiştir fakat parası evde olduğundan eve döner. Mary eve gider, John bu sırada parkta. John dondurmacının ayrıldığını görür ve

nereye gittiğini sorar. Dondurmacı kiliseye gittiğini söyler. Dondurmacı kiliseye doğru giderken Mary'nin evinin önünden geçer ve onu gören Mary de kiliseye gittiğini öğrenir. John bu konuşmadan habersizdir. John daha sonra Mary'nin evine gider ve annesi Mary'nin dondurma almaya gittiğini söyler. Soru "John Mary'nin nereye gittiğini düşünmektedir?" Doğru cevap tabi ki park olacaktır(92).

Üçüncü ve daha ileri düzey zihin kuramı becerileri 9-11 yaşları gibi daha ileri yaşlarda geliştiği gösterilen metafor, ironi ve gaf anlama becerilerini içerir(89, 94). ZK becerilerinin daha ileri değerlendirilmesi için Happe ve arkadaşları tarafından geliştirilen metafor ve ironi kavrama görevleri mevcuttur. Örneğin Sarah ve Tom pikniğe giderler ve bu Tom'un fikridir. Tom piknik için mükemmel güneşli bir gün olacak der. Tam yemekleri çıkarmaya başlarlarken yağmur başlar ve ikisi de yağmurda tamamen ıslanır. Sarah bozulur. "Evet piknik için mükemmel bir gün gerçekten!" der. Soru olarak "Bu doğru mu?", "Bunu neden söyledi?" gibi sorular katılımcıya sorulur(95).

Gafi (faus pax) anlama becerisinde kognitif süreçlerle beraber zihin kuramının afektif bileşenin de kullanılması gerekir. Karşıdaki kişinin duygularının incineceğini anlayabilme süreci için öncelikle karşıdakinin duygusal durumu ile ilgili bir mentalizasyon becerisi gerekmektedir. Bu senaryolardaki görevlerde bir kişinin söylememesi gereken bir şeyi yanlış bir yerde söylemesi üzerine katılımcıya bu hikayede bir kişinin söylenmemesi gereken bir şey söyleyip söylemediği, kimin söylediği ve söylenmemesi gereken şeyin ne olduğu sorgulanır(94). Özellikle yüksek işlevsellikli otizmlili bireyler daha standart ZK görevlerinde başarılı olsa da bu gibi görevlerde ZK becerilerinde bozulma olduğu görülebilmektedir. Diğer testlerde olduğu gibi bu becerilerin de tipik gelişim gösteren çocuklarda yaşla beraber geliştiği gösterilmiştir(96). Bu gibi beceriler ile kişiler arası ZK konseptlerinin uygulamaya koyulmasındaki farklılıklar gösterilebilmektedir(97).

ZK'nın tek boyutlu ve bireyin daha fazla veya az sahip olduğu bir şey olmadığı, daha iyi ZK becerilerine sahip olduğu gösterilen kişilerinde olabilecek kavramsal farklılıklar ile bu farklılıkları doğru zamanda ve doğru bağlamda kullanabilmeleri gibi değişkenlerle de daha iyi ZK becerilerine nasıl sahip olduklarının açıklanabileceği tartışılmıştır. Sosyal olarak daha motive olmak ZK için gerekli bilişsel süreçlere daha fazla önem vermeye sebep olabilir(97).

ZK ile ilgili otizm, şizofreni, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk, frontal lob hasarı ve demansta ZK becerilerinin eksikliğini gösteren çalışmalar mevcuttur(12, 75, 98, 99).

2.3.1. Zihin Kuramı ve Bipolar Bozukluk

BB hastalarının tüm hastalık dönemlerinde ZK becerilerinde bozulma olduğunu gösteren birçok araştırma mevcut. Fonksiyonel MRI kanıtlarına göre BB hastalarında ZK becerileri ile ilişkili beyin alanlarının aktivasyonunda eksiklikler mevcuttur ayrıca mentalize etme becerisinin anterior parasingulat korteks bölgesiyle ilişkisini gösteren kanıtlar vardır(100, 101). ZK becerilerindeki bozulmanın hastaların sağlıklı kardeşlerinde ve birinci derece yakınlarında da olduğu gösterildiği çalışmalarla beraber bir meta-analiz çalışması da bulunmaktadır(13, 102, 103). Remisyon döneminde, depresyon döneminde ve eşik altı depresyon belirtileri olan hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasında hastalar daha kötü ZK performansı göstermiştir(104). Bipolar 1 hastalarından depresyon, mani ve remisyon döneminde olanların alındığı ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı başka bir çalışmada her 3 alt grup için de bütün zihin kuramı becerileri sağlıklı kontrollere göre bozulmuş olarak görülmüş fakat grupların arasında ise farklılık gösterilmemiştir(105). Bununla birlikte mani, depresyon ve remisyon dönemindeki BB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı başka bir çalışmada mani ve depresyon dönemlerinde bozulma görülürken remisyon dönemindeki hastalarda görülmemiş(106).

Remisyon döneminde BB hastalarında ZK değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlar mevcut. Remisyonadaki bipolar bozukluk hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada ZK eksiklikleri gösterilmiştir. Özellikle ikinci düzey yanlış inanışlar testleri ile değerlendirildiklerinde unipolar ve bipolar hastalarından remisyonunda olanlarında ZK bozulmuş görülmüş ve ZK düzeyleri IQ, yaş, cinsiyet, hastalık süresi açısından ilişkili bulunmamıştır(107). ZK'nın kognitif alanında BB hastalarında bozulma görülmekle beraber emosyonel mentalizasyon becerileri korunmuş, mani epizodu sayısı ile ZK becerileri arasında da korelasyon gösterilmiştir(108). Başka bir çalışmada BB hastalarının yüz, beden ve sesteki değişiklikleri anlamada anlamlı derecede daha kötü performans gösterdiği belirtilmiştir(109). Gözlerden Zihin Okuma Testi'nde (GZOT) ötimik BB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha kötü performans gösterdiği; cinsiyetler arasında, ilaç gruplarına göre ve psikotik semptom öyküsüne göre fark görülmediği gösterilmiştir(110). Bipolar bozuklukta psikotik semptomların etkisini araştıran başka bir çalışmaya göre de ZK becerilerindeki eksiklik ile psikoz öyküsü arasında ilişki bulunmamıştır(111).

Bir meta-analiz çalışmasında da ZK işlevlerinde bozulma subsendromal ve remisyonadaki BB hastalarında anlamlı olarak gösterilmiş, akut epizotların ZK

becerilerinde daha belirgin bozulmaya ilişkili oluğu belirtilmiştir(12). Pediatrik popülasyondaki hastaların değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında da pediatrik popülasyondaki BB hastalarında ZK becerilerinde bozulma olduğu sonucuna varılmıştır(112). 650 BB hastası ve 607 sağlıklı kontrolün alındığı 20 çalışmanın değerlendirildiği başka bir meta-analizde de remisyonadaki BB hastalarında ZK becerilerinde bozukluk olduğu gösterilmiştir(113).

BB hastaları, şizofreni ve şizoafektif bozukluk hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada BB ve diğer hastalar arasında anlamlı bir fark olmasa da hasta grubunun sağlıklı kontrollerden daha kötü ZK performansı gösterdiği, ileri yaş ve düşük IQ seviyesinin ZK performansını kötüleştirildiği gösterilmiştir(114). BB hastaları yüksek düzey ZK becerileri açısından karşılaştırıldığında şizofreni hastalarından IQ ve nöro-kognisyon açısından kontrol edildikten sonra bile daha iyi performans göstermişlerdir(115).

BB hastalarının ZK becerilerinin korunduğunu gösteren çalışmalar da mevcut. Bir çalışmada BB hastalarının kognitif ve afektif ZK becerileri sağlıklı kontrollerden farklı bulunmamıştır(116). Başka bir çalışmada ise bipolar 1 bozukluk, bipolar 2 bozukluk ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırılmasında BB grubunda faux pas ve korkulu yüz ifadelerini tanımada bozulma gösterilirken, paradoksik olarak GZOT’da farklılık görülmemiştir(117). Başka bir çalışmada da kognitif ZK becerilerinin ölçüm testlerinde BB grubun testi tamamlama süresi daha uzun bulunmuş fakat yanlış cevaplar açısından fark bulunmamıştır(118).

2.4. SOSYAL İŞLEVSELLİK

Bipolar bozukluğun remisyon dönemlerinde de işlevselliğin farklı alanlarında bozulmaların olduğunu gösterilmiştir. Ataklar arasında dönemde hastalarda %30-60 arasında işlevsellikte bozulma görülmektedir(119). Remisyonadaki hastalarda hem sosyal hem de mesleki sorunların mevcut olduğu gösterilmiştir(120, 121).

2.4.1. Bipolar Bozukluk Hastalarında Sosyal Kognisyon ve Sosyal İşlevsellik İlişkisi

BB hastalarında sosyal kognisyonun psikososyal işlevsellikle bağlantılı olduğu bir sistematik derleme makalesinde gösterilmiştir. Yazarlar tarafından özellikle duygu işleme alanındaki eksikliklerle işlevsellik arasında ilişki görüldüğü bununla beraber ZK ile ilgili tutarsız veriler mevcut olduğu tartışılmıştır(122). ZK becerilerindeki bozulmanın işlevsellik üzerine etkisini gösteren çalışmalar da mevcut(57). 12 aylık bir takip

çalışmasında ZK skorlarının genel hayat kalitesindeki bozulmayı öngördüğü, başkalarının emosyonel durumlarını anlamının sosyal işlevsellikte önemli bir rolü olduğu gösterilmiştir(123). Yüzlerden duygu tanıma testindeki eksiklikler depresyon, mani ve remisyonadaki hastalarda sosyal aktivitelere katılımda negatif etki göstermektedir(124). GZOT ile değerlendirilen bir çalışmada BB hastalarının kontrollere göre daha düşük performans göstermekte olduğu ve sosyal kognisyonun nörokognisyon ve işlevsellik arasındaki ilişkide moderatör olarak etki gösterdiği gösterilmiştir(125).

Remisyon dönemindeki hastalarda sosyal kognisyon ve zihin kuramındaki bozulmaların olabileceği düşünülerek sağlık çalışanlarının iletişim ve etkileşimlerinde bunu göz önüne almaları ve iletişim sürecinde hastaların iletişimden ne aldıklarından, anlatılan şeyi tam olarak anladıklarından emin olmak önemlidir(48). Remisyon dönemi dışındaki hastalarda da ZK becerilerindeki eksiklikler hem akut hem de subsendromal manik semptomları olan hastalarda kişiler arası ilişkilerde bozulmaya yol açabilmektedir(12). Pediatrik popülasyonda da BB hatalarında GZOT ve diğer sosyal kognisyon ölçümleriyle beraber kişiler arası ilişkilerde de sağlıklı kontrollere göre daha fazla bozulma gösterilmiştir(126).

2.5. İRRİTABİLİTE

İrritabilite (irritability) terimi genel olarak sinirlilik, çabuk öfkelenme gibi durumlar olarak çevrilip bu anlamlarda kullanılsa da Türkçe’de tam olarak karşılayan bir terim yaygın olarak kullanılmamaktadır. Snaith ve Taylor irritabiliteyi öfkenin üstündeki kontrolün azaldığı bunun sonucunda da sözel veya davranışsal patlamaların olabildiği fakat bunlar olmadan da bu duygudurum halinin olabileceği; kısa epizotlarla beraber uzun ve genelleşmiş epizotlar olarak, kişi tarafından her zaman hoş olmayan şekilde deneyimlenen ve haklı durumlardaki öfke patlamalarının katartik etkisinin olmadığı bir fenomen olarak tanımlamaktadır(127). Birçok psikiyatrik ve psikiyatri dışındaki medikal durumlarda görülebilmektedir(128). İrritabilite ile ilişkili maddeler depresyon ve mani dönemlerinin değerlendirilmesi için kullanılan ölçüm yöntemlerinde de bulunmaktadır(129, 130).

2.5.1. Bipolar Bozukluk ve İrritabilite

İrritabilite BB için özellikle mani döneminde görülen bir özellik olarak öne çıkmaktadır. Bununa birlikte disforik ve karma dönemlerle ilişkisi güçlü olmakla birlikte paranoya ve artmış içsel enerji gibi semptomlarla da birlikteliği gösterilmiştir(131, 132).

İrritabilite mani ve hipomani dönemlerindeki rolü dışında BB hastalarında emosyon regülasyonu ile ilgili süreçlerin de bir göstergesidir. Hastalık şiddeti, psikotik semptomlar, anksiyete, madde kullanımı, romantik ilişkisinin olup olmamasından bağımsız mani, depresyon, yaşam kalitesi ve suisidalite ile ilişkilidir(133). Bazal iritabilitenin yüksek olmasının ötimik hastaların alındığı bir takip çalışmasında yaşam boyu suisid girişimi ile ilişkisi de gösterilmiştir(134).

İrritabilite karma dönemin de bir göstergesi olarak hastalığın şiddeti, kötü prognoz, hayat kalitesinde bozulma, intihar ile ilişkilidir(14, 135). Uzun süreli bir takip çalışmasında BB hastalarının depresif dönemler arasında yaşadığı manik semptomların arasında en fazla rastlanan semptomun iritabilite olduğu gösterilmiştir(15). Pediatrik popülasyonda BB hastalarında yapılan bir çalışmada bazal iritabilitesi olan gruba ayrılan hastaların 4 yıllık takipte iritabilitesi olmayanlara göre daha fazla depresyon deneyimledikleri gösterilmiştir(136).

İritabilitesi olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında mani ve depresyon skorlarında anlamlı fark görülmüş, iritabl olanların daha fazla semptom yükü olduğu gösterilmiştir. Ayrıca aynı çalışmaya göre iritabl olanlarda işlevsellik ve yaşam kalitesi daha fazla bozulmuştur(133). Bazal iritabilite düzeylerinin değerlendirilmesine göre iritabilite daha kısa sürede depresif dönem yaşama ile ilişkilidir(134).

İrritabilite afektin doğru tanınmasını bozarak sosyal kognisyonu ve zihin kuramını bozabilir ve kişiler arası stresi arttırabilir(137, 138). Diğer manik semptomlardan bağımsız şekilde romantik partner ile ilişkide daha fazla bozulma ile ilişkilidir(139). Sosyal desteğin azalması hastalığın relapslarıyla ilişkili olduğundan hastalık süreci açısından çok önemlidir(140). Siklotimik ve iritabl mizaç karakterleri de daha fazla relaps, daha kötü yaşam kalitesi ve daha fazla agresif davranışlar ve intihar girişimi ile ilişkili(141). Pediatrik popülasyonda da hastalığı tanımadaki eksiklikle ilişkisinde mediyatör bir etkisi mevcuttur(138).

İritabilitenin BB hastalarında yapılan çalışmalarda iritabl ve eleve mani arasında farklı genetik varyantlar görülmüş, özellikle iritabl maninin kromozom 13q31'de belirli bir gen serisinden kaynaklanabileceği öne sürülmüştür(142). Mani dönemlerinde iritabilitesi yüksek olan grupta kortizol düzeyleri eleve maniyeye göre daha yüksek bulunmakta ayrıca progesteron düzeylerindeki düşüklükle iritabilite arasında da ilişki gösterilmektedir(143, 144).

İrritabilitenin öneminin kavranması ile farmakolojik ve psikososyal tedavilerin düzenlenmesinin sağlanabileceği bazı yazarlar tarafından tartışılmıştır(145, 146). İrritabilite daha ciddi bir hastalığın göstergesi olabileceğinden önemli bir fenomendir. Özellikle mani, depresyon ve intihar hastalığının ciddiyetinden bağımsız öngörebileceğinden klinisyenlerin iritabiliteyi genel hastalık ciddiyetinden bağımsız bir şekilde ele alması gerektiği önerilmektedir(133).

2.6. PSİKOLOJİK ESNEKLİK ve DEĞER ODAKLI DAVRANIŞ

2.6.1. Psikolojik Esneklik

Psikolojik esneklik deneyimlere açık olarak anda kalabilme ve değerlerle uyumlu davranabilme yeteneğidir(147). Kişinin bireysel değerlerine yönelik eylemlerde bulunabilmesi ve içinde bulunduğu yaşantılara açık olabilmeyi sağlar(148).

Dil ve kognisyonların çevresel etkenlerle birleşimi sonucunda davranışlarda değişikliğin sağlanamamasıyla oluşan psikolojik katılık hali dil süreçlerinin bağlamsal kontrolü kaybetmesine ve bu yollarla psikopatolojinin ortaya çıkmasına yol açar. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) modelindeki ana altı süreç psikolojik esnekliği arttırmayı hedefler. Bu 6 ana süreç: kabul, ayrışma, anda olma, bağlamsal benlik, değerler ve değerler doğrultusunda davranışlardır(149).

Psikolojik esnekliğin alt tiplerinin psikiyatrik hastalıklarla ilişkisinin değerlendirilmesinde BB ile afektif instabilite arasında, kişiler arası esneklik skorları ile de depresyon tanısı arasında ilişki gösterilmiştir(150). Değer odaklı davranışlar BB remisyon dönemindeki hastalarda işlevsellik üzerine olumlu etki yapmaktadır(151).

BB hastalarında psikolojik esneklik süreçlerinin geliştirilmesiyle içsel süreçlere daha açık olmanın sağlanmasının hastaların relapsın erken belirtilerini daha kolay fark etmesini sağlayabileceği bazı yazarlar tarafından tartışılmıştır. BB hastalarına ACT yaklaşımıyla müdahale edildiği bir çalışmada yaşam kalitesi ve psikolojik esneklikte iyileşme gösterilmiştir(152).

Psikotik hastaların değerlendirildiği bir çalışmada psikolojik esnekliğin psikotik atak sonrasında gelişen depresyon ve anksiyete belirtilerinde varyansın büyük bir kısmını açıkladığı gösterilmiştir(153).

2.6.2. Değer Odaklı Davranış

Değerler kişinin hayatı için kişiye özel önem taşır(147). Değerler kişinin davranışlarına genel olarak yön gösteren kişi tarafından seçilebilen kişiye özel veya evrensel olabilen hayat amaçlarıdır(154). Psikolojik esnekliğin alt boyutlarından biri olan değerler doğrultusunda davranışlar ACT yaklaşımına göre terapinin ana amaçlarındandır(148).

Değer odaklı davranışlar tedavi uyumu, depresyon ciddiyeti ve psikososyal sorunlarla ilişkilidir. BB hastalarında bunlarla beraber tedavi uyumunu bozan nedenler kontrol edildiğinde bile tedavi uyumunu açıklama üzerine etkisi gösterilmiştir(17).

2.7. ÇALIŞMANIN AMAÇ ve ÖNEMİ

BB hastalarında remisyon dönemlerinde bile işlevselliklerinde bozulma olması bu durumu etkileyen faktörlerin araştırılmasını gerektirmektedir. ZK becerileri ile işlevsellik arasındaki ilişki ile literatürde değişken sonuçlar olduğu görülmektedir. Ayrıca çoğu çalışmanın sosyal işlevsellik yerine genel işlevselliği değerlendirdiği görülmektedir. Bununla birlikte bu ilişkide aracılık etkisi yapan faktörler olarak psikolojik esneklik, irritabilite ve değer odaklı davranışları inceleyen bir çalışmanın olmadığı görülmüştür.

İrritabilite, psikolojik esneklik ve değer odaklı davranışların BB hastaları ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasının mevcut literatüre katkıları olabilir. Bu çalışmamızla literatürde farklı sonuçlar görülen bir alan olan ZK becerilerinde bozulma ve bu bozulmanın işlevsellik ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve BB hastalarında ataklar arasındaki dönemde görülen işlevsellikteki bozulmayı etkileyen faktörlerin incelenmesi ile bu hastaların remisyon dönemlerindeki takip ve tedavi süreçlerinde fayda sağlayabilecek yaklaşımlara ve ileri araştırmalara yardımcı olabilecek sonuçlar elde edilebilir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ ve DESENİ

Araştırma örneklemi Nisan 2023 – Eylül 2023 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Psikiyatri Bölümü Bipolar Bozukluk Polikliniğinde takip edilen hastalardan ve hastane çalışanları ile yakınlarından oluşan sağlıklı kişilerden oluşturulmuştur. Dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olan kişiler araştırmaya davet edilmiştir, kabul eden kişiler aydınlatılmış onam formu okutulup imzalandıktan sonra görüşmeye alınmıştır.

Katılımcılara ilk olarak DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) ve Kent EGY Zeka Testi ve Porteus Labirentleri Zeka Testi uygulanmıştır. Hasta grubuna ayrıca Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Ölçeği uygulanmıştır. Dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olan kişilerle görüşmeye devam edilmiştir. Katılımcılar tarafından sosyodemografik veri formu, Kısa İrritabilite Testi (KİT), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2), Değer Odaklı Yaşam Ölçeği (DOYÖ), Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) doldurulmuştur. Ardından görüşmeci tarafından Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Bu araştırmanın onayı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.04.2023 tarihinde 2023/0243 karar numarası ile alınmıştır.

3.1.1. Dahil edilme ve dışlanma ölçütleri

Hasta grubu için Bipolar Bozukluk Polikliniği'nden BB tanısı ile takipli olan, son 3 ayda ilaç değişikliği yapılmamış, remisyonda olan, en az okur-yazar düzeyinde eğitimi olan 18-65 yaş arası hastalar alınmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu için eşleştirilerek hastane çalışanları ve yakınlarından oluşan sağlıklı kontrol grubu (KG) için 18-65 yaş arasında, en az okur-yazar düzeyde eğitimi olan, son 1 yıldır psikotrop ilaç kullanımı, bilinen psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan kişiler alınmıştır. Hasta grubunda SCID-5 uygulanmasında BB dışında komorbid tanısı olan kişiler çalışmadan çıkarılmıştır. Her 2 grupta da Kent ve Porteus zeka testlerinde normalin altında zeka düzeyi saptanması

durumunda çalışmadan çıkarılmıştır. Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği ve Young Mani Ölçeği'nde 3'ün üstünde alanlar çalışmadan çıkarılmıştır. (Bkz Şekil 3.1.)



Şekil 3.1. Akış Şeması.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırma ve araştırmacılarla ilgili bilgi içeren, hastaların araştırmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair onamlarının alındığı formdur.

3.2.2. Sosyodemografik veri formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu ve tıbbi özgeçmişlerine yönelik bilgilerle beraber hasta grubu için bipolar bozukluk tanısını aldıkları yaş, yatışları ve yatışlarının niteliği ve yılları bilgilerinin toplandığı araştırmacılar tarafından hazırlanan formdur.

3.2.3. Kent EGY Zeka Testi ve Porteus Labirentleri Zeka Testi

Kent EGY zeka testi çocuklar ve yetişkinler için uygundur. 10 sorudan oluşan bu testte zeka yaşı ve tahmini IQ düzeyi sonucu elde edilir(155).

Porteus labirentleri testi farklı zorluklardaki labirentlerde kişinin başlangıçtan bitiş noktasına çizgi çizmesi istenir(156). Toğrol tarafından 1974'te Türkçeye uyarlanmıştır(157).

3.2.4. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

DSM-5 tanılarının konulması için geliştirilen yapılandırılmış bir kılavuzdur(158). 18 yaşının üstündeki kişilere klinisyen tarafından uygulanabilir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(159).

3.2.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

17 maddeden oluşan depresyon belirtilerinin yer aldığı bu ölçek depresyon şiddetini belirlemek amacıyla Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanan kişiye her bir madde için uygun soruların sorulması ile uygulanır(160). Akdemir ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır(161).

3.2.6. Young Mani Ölçeği

Bipolar bozuklukta manik epizotun şiddetini ölçmek amacıyla Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen 11 maddeden oluşmaktadır. Görüşmeci tarafından doldurulan bu testte maddeler ile ilgili uygun sorular görüşmeci tarafından sorularak uygulanır(129). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(162).

3.2.7. Kısa İrritabilite Testi

Holtzman ve arkadaşları tarafından geliştirilen irritabilitenin kısa ve güvenilir bir şekilde ölçülmesini amaçlayan 5 soruluk bir ölçektir(163). Son 2 haftanın değerlendirilmesi istenen bu testte her bir soru için katılımcının “Hiç”, “Nadiren”, “Bazen”, “Sık”, “Çok Sık”, “Her Zaman” maddelerinden birini seçmeleri istenmektedir. Seçenekler sırasıyla bir ve altı arasında puana denk gelmektedir. Yüksek puanlar daha yüksek irritabilite düzeyini göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadere ve arkadaşları tarafından 2021’de yapılmıştır(164).

3.2.8. Kabul ve Eylem Formu-2

Kabul ve Eylem Formu-2 7 sorudan oluşan yedili Likert tipi bir ölçek olup psikolojik katılık düzeylerini ölçmek için geliştirilmiştir(165). Daha yüksek puanlar daha çok psikolojik katılık ve daha çok yaşantısal kaçınma olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Meunier ve arkadaşları tarafından 2014’te yapılmıştır(166).

3.2.9. Değer Odaklı Yaşam Ölçeği

Wilson ve Groom tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. Bireylerin yaşamlarını değer odaklı yaşayıp yaşamadıkları konusunda bir değerlendirme yapılmasını sağlar(154). İki bölümlü olan ölçeğin ilk bölümünde her bir değerın yaşamdaki önemini 1 (Hiç önemli değil) ile 10 (Oldukça önemli) arasında puanladıktan sonra ikinci bölümde son bir haftada davranışlarının bu değerlerle ne kadar tutarlı olduğu derecelendirilir. Her 2 bölümün puanlarının toplanması ile toplam puan elde edilir. Daha yüksek puanlar daha fazla değer odaklı davranış ve değerlerle daha tutarlı yaşam olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Çekici ve arkadaşları tarafından 2018’de yapılmıştır(167).

3.2.10. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

24 maddeden oluşan işlevselliğin değerlendirildiği görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçektir. Ölçeğin orijinal versiyonu otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri olarak 6 alt boyuttan oluşmaktadır(168). 2012 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe çevirisinde yapılan çalışmada beş faktör bulunmuştur, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri boyutlarına ait tüm maddeleri içermesi nedeniyle bu faktörün sosyal işlevsellik olarak adlandırabileceği belirtilmiştir(169). Bu çalışmada sosyal işlevselliğin

değerlendirilmesi için ölçeğin sosyal işlevsellik alt skoru kullanılmıştır. Ölçekten alınan skorlar arttıkça işlevselliğin azaldığı gösterilmektedir.

3.2.11. Gözlerden Zihin Okuma Testi

Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından zihin kuramı becerileri ve emosyon tanıma becerilerinin değerlendirildiği bir testtir. İleri düzey bir ZK testidir ve sadece göz bölgesinin görüldüğü fotoğraflar gösterilerek yüze bağlı duyguları anlama becerisini içerir. Her bir fotoğraf için verilen 4 kelimeden en uygun olanını seçmeleri istenir, kişilerin ihtiyaç duymaları halinde kelimelerin anlamlarını içeren bilgi formu hazır bulundurulur ve sonrasında doğru cevaplar toplanarak ölçek puanına ulaşılır(170). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada bu testin 32 soruluk halinin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir(171). Yüze bağlı duyguları anlamakta en hassas şekilde ölçe araçlardan biri olarak kullanılması önerilmektedir(172). Ölçekten alınan daha yüksek skorlar daha iyi zihin kuramı becerilerini göstermektedir.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. Araştırmada değerlendirilen BB ve KG vakaların ailede psikiyatrik öykü, ek hastalık ve klinik özelliklerle ilişkili oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Araştırmada değerlendirilen BB tanılı vakalarda demografik ve klinik özelliklere göre ve BB ve KG vakalar arasında KEF-2, KİT, DOYÖ, GZOT, sosyal işlevsellik skorlarının karşılaştırılması ikili gruplar arasında Bağımsız Gruplar t testi ve Mann Whitney U testi üç ve üzeri gruplarda ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Yaş, tanı yaşı, yatış sayısı ve hastalık süresi ile psikometrik ölçümler ile GZOT skorları arasındaki ilişki, BB tanılı vakalarda GZOT, KEF-2, KİT, DOYÖ ve sosyal işlevsellik skorları arasındaki ilişki Spearman ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak incelendi. BB tanılı vakalarda ve KG vakalarında Sosyal İşlevsellik skorlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi ile incelendi. GZOT ve Sİ skorları arasındaki ilişkiye değişkenlerin aracılık etkisi Andrew Hayes tarafından geliştirilen SPSS'e uyumlu PROCESS programı kullanılarak incelendi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Değerlendirmeye alınan toplam 82 katılımcının verileri analiz edildi. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmada değerlendirilen Bipolar Bozukluk grubu vakaların 18’inin (%43,9) erkek olduğu, 21’inin (%51,2) evli, 17’sinin (%41,5) bekar, 3’ünün (%7,3) boşanmış olduğu, 7’sinin (%17,1) ilköğretim, 9’unun (%22) lise, 25’inin (%61) üniversite eğitime sahip olduğu, 3’ünün (%7,3) yalnız, 18’inin (%43,9) eş/çocuk, 18’inin (%43,9) ebeveyn ile birlikte, 2’sinin (%4,9) ise diğer durumlara sahip bir şekilde yaşadığı, 17’sinin (%41,5) çalışmadığı, 21’inin (%51,2) çalıştığı, 3’ünün (%7,3) ise emekli olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kontrol grubu (KG) vakaların 22’sinin (%53,7) erkek olduğu, 18’inin (%43,9) evli, 20’sinin (%48,8) bekar, 3’ünün (%7,3) boşanmış olduğu, 4’ünün (%9,8) ilköğretim, 7’sinin (%17,1) lise, 30’unun (%73,2) üniversite eğitime sahip olduğu, 14’ünün (%34,1) yalnız, 21’inin (%51,2) eş/çocuk, 6’sının (%14,6) ebeveyn ile birlikte yaşadığı, 2’sinin (%4,9) çalışmadığı, 36’sının (%87,8) çalıştığı, 3’ünün (%7,3) emekli olduğu bulundu.

Ki-Kare Analizine göre BB ve KG grupları arasında vakaların kimlerle yaşadığı ($\chi^2=15,35$, $p=0,002$) ve çalışma durumu ($\chi^2=15,79$, $p<0,001$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Araştırmada değerlendirilen BB grubu vakaların yaş ortalamalarının $38,37\pm 11,79$, KG vakaların yaş ortalamalarının $37,05\pm 9,28$ olduğu bulundu. Bağımsız Gruplar t testine göre iki grup arasında yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($t=0,56$, $p=0,576$) saptandı. (Bkz Tablo 4.1.)

Tablo 4.1. Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

Sosyodemografik bilgiler		BB		KG		Analiz	p
		Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%		
Yaş		38,37	11,79	37,05	9,28	t=0,56	0,576
Cinsiyet	Erkek	18	43,9	22	53,7	$\chi^2=0,78$	0,377
	Kadın	23	56,1	19	46,3		
Medeni durum	Evli	21	51,2	18	43,9	$\chi^2=0,47$	0,789
	Bekar	17	41,5	20	48,8		
	Boşanmış	3	7,3	3	7,3		
Eğitim	İlköğretim	7	17,1	4	9,8	$\chi^2=1,52$	0,467
	Lise	9	22,0	7	17,1		
	Üniversite	25	61,0	30	73,2		
Kimlerle yaşadığı	Yalnız	3	7,3	14	34,1	$\chi^2=15,35$	0,002
	Eş/çocuk	18	43,9	21	51,2		
	Ebeveyn	18	43,9	6	14,6		
	Diğer	2	4,9	0	0,0		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	17	41,5	2	4,9	$\chi^2=15,79$	<0,001
	Çalışıyor	21	51,2	36	87,8		
	Emekli	3	7,3	3	7,3		

Ort.= Ortalama, SS=Standart Sapma, n=kişi sayısı

Ki-Kare Analizine göre BB grubu vakaların kontrol grubu vakalara göre ailede psikiyatrik hastalığının olma ($\chi^2=4,47$, $p=0,034$) ve ailede bipolar hastalığının olma ($\chi^2=5,15$, $p=0,023$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. (Bkz. Tablo 4.2.)

Tablo 4.2. Araştırmada değerlendirilen BB ve KG vakaların ailede psikiyatrik öykü ve ek hastalık oranlarının karşılaştırılması.

		BB		KG		χ^2	p
		n	%	n	%		
Aile Öyküsünde	Yok	23	56,1	32	78,0	4,47	0,034
Psikiyatrik Hastalık	Var	18	43,9	9	22,0		
Aile Öyküsünde	Yok	32	78,0	39	95,1	5,15	0,023
Bipolar Bozukluk	Var	9	22,0	2	4,9		
Kişide ek tıbbi	Yok	34	82,9	34	82,9	0,00	0,999
hastalık	Var	7	17,1	7	17,1		

χ^2 =Ki-Kare Testi

Tablo 4.3. Araştırmada değerlendirilen BB vakalarının ilk tanı yaşı, yatış sayısı, hastalık süresi, Young Mani Ölçeği ve Hamilton Depresyon Ölçeği Skorları.

	Ort./n	SS./%	Minimum	Maximum
İlk tanı yaşı	27,71	10,71	14,00	63,00
Yatış sayısı	1,24	1,65	0,00	8,00
Hastalık süresi	10,66	10,43	0,00	45,00
Young Mani Ölçeği Skorları	0,49	0,92	0	3
Hamilton Depresyon Ölçeği Skorları	0,66	1,015	0	3

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma

Araştırmada değerlendirilen BB vakalarının ilk tanı yaşı ortalamalarının $27,71 \pm 10,71$ (Min.=14,00-Maks.=63,00), yatış sayısı ortalamalarının $1,24 \pm 1,65$ (Min.=00,00-Maks.=8,00), hastalık süresi ortalamalarının $10,66 \pm 10,43$ (Min.=00,00-Maks.=45,00) olduğu bulundu.(Bkz. Tablo 4.3.)

Tablo 4.4. Araştırmada değerlendirilen BB vakalarının klinik özellikleri.

		BB	
		n	%
Mevcut durumda BB dışında tanı	Yok	39	95,1
	Var	2	4,9
Bipolar Bozukluk Tip	Bipolar 1	25	61,0
	Bipolar 2	16	39,0

Araştırmada değerlendirilen BB vakalarının 2'sinin (%4,9) SCID ile yapılan değerlendirmede BB tanısının yanında mevcut durumda kumar oynama bozukluğu ve özgül fobi tanıları olduğu saptandı. Vakaların 25'inin (%61,0) bipolar 1 bozukluk, 16'sının ise (%39,0) bipolar 2 bozukluk olduğu bulundu. (Bkz. Tablo 4.4.)

Tablo 4.5. Araştırmada değerlendirilen BB ve KG vakalar arasında ölçek skorlarının karşılaştırılması.

	BB		KG		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
Kabul ve Eylem Formu Skorları	22,24	10,90	8,46	3,30	7,748	<0,001
Kısa İrritabilite Testi Skorları	13,32	5,00	5,29	2,61	9,107	<0,001
Değer Odaklı Yaşam Ölçeği Skorları	145,85	29,51	158,78	20,23	-2,313	0,023
Gözlerden Zihin Okuma Testi Skorları	18,93	4,59	24,24	3,38	-5,971	<0,001
Sosyal İşlevsellik Skorları	8,20	4,41	1,85	1,59	8,659	<0,001

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testine göre BB vakalarının KG vakalarına göre psikolojik esneklik düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu ($t=7,748$, $p<0,001$), irritabilite düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=9,107$, $p<0,001$), KG vakalarının BB vakalarına göre değer odaklı davranış ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=-2,313$, $p=0,023$), KG vakalarının BB vakalara göre GZOT ile ölçülen zihin kuramı becerilerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=-5,971$, $p<0,001$), KG vakalarının BB vakalarına göre sosyal işlevsellik ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=8,659$, $p<0,001$) bulundu. (Bkz. Tablo 4.5.)

Tablo 4.6. BB grubunda yaş, tanı yaşı, yatış sayısı ve hastalık süresi ile ölçek skorları arasındaki ilişki.

Ölçekler		Yaş ^a	Bipolar ilk tanı yaşı ^a	Yatış sayısı ^b	Hastalık süresi ^b
Kabul ve Eylem Formu Skorları	r	-0,025	0,266	-0,487	-0,266
	p	0,876	0,093	0,001	0,093
Kısa İritabilite Testi Skorları	r	0,051	0,296	-0,153	-0,180
	p	0,754	0,060	0,338	0,261
Değer Odaklı Yaşam Ölçeği Skorları	r	-0,226	-0,344	0,355	0,048
	p	0,155	0,028	0,023	0,767
Gözlerden Zihin Okuma Testi Skorları	r	-0,327	-0,086	0,152	-0,183
	p	0,037	0,593	0,343	0,253
Sosyal İşlevsellik Skorları	r	0,200	0,235	0,149	0,079
	p	0,210	0,140	0,352	0,625

a=Pearson Korelasyon Analizi, b=Spearman Korelasyon Analizi.

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların yaşları ile GZOT ($r=-0,327$, $p=0,037$) skorları arasında ve vakaların bipolar ilk tanı yaşı değerleri ile değer odaklı yaşam ölçeği ($r=-0,344$, $p=0,028$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Spearman Korelasyon Analizine göre vakaların yatış sayısı ile KEF-2 skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,487$,

p=0,001) bulundu. Buna ek olarak vakaların yatış sayısı ile değer odaklı yaşam ölçeği skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,355$, $p=0,023$) bulundu. (Bkz Tablo 4.6.)

Tablo 4.7. BB tanılı vakalarda ölçekler arasındaki ilişki.

		1	2	3	4
1- Gözlerden Zihin Okuma Testi Skorları	r	-			
	p	-			
2- Kabul ve Eylem Formu Skorları	r	0,023			
	p	0,887			
3- Kısa İritabilite Testi Skorları	r	0,161	0,676		
	p	0,314	0,000		
4- Değer Odaklı Yaşam Ölçeği Skorları	r	0,157	-0,512	-0,371	
	p	0,328	0,001	0,017	
5-Sosyal İşlevsellik Skorları	r	-0,298	0,319	0,264	-0,321
	p	0,058	0,042	0,095	0,041

r=Pearson Korelasyon Analizi katsayısı

Pearson Korelasyon Analizine göre BB tanılı vakaların KEF-2 skorları ile KİT ($r=0,676$, $p=0,000$), sosyal işlevsellik ($r=0,319$, $p=0,042$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre BB tanılı vakaların değer odaklı yaşam ölçeği skorları ile KEF-2 ($r=-0,512$, $p=0,001$), KİT ($r=-0,371$, $p=0,017$) skorları arasında; vakaların DOYÖ skorları ile sosyal işlevsellik ($r=-0,321$, $p=0,041$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede korelasyon olduğu bulundu. (Bkz Tablo 4.7.)

Tablo 4.8. Bipolar Bozukluk Tipine göre Ölçek Skorlarının karşılaştırılması.

	BB Tipi	Med.	%25	%75	p
Kabul ve Eylem Formu Skorları	1	17,00	11,00	22,00	0,087
	2	23,00	16,00	33,00	
Kısa İritabilite Testi Skorları	1	13,00	9,00	15,00	0,360
	2	13,00	9,00	18,50	
Değer Odaklı Yaşam Ölçeği Skorları	1	157,00	143,00	173,00	0,020
	2	133,50	115,00	150,00	
Gözlerden Zihin Okuma Testi Skorları	1	20,00	18,00	22,00	0,094
	2	17,00	14,50	21,00	
Sosyal İşlevsellik Skorları	1	8,00	6,00	11,00	0,648
	2	7,50	4,50	12,50	

a=Mann Whitney U testi, b=Kruskal Wallis H testi, Med.=Medyan.

BB tanılı vakalarda uygulanan Mann Whitney U testinde değer odaklı yaşam ölçeği skorlarının bipolar 1 bozuklukta bipolar 2 bozukluğa göre istatistiksel açıdan anlamı seviyede daha yüksek olduğu ($p=0,020$), diğer ölçeklerde anlamlı farklılık görülmediği bulundu. (Bkz Tablo 4.8.)

GZOT Skorları

M

a

b

c

Şekil 4.1. Aracılık Analizi.

M= Aracı değişken

Tablo 4.9. Aracılık Analizi Bulguları.

Aracı değişken	a	b	c
Kısa İrritabilite Testi skorları	$\beta=0,18, p=0,314$	-	-
Kabul ve Eylem Formu skorları	$\beta=0,05, p=0,887$	-	-
Değer Odaklı Yaşam Ölçeği skorları	$\beta=1,01, p=0,328$	-	-

BB tanılı vakalarda GZOT skorları ve Sİ skorları arasındaki ilişkide aracı değişken olarak (M), tek tek Kısa İrritabilite Testi, Kabul ve Eylem Formu ve Değer Odaklı Yaşam Ölçeği skorlarının etkisi incelenmiştir. BB tanılı hastalarda GZOT skorlarının aracı değişken olarak incelenen skorlar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı bulundu. Aracı değişken analizleri ile ilişkili ilk kriter karşılanmadığı için kurulan modeller istatistiksel açıdan anlamsız olarak kabul edildi. (Bkz Şekil 4.2. ve Tablo 4.9.)

Tablo 4.10. Sosyal İşlevsellik skorlarını yordamada etkili olan değişkenlerin analizi.

Grup		Model	Standartlaşmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
			B	SH	Beta			AL	ÜL
Hasta	1	(Sabit)	13,617	2,859		4,763	,000	7,834	19,400
		GZOT skorları	-,286	,147	-,298	-1,950	,058	-,584	,011
	2	(Sabit)	13,541	5,158		2,626	,013	3,081	24,002
		GZOT skorları	-,294	,147	-,306	-2,002	,053	-,593	,004
		KEF-2 skorları	,058	,087	,144	,667	,509	-,119	,235
		KİT skorları	,146	,180	,166	,813	,422	-,218	,510
		DOYÖ skorları	-,021	,026	-,138	-,790	,434	-,074	,032
Kontrol	1	(Sabit)	6,280	1,698		3,699	,001	2,846	9,714
		GZOT skorları	-,183	,069	-,388	-2,632	,012	-,323	-,042
	2	(Sabit)	6,507	2,972		2,189	,035	,480	12,534
		GZOT skorları	-,142	,068	-,301	-2,097	,043	-,279	-,005
		KEF-2 Skorları	,021	,076	,043	,273	,787	-,133	,175
		KİT skorları	,211	,086	,347	2,463	,019	,037	,385
		DOYÖ skorları	-,016	,012	-,201	-1,325	,194	-,040	,008

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi, SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

Hasta: Model 1: $R^2=0,09$, $F=3,80$, $p=0,058$, Model 2: $R^2=0,23$ $F=2,62$, $p=0,051$.

Kontrol: Model 1: $R^2=0,15$, $F=6,93$, $p=0,012$, Model 2 $R^2=0,32$, $F=4,27$, $p=0,006$

Hasta grubunda uygulanan Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizine göre vakaların Sosyal İşlevsellik skorlarını açıklamada GZOT skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı ($F=3,80$, $p=0,058$) bulundu. Model 1'e KEF-2, KİT, DOYÖ skorlarının eklenmesiyle GZOT skorlarını açıklamada model 1'in istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı ($F=2,62$, $p=0,051$) bulundu.

Kontrol grubunda uygulanan Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizine göre sosyal işlevsellik skorlarındaki varyansın %15'inin GZOT skorları ile açıklanabildiği bulundu ($F=6,93$, $p=0,012$). Model 1'e KEF-2, KİT, DOYÖ total skorlarının eklenmesiyle sosyal işlevsellik skorlarının %32'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=4,27$, $p=0,006$) açıklandığı bulundu. (Bkz Tablo 4.10.)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın verilerinin incelenmesi sonucunda irritabilite, psikolojik esneklik, değer odaklı davranışlar, zihin kuramı becerileri ve sosyal işlevsellik ölçek skorlarının gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Hasta grubunda irritabilite ile psikolojik esneklik ve değer odaklı davranışlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu, sosyal işlevsellik ile de psikolojik esneklik ve değer odaklı davranışlar arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü. Hasta grubunda GZOT skorlarının sosyal işlevsellik skorlarını açıklamadığı; KEF-2, KİT, DOYÖ skorlarıyla beraber değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü. Kontrol grubunda GZOT skorlarının sosyal işlevsellik skorlarını öngördüğü görüldü. GZOT skorları ile aracı değişken olarak kullanılması planlanan ölçekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görülmediğinden aracılık analizi yapılamadı.

Çalışmamıza alınan sağlıklı kontrol ve BB hasta grupları sosyodemografik verileri incelendiğinde sağlıklı kontrol grubu hasta grubuna göre eşleştirilerek yapıldığından yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından farklılık saptanmamıştır.

BB grubunun %43,9'unun erkek, %56,1'inin kadın olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk için genel kadın ve erkek oranı geçmiş çalışmalarda kabaca 1:1 olarak saptanmıştır(6). Bu açıdan çalışma örneklemimizdeki kadın ve erkek dağılımı geçmiş bilgilerle uyumlu görülmüştür.

BB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak çalışma durumu açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. BB grubu hastalarının %41,5'i çalışmıyorken sağlıklı kontrol grubunun sadece %4,9'unun çalışmadığı görüldü. Bu sonuç sağlıklı kontrol grubunun ağırlıklı olarak hastane çalışanlarından toplanmasından kaynaklanabilir. Bununla birlikte hasta grubunda ortalama yaşın 38,37 olduğu göz önüne alınırsa %41,5 gibi çalışmama oranı görülmesi bipolar bozukluğun çalışan popülasyon üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu göz önüne sermektedir. Bipolar bozukluk özellikle genç yaşta görülmesi nedeniyle mesleki işlevsellikte azalma ve çalışma yıllarında kayba neden olmaktadır(10, 173).

BB grubu ile KG karşılaştırıldığında ailede genel psikiyatrik hastalık ve bipolar bozukluk olup olmaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmüştür. Bipolar bozukluğun kalıtsal olarak geçişi en yüksek psikiyatrik hastalıklardan biri olduğu bilinmektedir(2). Ülkemizdeki bir çalışmada BB hastalarının ailelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık görülme oranı %64,5 olarak gösterilmiştir(174). Başka bir çalışmada da sağlıklı kontrollerle kıyaslandığından anlamlı bir fark gösterecek şekilde BB hastalarının %64,8'inde pozitif aile hikayesi olduğu gösterilmiştir. BB olan grupta BB bunların %34,6'sı, majör depresyon %43,6'sı, anksiyete bozuklukları %14,5'ü olarak görülmüştür(175). Bizim çalışmamızda da kontrol grubu ile istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterecek şekilde BB grubunda ailede genel psikiyatrik hastalık %43,9, ailede BB öyküsü ise %22,0 bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerle anlamlı fark olması literatürle uyumlu görülmüşken hasta grubundaki oranın literatürdeki diğer çalışmalardan görece düşük olması örneklem niteliği ve niceliğindeki değişiklikler, hasta bildirimindeki eksiklikler veya tanı almamış yakınlarından kaynaklanabilir.

BB hastalarının ilk tanı aldıkları yaşları incelendiğinde yaşların 14 ile 63 arasında olduğu ve ortalama yaşın 27,71 olduğu görülmektedir. Büyük çaplı bir çalışmada BB tanı yaşının 20 ile 35 yaşları arasında olduğu, ortalama tanı yaşının 31,3 olduğu gösterilmiştir. Bu açıdan hasta grubunun ortalama ilk tanı yaşı literatürdeki diğer verilerle uyumlu olduğu görülmektedir(175, 176). Erken tanı yaşı olumsuz klinik özelliklerle ilişkilendirildiğinden bazı yazarlar erken tanı yaşının bipolar bozukluğun bir belirleyicisi olarak düşünülmesi gerektiğini tartışmıştır(177).

Gözlerden Zihin Okuma Testi sonuçları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Bipolar bozukluk grubunda GZOT skoru ortalama 18,93 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda ise ortalama 24,24 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunun ortalama skorunun GZOT'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bulunan ortalama skora yakın olduğu görülmektedir(171). Bipolar bozukluk remisyon döneminde sosyal kognisyon becerilerinde bozulma olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır(113). Bora ve arkadaşları tarafından 2016'da yapılan bir meta-analiz çalışmasında remisyon, subsendromal ve akut dönemde olan toplam 1214 hastayı içeren 34 çalışma değerlendirilmiştir. Bu meta-analiz sonucunda BB hastalarında ZK becerilerinde bozulma olduğu bunun akut epizotlarda daha belirgin olduğu fakat remisyon dönemindeki ve subsendromal BB hastalarında da görüldüğü ortaya konmuştur. Ayrıca GZOT testinin de dahil olduğu afektif ZK becerilerinin de kognitif ZK becerileri gibi

etkilendiği gösterilmiştir(12). Bora ve arkadaşları tarafından ZK becerileri ölçülmesinde GZOT ve imayı anlama testi kullanılan başka bir çalışmada da 43 ötimik hasta sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Her 2 testte de gruplar arasında anlamlı farklılık görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada hastaların lityum düzeyi ve hafif düzeydeki afektif semptomlarıyla sonuçların ilişkili olmadığı gösterilmiştir(110). Çalışmamızın sonucunda da bu çalışmalarla paralel şekilde remisyondaki BB hastalarında GZOT ile ölçülen ZK becerilerinde sağlıklı kontrollerden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede eksiklik gösterilmiştir.

Halen ZK becerilerindeki bozulma bipolar bozuklukta spesifik bir belirti olarak görülmemektedir. Yakın tarihli bir çalışmada atak döneminde olmayan hastaların ZK becerileri “Yoni görevleri” ile değerlendirilmiş ve gruplar arasında kognitif ve afektif ZK becerileri arasında fark gösterilememiştir(116). Bizim çalışmamızla benzer şekilde remisyondaki hastaların değerlendirildiği bu çalışmayla sonuçlarımız farklılık göstermektedir. Özellikle örneklemdaki farklılıklar bunu açıklıyor olabilir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak bipolar 2 bozukluğa sahip hastaların sayısının bipolar 1 bozukluğa göre daha az olduğu görülmektedir. Duman ve arkadaşlarının 30 bipolar 1 bozukluk hastası ile yaptığı çalışmada ZK becerilerinde farklılık gösterilmemiştir(178). Örneklemin diğer karakteristikleri gibi bipolar 1 ve 2 bozukluk hastaları arasında ZK becerilerindeki farklılıklar önemli olabilir. Bu konu ile ilgili benzer testlerle bipolar 1 ve 2 bozukluk hastalarının karşılaştırıldığı çalışmalara vardır. Bipolar 1 ve 2 bozukluk hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada hasta grupları ile kontrol arasında gafi anlamada farklılık görülürken GZOT ile farklılık görülmemiştir(117). ZK becerilerinin değerlendirildiği başka bir meta analiz çalışmasında da kontrollerle karşılaştırıldığında bipolar 2 bozukluğa sahip hastalarda bipolar 1 bozukluğa göre daha fazla eksiklik görüldüğü belirtilmiştir. Aynı zamanda ZK becerilerinin GZOT ile değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde bipolar 1 bozukluğa sahip hastalardaki bozulmanın daha fazla olduğu belirtilmiştir. Diğer ölçümlerle ilgili de değişkenlik gösteren sonuçlar bildirilmiştir(179).

Popolo ve arkadaşları tarafından kognitif ZK becerilerinin değerlendirildiği bir çalışmada sağlıklı kontrol ve hasta grupları arası farklılık bulunmamıştır. Son 1 ayda ilaç değişikliği yapılmayan hastaların alındığı bu çalışmada remisyon kriteri kullanılmamıştır(118). Bu durum da afektif ve kognitif ZK becerilerinin farklı şekilde işleyen fenomenler olduğunu gösteriyor olabilir. GZOT kullanılan başka bir çalışmada

ötimik hastalar kontrollere göre daha kötü performans sergilemiştir ve cinsiyet, ilaç grupları ve psikotik semptom olup olmaması açısından da farklılık görülmemiştir(110).

Çalışmamızın sonuçları yapılan 2 meta-analiz ile uyumlu görülmekle beraber halen ZK becerilerinin remisyonda BB hastalarında otizm hastalarında olduğu gibi spesifik bir fenomen olmadığı görülmektedir. Farklı ZK boyutlarının iyi tanımlandığı, BB hastalarının farklı karakteristik özelliklerine göre karşılaştırıldığı, özellikle de bipolar 1 bozukluk ve bipolar 2 bozuklukların ayrı değerlendirildiği daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

GZOT skorlarının sosyodemografik verilerle karşılaştırılması sonucunda cinsiyetler arasında bir fark gözlenmemiştir. Farklı çalışmalarda kız çocuklarının GZOT skorlarının daha yüksek olduğu gösterilse de bunun daha büyük yaştaki çocuklarda görülmediği anlaşılmaktadır(180). Başka çalışmalarda da cinsiyetler arası farklar görülmemekle birlikte, yaş ile değişimler görülmektedir(181). Yetişkinlerde cinsiyet farklılıklarının gösterilmesi için tasarlanan ileri araştırmalarla bu sonuçların tekrardan incelenmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca GZOT skorları ile yaş arasında negatif bir korelasyon görülmüştür. Bu sonuç ileri yaşın ZK becerilerinde kötüleşmeye yol açtığını gösteren çalışmalarla uyumludur(114).

Sosyal işlevsellik skorları arasında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Bir derleme çalışmasında BB hastalarının %30-60 kadarının ataklar arasında kötü psikososyal işlevsellik gösterdiği belirtilmiştir(119). Çalışmamızın sonucu bu açıdan derleme makalesindeki sonuçlar ile uyumludur. Mevcut çalışmamızda hasta grubunda sosyal işlevsellik ile psikolojik esneklik ve değer odaklı davranışlar arasında da anlamlı ilişki olduğu görüldü. Psikolojik esneklik ve değer odaklı davranışların hasta grubunda sosyal işlevselliğin iyileştirilmesi açısından potansiyel terapötik rolleri olabilir. Bunlar arasındaki nedenselliğin gösterilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre psikolojik esnekliğin hasta grubunda daha düşük olduğu görülmektedir. Ötimik BB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada psikolojik esneklik BB grubunda daha düşük görülmüştür(182). Bir tez çalışmasında BB hastaları ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırılmasında BB grubunda değer odaklı davranışlar ve toplam psikolojik esneklik skorlarının daha düşük olduğu fakat diğer alt boyutlarının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir(183). Bu çalışmada yazarların da belirttiği gibi psikolojik esnekliğin farklı bir ölçek ile değerlendirilmesi farklı alt boyutlarda görülen farklı sonuçları açıklıyor olabilir. Bununla birlikte toplam puana göre hasta grubunda psikolojik esnekliğin sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük görülmesi

çalışmamızın sonuçları ile uyumlu görülmektedir. Başka bir tez çalışmasında da bipolar 1 bozukluk hastalarında sağlıklı kontrollere göre çalışmamızda olduğu gibi KEF-2 ile değerlendirilen psikolojik esnekliğin daha düşük olduğu gösterilmiştir(184).

Çalışmamızın sonuçlarına göre değer odaklı davranışlarda gruplar arasında anlamlı fark olmasının yanı sıra bipolar 1 bozukluk ve bipolar 2 bozukluk hastaları arasında da anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bipolar 2 bozuklukta atak sıklığı, psikiyatrik komorbiditelerin bipolar 1 bozukluğa göre daha sık görülmesi bu kişilerin değerleriyle temaslarını azalmasına, değer odaklı davranışları yerine getirmekte daha çok zorlanmalarına yol açıyor olabilir(35). Ayrıca DOYÖ skorlarının paradoksik olarak ilk tanı yaşı ile ters orantılı, yatış sayısı ile doğru orantılı bir ilişki gösterdiğini görmekteyiz. Bu sonucun tekrarlanması ve ilişkili diğer nedenlerin ortaya konması için başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların hepsinin bipolar bozukluk hastaları için ayrılmış bir poliklinikten düzenli takiplere gelen ve son 3 aydır remisyonunda olan hastalar olduğunu düşünürsek değer odaklı davranışları daha fazla olan kişilerin tedaviye uyumunun daha fazla olduğu, poliklinik takiplerine düzenli gelebilen kişiler olduğu, hastalığın belirtilerine karşı tecrübeli, tedavi modalitelerine aşina hastalar oldukları düşünülebilir. Önceden belirtildiği gibi BB hastalarında değer odaklı davranışların tedavi uyumu ile ilişkili olması remisyonun sağlanmasında değer odaklı davranışların rolünün uzlamsal çalışmalarda incelenmesi gerektiğini göstermektedir(17).

Gruplar arasında irritabilite düzeyleri arasında da anlamlı farklılık görülmüştür. İritabilite BB hastalarında hastalık ciddiyeti ve kötü prognoz ile ilişkilendirilmiş önemli bir fenomendir(14). Uzun süreli bir takip çalışması BB hastalarının ataklar arası dönemde manik semptomlardan en sık irritabilite yaşadıklarını göstermektedir(15). Bu açılarından araştırmamızda remisyon dönemindeki BB hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek irritabilite düzeylerinin saptanmış olması literatürdeki geçmiş sonuçlarla uyumlu görülmüştür. İritabilitenin daha fazla semptom yükü, daha ciddi hastalık, artmış yaşam boyu intihar girişimi ve daha kısa sürede tekrar depresif dönem yaşama riski ile ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur(133, 134). Bu sonuçlarla beraber çalışmamızda da sağlıklı kontrollerle anlamlı fark görülmesi dolayısıyla BB hastalarında irritabilitenin remisyon dönemlerinde dahi ele alınması gereken önemli bir potansiyel fenomen olduğu sonucuna varabiliriz.

Ayrıca çalışmamızda irritabilite düzeylerinin psikolojik esneklik, değer odaklı davranışlar ile anlamlı şekilde korelasyon gösterdiği görülmektedir. İritabilitenin afektin

doğru tanınmasını bozarak ve sosyal kognisyonda bozulmaya yol açarak kişiler arası stresi arttırdığı, romantik partnerler ile ilişkide daha fazla bozulmaya yol açtığı gösterilmiştir(138, 139). Sosyal desteğin azalması da bipolar bozuklukta relapslar ile ilişkili görüşmüştür(140). Çalışmamızın sonucuna göre yaşantısal kaçınma ve psikolojik katılığın artmasıyla irritabilite düzeylerinin de artması da psikolojik esneklik üzerine yapılacak müdahalelerin hastaların remisyon dönemindeki irritabilite ile ilişkili şikayetlerine fayda sağlayabilecek potansiyel rolü olabileceğini düşündürmektedir. İritabilitenin öneminin bu hasta grubunda daha fazla anlaşılmasıyla bu hastaların tedavilerinde önemli düzenlemeler gerçekleştirilebilir(145). Çalışmamızda iritabilitenin değer odaklı davranışlarla ilişkili görülmesi iritabilitenin bu hastaların yaşamlarında nasıl bir rol oynadığıyla ilgili bilgiler verebilir. Çalışmamızın kesitsel dizaynı nedeniyle nedensellik ilişkisi kuramasak da irritabilite ile değer odaklı davranışlar arasında ilişki görülmesi irritabiliteye yönelik yaklaşımların değer odaklı davranışları arttırmak için veya değer odaklı davranışların arttırılmasına yönelik müdahalelerin irritabiliteyi azaltmak için terapi sürecinde ele alınabilececek potansiyel yerlerinin olduğu düşünülebilir. BB hastalarında değer odaklı davranışlarla tedavi uyumunun da ilişkili olduğu gösterildiğinden bu fenomenler arasında nedenselliği gösterecek ileri araştırmalar hastaların tedavi süreçlerinde faydalı olabilecek sonuçlar sağlayabilir(17).

Sonuçlarımıza göre hasta grubunda GZOT skorları ile sosyal işlevsellik skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Hasta grubunda GZOT skorları ile sosyal işlevsellik skorları ilişkisi aracı değişken analizi için incelendiğinde incelenen skorlar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etki görülmediğinden aracılık analizi yapılamamıştır. Bununla birlikte sağlıklı kontrol grubunda sosyal işlevsellik skorlarını açıklamada GZOT skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve modele diğer ölçekler konulduğunda irritabilite düzeylerinin de anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Teorik olarak karşıdaki kişinin duygularını tanımadaki eksikliğin sosyal ilişkilerde bozulmaya yol açarak daha fazla kişiler arası sorunlara yol açabileceği, sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açabileceği düşünülebilir. Sağlıklı kontrollerde bu sonucun görülmesi bunu desteklemektedir. Paradoksik olarak remisyon döneminde olan ve değerlendirmelerinde Hamilton Depresyon Ölçeği ve Young Mani Ölçeğinden üçün altında skor alan BB hastalarında bu ilişki görülememiştir. Bu durum BB hastalarındaki sosyal işlevselliği yordayan farklı faktörler olabileceğini düşündürmektedir.

Vierck ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yürütücü işlevlerin bazı yönlerinin işlevsellik üzerine belirleyici olduğu ancak GZOT ile işlevsellik arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir(185). Cusi ve arkadaşlarının 2012’de yaptığı bir çalışmada GZOT ile ölçülen ZK becerileri işlevsellikle ilişkili gösterilmemişken, kişiler arası sosyal ipuçlarını yakalamayı değerlendiren başka bir ZK görevi ilişkili bulunmuştur. Purcell ve arkadaşlarının remisyonda 26 bipolar 1 bozukluk hastasının sağlıklı kontroller ve unipolar hastalarla karşılaştırıldığı çalışmalarında doğru cevaplar arasında anlamlı fark görülmemekte fakat cevap verme süreleri açısından gruplar arası fark olduğu ve daha hızlı cevap vermenin 12 aylık takipte daha iyi genel işlevsellikle ilişkilendirildiği gösterilmektedir(123). Daha düşük örnekleme yapılan başka bir çalışmada genel işlevsellik BB grubunda düşük görülse de GZOT ve gafi anlama ile ölçülen ZK becerileri ile işlevsellik arasında ilişki gösterilememiştir(186).

Bunun yanında global işlevselliğin GZOT ile ilişkili gösterildiği çalışmalar da mevcuttur(9, 117). Sosyal kognisyonun bipolar bozuklukta işlevsellikle ilişkisi bir derleme çalışmasında gösterilmiştir. 2000 ve 2017 yılları arasında 20 çalışmanın değerlendirildiği bu çalışmada ZK becerilerinin GZOT ve faux pas testleri ile ölçüldüğü 11 araştırmanın 3’ünde sosyal işlevsellikle anlamlı korelasyon olduğunun gösterildiği belirtilmektedir(122). Yüz tanıma testleri kullanılan Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada remisyondaki BB hastaları değerlendirilmiş ve yüz tanıma testleri ile sosyal işlevsellik arasında ilişki gösterilmiştir(124). Lahera ve arkadaşlarının ötimik hastalarda yaptığı çalışmada hastalar düşük ve yüksek işlevsellikli olarak ayrılmış ve bu gruplar arasında faus pax ve duygu tanıma testlerinde anlamlı farklılık görülmüştür(57). Caletti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Global Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen işlevsellik skorları ile hem GZOT hem de gafi anlama testlerinde korelasyon olduğu görülmüştür(9).

BB hasta grubunda sosyal işlevsellikle ZK becerileri arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçların değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Hem işlevselliğin değerlendirilmesinde çeşitli ölçüm yöntemleri kullanılması hem de özellikle yüksek düzey ZK becerilerinin farklı alt boyutlarıyla birlikte farklı ölçüm yöntemlerinin kullanılması bu farklılıkları açıklıyor olabilir. Bunlarla birlikte hasta gruplarındaki farklı karakteristikler (yatış sayısı, hastalık süresi, ilaç tedavisi, sosyodemografik farklılıklar) BB hastalarında sosyal işlevselliğe etki ediyor ve literatürdeki bu değişkenliğe neden oluyor olabilir.

Mevcut çalışmada remisyon döneminde bile hastalarda psikolojik esneklik, değer odaklı davranışlar ve iritabilite düzeyleri açısından farklılıklar görülmesi bu hastaların

takip ve tedavi süreçlerinde bu fenomenlerle ilgili yaklaşımların potansiyel önemini göstermektedir. Psikolojik esneklik, değer odaklı davranışlar üzerine terapi yaklaşımlarının BB hastalarının terapi sürecinde önemli bir yeri olabilir. Uzun dönem tedavi için BB hastalarda terapötik ilişki önemlidir(42). Çalışmamızın kesitsel dizaynı nedeniyle nedensellik ilişkisi kuramamak da irritabilite ile değer odaklı davranışlar arasında ilişki görülmesi irritabiliteye yönelik yaklaşımların değer odaklı davranışları arttırmak için terapi sürecinde değerlendirilebilecek potansiyel bir yeri olduğunu düşündürebilir. Bu sebeplerden dolayı bu ilişkilerin arasındaki nedenselliği gösterecek ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sosyal beceriler için ZK ile ilgili özel müdahaleler ile ZK ile bağlantılı bilişsel ağlarda artan nöral aktivite görüldüğü gösterilmiştir(187). Çalışmamızın sonuçları da göz önüne alındığında remisyondaki BB hastalarında sosyal işlevsellikte iyileşme sağlanması için ZK becerileri üzerine müdahalelerin potansiyel etkileri olabilir. Bu tarz müdahalelerin özellikle sosyal işlevselliğe etkilerinin incelenmesi önemli görülmektedir.

Sosyal kognisyon terapisinin şizofreni hastalarında ZK becerilerinde gelişme sağladığı gösterilmiştir(188). BB hastalarında da ZK becerilerinde düzelme sağladığı gösterilen müdahaleler çalışılmıştır(65). Remisyon dönemindeki hastalarda ZK becerilerindeki eksiklikler depresyon dönemleri açısından artmış relaps riski ile ilişkili olduğundan çalışmamızda da semptomatik olmayan hastalarda GZOT skorlarında belirgin düşüklük görülmesi bu hastaların takip sürecinde ZK becerilerinin değerlendirilmesinin potansiyel önemine işaret ediyor olabilir(189). BB hastalarında ZK becerilerinde hangi alanlarda bozulmalar olduğunun netleştirilmesi ve potansiyel tedavilerin etkililiğini değerlendiren uzlamsal çalışmalar ile BB hastalarında ZK ve sosyal işlevsellik ilişkisine yönelik veriler artabilir.

Çalışmamızla ilgili bazı kısıtlılıklar da bulunmaktadır. Öncelikle çalışmamızın kesitsel doğası nedensellik ilişkisi kurulması mümkün olmamıştır. Sosyal kognisyonun BB hastalarında nörokognitif eksikliklerden de etkilenebileceği tartışılmıştır(12). Çalışmamızda bu açıdan bir değerlendirme yapılmaması bir kısıtlılık olabilir. Bunun yanında ilaç tedavisi açısından da hasta grubundaki farklılıklar göz önüne alınmamıştır. İlaç tedavisinin etkisi üzerine literatürde değişken sonuçlar gözlemlenmektedir. Benzodiazepin grubu ilaç kullanımı kötü ZK becerileri ile ilişkilendirilmiştir(117). İlaç tedavisi ile ZK becerileri arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur(110, 111, 190). Çalışmamızda benzodiazepin grubu ilaç kullanımı olan hasta olmasa da ilaç

tedavilerinin bilişsel işlevler ve sosyal kognisyon üzerinde etki yapabilecek olmaları potansiyel olarak çalışmamızın sonuçlarını etkileyebilir(48). Ayrıca bipolar 1 bozukluk ve bipolar 2 bozukluk hastalarının birlikte değerlendirilmesi çalışmamızın kısıtlılıklarından olabilir.

Bunlarla birlikte çalışmamızın güçlü yanları da bulunmaktadır. Tüm vakalarda potansiyel karıştırıcı etkisi olabileceğinden Kent ve Porteus testleri uygulanmış ve normalin altında sonuç görülen vakalar çalışmaya alınmamıştır. Son 3 aydır ilaç değişikliği olmayan, özgül fobi ve kumar oynama bozukluğu haricinde komorbid psikiyatrik tanısı olmayan, Hamilton Depresyon Değerlendirme ve Young Mani ölçeklerinden üçün altında skor alan hastaların çalışmaya alınması ve sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınırken SCID ile psikiyatrik tanısı olan kişilerin çalışma dışı tutulması ile eşik altı ve/veya afektif semptomlarla beraber başka psikiyatrik tanılara bağlı semptomların sonuçlara etki etmesi engellenmeye çalışılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Remisyondaki BB hastaları ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında BB grubunun daha düşük ZK becerileri daha yüksek irritabilite, daha düşük psikolojik esneklik, daha düşük değer odaklı davranışlar ve daha kötü sosyal işlevsellik gösterdikleri görülmüştür.

Hasta grubunda GZOT ile sosyal işlevsellik skorları arasında anlamlı ilişkili görülmemiş, GZOT skorlarının sosyal işlevsellik skorları üzerinde yordayıcı etkisi gösterilememiştir. Sağlıklı grupta ise GZOT sosyal işlevselliği yordamaktadır. Hasta grubunda bu ilişkinin olmaması bu grupta sosyal işlevselliği yordayan başka özelliklerin olabileceğini göstermektedir.

Hasta grubunda irritabilite düzeyleri ile psikolojik esneklik, değer odaklı davranışlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Değer odaklı davranışlar ve psikolojik esneklik ile sosyal işlevsellik arasında da anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Bipolar 1 bozukluk ve bipolar 2 bozukluk hastaları arasında değer odaklı davranışlar açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir.

ZK becerilerindeki bozulma ve ZK ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkide mevcut literatürde bulunan farklılıkların açıklanması açısından da başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre BB hastalarında sağlıklı kontrollere göre gösterilen farklılıklar BB hastaları için potansiyel öneme sahip olabilir ve bu farklılıkların hastaların tedavi ve takip süreçlerinde potansiyel önemleri bulunmaktadır.

Sosyal kognisyon ve etkileşim eğitimi ile BB ve şizoafektif bozukluk hastalarında ZK becerilerinde ve depresif semptomlarda fayda gösterilmiştir(65). Çalışmamızda anlamlı ilişki kurulmasa da sosyal işlevselliğe yönelik potansiyel yeri olan ZK becerilerinin geliştirilmesi açısından belirli hasta gruplarında bu gibi müdahalelerin önemli bir yeri olabilir. Bu alanda daha çok araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla birlikte depresyon ve maninin ölçekler ile taranan semptomları açısından ciddi anlamda düşük puan alan hastalarda psikolojik esneklik ve değer odaklı davranışlarda sağlıklı kontrollere göre belirgin farklılıklar görülmesi bu hasta grubunda psikolojik esneklik üzerine yapılacak müdahalelerin potansiyel faydaları olabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC2013.
2. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet*. 2013;381(9878):1654-62.
3. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord*. 2007;9(1-2):103-13.
4. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Ustun TB, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry*. 2011;16(12):1234-46.
5. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-51.
6. Nivoli AM, Pacchiarotti I, Rosa AR, Popovic D, Murru A, Valenti M, et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J Affect Disord*. 2011;133(3):443-9.
7. Phillips ML, Ladouceur CD, Drevets WC. A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Molecular psychiatry*. 2008;13(9):833-57.
8. Grande I, Goikolea JM, de Dios C, González-Pinto A, Montes JM, Saiz-Ruiz J, et al. Occupational disability in bipolar disorder: analysis of predictors of being on severe disablement benefit (PREBIS study data). *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(5):403-11.
9. Caletti E, Paoli RA, Fiorentini A, Cigliobianco M, Zugno E, Serati M, et al. Neuropsychology, social cognition and global functioning among bipolar, schizophrenic patients and healthy controls: preliminary data. *Front Hum Neurosci*. 2013;7:661.
10. Gardner HH, Kleinman NL, Brook RA, Rajagopalan K, Brizee TJ, Smeeding JE. The economic impact of bipolar disorder in an employed population from an employer perspective. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1209-18.
11. Astington JW, Harris PL, Olson DR. Developing theories of mind: CUP Archive; 1988.
12. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychol Med*. 2016;46(2):253-64.
13. Bora E, Özerdem A. Social cognition in first-degree relatives of patients with bipolar disorder: A meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*. 2017;27(4):293-300.
14. Dodd S, Kulkarni J, Berk L, Ng F, Fitzgerald P, De Castella A, et al. A prospective study of the impact of subthreshold mixed states on the 24-month clinical outcomes of bipolar I disorder or schizoaffective disorder. *Journal of affective disorders*. 2010;124(1-2):22-8.
15. Goldberg JF, Perlis RH, Bowden CL, Thase ME, Miklowitz DJ, Marangell LB, et al. Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry*. 2009;166(2):173-81.
16. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180-98.
17. Gaudiano BA, Wenze SJ, Weinstock LM, Tezanos KM, Miller IW. Valued Living and Its Relationship to Medication Adherence in Patients with Bipolar and Comorbid Substance Use Disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(3):178-81.
18. Sole B, Bonnin CM, Mayoral M, Amann BL, Torres I, Gonzalez-Pinto A, et al. Functional remediation for patients with bipolar II disorder: improvement of functioning and subsyndromal symptoms. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25(2):257-64.
19. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):260-5.

20. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Nosologie. 1. Auflage Akademie Verlag, Berlin; 1957.
21. Leonhard K. Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology: Springer Science & Business Media; 1999.
22. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):791-8.
23. Martinowich K, Schloesser RJ, Manji HK. Bipolar disorder: from genes to behavior pathways. *J Clin Invest*. 2009;119(4):726-36.
24. Konopaske GT, Lange N, Coyle JT, Benes FM. Prefrontal cortical dendritic spine pathology in schizophrenia and bipolar disorder. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(12):1323-31.
25. Phillips ML, Vieta E. Identifying functional neuroimaging biomarkers of bipolar disorder: toward DSM-V. *Schizophrenia bulletin*. 2007;33(4):893-904.
26. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012;379(9820):1045-55.
27. Cardoso de Almeida JR, Phillips ML. Distinguishing between unipolar depression and bipolar depression: current and future clinical and neuroimaging perspectives. *Biol Psychiatry*. 2013;73(2):111-8.
28. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158(8):1265-70.
29. Berk M, Dodd S, Callaly P, Berk L, Fitzgerald P, de Castella AR, et al. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *J Affect Disord*. 2007;103(1-3):181-6.
30. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE, Jr., Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(3):420-6.
31. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*. 2002;47(2):125-34.
32. Manning JS. Bipolar disorder in primary care. *J Fam Pract*. 2003;Suppl:S6-9.
33. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(2):161-74.
34. Correa R, Akiskal H, Gilmer W, Nierenberg A, Trivedi M, Zisook S. Is unrecognized bipolar disorder a frequent contributor to apparent treatment resistant depression? *Journal of affective disorders*. 2010;127(1-3):10-8.
35. Vieta E, Suppes T. Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disord*. 2008;10(1 Pt 2):163-78.
36. Fiedorowicz JG, Palagummi NM, Forman-Hoffman VL, Miller DD, Haynes WG. Elevated prevalence of obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular risk factors in bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2008;20(3):131-7.
37. Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X, Pincus HA, Shad M, Salloum I, et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2004;6(5):368-73.
38. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*. 2002;68(2-3):167-81.
39. Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord*. 2013;15(5):457-90.
40. Schaffer A, Isometsa ET, Tondo L, D HM, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17(1):1-16.
41. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*. 2005;46 Suppl 4:8-13.
42. Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, et al. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2010;25(1):1-16.
43. Torrent C, Bonnin Cdel M, Martinez-Aran A, Valle J, Amann BL, Gonzalez-Pinto A, et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(8):852-9.
44. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;188:488-9.

45. Ng F, Mammen OK, Wilting I, Sachs GS, Ferrier IN, Cassidy F, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) consensus guidelines for the safety monitoring of bipolar disorder treatments. *Bipolar Disord.* 2009;11(6):559-95.
46. Karamustafahoğlu O. Temel ve klinik psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri. 2018.
47. Harvey PD, Penn D. Social cognition: the key factor predicting social outcome in people with schizophrenia? *Psychiatry (Edmont).* 2010;7(2):41-4.
48. de Siqueira Rotenberg L, Khafif TC, Miskowiak KW, Lafer B. Social cognition and bipolar disorder: pending questions and unexplored topics. *Braz J Psychiatry.* 2022;44(6):655-63.
49. Hunt C, Borgida E, Lavine H. Social Cognition. *Encyclopedia of Human Behavior* 2012. p. 456-62.
50. Van Overwalle F. Social cognition and the brain: a meta-analysis. *Hum Brain Mapp.* 2009;30(3):829-58.
51. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia bulletin.* 2008;34(6):1211-20.
52. Buck BE, Healey KM, Gagen EC, Roberts DL, Penn DL. Social cognition in schizophrenia: factor structure, clinical and functional correlates. *Journal of Mental Health.* 2016;25(4):330-7.
53. Van Hooren S, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, à Campo J, Mengelers R, et al. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophrenia Research.* 2008;103(1-3):257-65.
54. Emery NJ. The evolution of social cognition. *The cognitive neuroscience of social behaviour.* New York, NY, US: Psychology Press; 2005. p. 115-56.
55. Carpenter M, Nagell K, Tomasello M. Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1998;63(4):i-vi, 1-143.
56. Kilford EJ, Garrett E, Blakemore SJ. The development of social cognition in adolescence: An integrated perspective. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;70:106-20.
57. Lahera G, Ruiz-Murugarren S, Iglesias P, Ruiz-Bennasar C, Herreria E, Montes JM, et al. Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(2):135-41.
58. Lembke A, Ketter TA. Impaired recognition of facial emotion in mania. *Am J Psychiatry.* 2002;159(2):302-4.
59. Varo C, Sole B, Jimenez E, Bonnin CM, Torrent C, Valls E, et al. Identifying social cognition subgroups in euthymic patients with bipolar disorder: a cluster analytical approach. *Psychol Med.* 2022;52(1):159-68.
60. Szmulewicz AG, Lomastro MJ, Valerio MP, Igoa A, Martino DJ. Social cognition in first episode bipolar disorder patients. *Psychiatry Res.* 2019;272:551-4.
61. Bora E, Ozerdem A. Meta-analysis of longitudinal studies of cognition in bipolar disorder: comparison with healthy controls and schizophrenia. *Psychol Med.* 2017;47(16):2753-66.
62. Kjaerstad HL, Mistarz N, Coello K, Stanislaus S, Melbye SA, Harmer CJ, et al. Aberrant cognition in newly diagnosed patients with bipolar disorder and their unaffected relatives. *Psychological Medicine.* 2020;50(11):1808-19.
63. Miskowiak KW, Kjaerstad HL, Meluken I, Petersen JZ, Maciel BR, Köhler CA, et al. The search for neuroimaging and cognitive endophenotypes: a critical systematic review of studies involving unaffected first-degree relatives of individuals with bipolar disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2017;73:1-22.
64. Furlong LS, Rossell SL, Caruana GF, Cropley VL, Hughes M, Van Rheenen TE. The activity and connectivity of the facial emotion processing neural circuitry in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorders.* 2021;279:518-48.
65. Lahera G, Benito A, Montes JM, Fernandez-Liria A, Olbert CM, Penn DL. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2013;146(1):132-6.
66. Haffner P, Quinlivan E, Fiebig J, Sondergeld LM, Strasser ES, Adli M, et al. Improving functional outcome in bipolar disorder: A pilot study on metacognitive training. *Clin Psychol Psychother.* 2018;25(1):50-8.
67. Baron-Cohen S, Bowen DC, Holt RJ, Allison C, Auyeung B, Lombardo MV, et al. The "Reading the Mind in the Eyes" Test: Complete Absence of Typical Sex Difference in ~400 Men and Women with Autism. *PLoS One.* 2015;10(8):e0136521.
68. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain sciences.* 1978;1(4):515-26.

69. Astington JW, Gopnik A. Theoretical explanations of children's understanding of the mind. *British Journal of Developmental Psychology*. 1991;9(1):7-31.
70. Walter H. Social cognitive neuroscience of empathy: Concepts, circuits, and genes. *Emotion Review*. 2012;4(1):9-17.
71. Jolly A. Lemur Social Behavior and Primate Intelligence: The step from prosimian to monkey intelligence probably took place in a social context. *Science*. 1966;153(3735):501-6.
72. Humphrey NK. The social function of intellect. 1976.
73. Alexander R. The biology of moral systems: Routledge; 1987.
74. Cosmides L, Tooby J. Evolutionary psychology and the generation of culture, part II: Case study: A computational theory of social exchange. *Ethology and sociobiology*. 1989;10(1-3):51-97.
75. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*. 1985;21(1):37-46.
76. Baron-Cohen S. Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*. 2001;34(1):74-183.
77. Sugiyama LS, Tooby J, Cosmides L. Cross-cultural evidence of cognitive adaptations for social exchange among the Shiwiari of Ecuadorian Amazonia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2002;99(17):11537-42.
78. Di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Rizzolatti G. Understanding motor events: a neurophysiological study. *Experimental brain research*. 1992;91:176-80.
79. Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Kaube H, Dolan RJ, Frith CD. Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*. 2004;303(5661):1157-62.
80. Iacoboni M, Mazziotta JC. Mirror neuron system: basic findings and clinical applications. *Ann Neurol*. 2007;62(3):213-8.
81. Iacoboni M. Mesial frontal cortex and super mirror neurons. *Behavioral and Brain Sciences*. 2008;31(1):30-.
82. Järveläinen J, Schürmann M, Hari R. Activation of the human primary motor cortex during observation of tool use. *Neuroimage*. 2004;23(1):187-92.
83. Nishitani N, Hari R. Viewing lip forms: cortical dynamics. *Neuron*. 2002;36(6):1211-20.
84. Umiltà MA, Kohler E, Gallese V, Fogassi L, Fadiga L, Keysers C, et al. I know what you are doing: A neurophysiological study. *Neuron*. 2001;31(1):155-65.
85. Fogassi L, Ferrari PF, Gesierich B, Rozzi S, Chersi F, Rizzolatti G. Parietal lobe: from action organization to intention understanding. *Science*. 2005;308(5722):662-7.
86. Iacoboni M, Molnar-Szakacs I, Gallese V, Buccino G, Mazziotta JC, Rizzolatti G. Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS biology*. 2005;3(3):e79.
87. Damasio AR. *Descartes' error*: Random House; 2006.
88. Frith U, Morton J, Leslie AM. The cognitive basis of a biological disorder: autism. *Trends Neurosci*. 1991;14(10):433-8.
89. Happé FG. An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of autism and Developmental disorders*. 1994;24(2):129-54.
90. Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*. 1983;13(1):103-28.
91. Wellman HM, Cross D, Watson J. Meta-analysis of theory-of-mind development: the truth about false belief. *Child Dev*. 2001;72(3):655-84.
92. Perner J, Wimmer H. "John thinks that Mary thinks that..." attribution of second-order beliefs by 5-to 10-year-old children. *Journal of experimental child psychology*. 1985;39(3):437-71.
93. Baron-Cohen S. The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989;30(2):285-97.
94. Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*. 1999;29(5):407-18.
95. Jolliffe T, Baron-Cohen S. The Strange Stories Test: a replication with high-functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*. 1999;29(5):395-406.
96. Hughes C. *Social understanding and social lives: From toddlerhood through to the transition to school*: Psychology Press; 2011.
97. Apperly IA. What is "theory of mind"? Concepts, cognitive processes and individual differences. *Q J Exp Psychol (Hove)*. 2012;65(5):825-39.
98. Frith CD. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia (Classic Edition)*: Psychology press; 2015.

99. Harrington L, Siegert RJ, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cogn Neuropsychiatry*. 2005;10(4):249-86.
100. Malhi G, editor *Modern management of bipolar disorder 5. Highlights from the 7th International Conference on Bipolar Disorder*; 2007.
101. Gallagher HL, Frith CD. Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends Cogn Sci*. 2003;7(2):77-83.
102. Espinos U, Fernandez-Abascal EG, Ovejero M, Lahera G. Social cognition in first-degree relatives of bipolar disorder: Theory of Mind and nonverbal sensitivity. *PLoS One*. 2021;16(3):e0246908.
103. Choudhary S, Subodh BN, Grover S. Social cognition in siblings of patients with bipolar disorders. *Ind Psychiatry J*. 2021;30(1):157-64.
104. Cusi AM, Macqueen GM, McKinnon MC. Patients with bipolar disorder show impaired performance on complex tests of social cognition. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):258-64.
105. Wolf F, Brune M, Assion HJ. Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2010;12(6):657-66.
106. Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord*. 2003;73(3):253-9.
107. Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S. Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *J Affect Disord*. 2004;82(3):403-9.
108. Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, Dziobek I, Heekeren HR, Heinz A, et al. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):264-9.
109. Espinos U, Fernandez-Abascal EG, Ovejero M. Theory of mind in remitted bipolar disorder: Interpersonal accuracy in recognition of dynamic nonverbal signals. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222112.
110. Bora E, Vahip S, Gonul AS, Akdeniz F, Alkan M, Ogut M, et al. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(2):110-6.
111. Lahera G, Montes JM, Benito A, Valdivia M, Medina E, Mirapeix I, et al. Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? *Psychiatry Res*. 2008;161(3):309-17.
112. Halac E, Ciray RO, Turan S, Tuncturk M, Agac N, Elmas FN, et al. Impaired theory of mind and emotion recognition in pediatric bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2021;138:246-55.
113. Samame C, Martino DJ, Strejilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(4):266-80.
114. Navarra-Ventura G, Vicent-Gil M, Serra-Blasco M, Massons C, Crosas JM, Cobo J, et al. Group and sex differences in social cognition in bipolar disorder, schizophrenia/schizoaffective disorder and healthy people. *Compr Psychiatry*. 2021;109:152258.
115. Navarra-Ventura G, Vicent-Gil M, Serra-Blasco M, Cobo J, Fernandez-Gonzalo S, Goldberg X, et al. Higher order theory of mind in patients with bipolar disorder and schizophrenia/schizoaffective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;272(3):497-507.
116. Lemvigh CK, Karantonis JA, Furlong LS, Carruthers SP, Pantelis C, Rossell SL, et al. Characterization and interrelationships of theory of mind, socially competitive emotions and affective empathy in bipolar disorder. *Br J Clin Psychol*. 2022;61(1):76-92.
117. Martino DJ, Strejilevich SA, Fassi G, Marengo E, Igoa A. Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychiatry Res*. 2011;189(3):379-84.
118. Popolo R, Borsella I, Meschini L, Pianella U, Zampaglione G, Vinci G, et al. Cognitive theory of mind in bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and associations with function. *Psychiatry Research*. 2020;290.
119. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(3):163-70.
120. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(5):374-81.
121. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*. 1993;150(5):720-7.
122. Vlad M, Raucher-Ch  n   D, Henry A, Kaladjian A. Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection? *European Psychiatry*. 2018;52:116-25.
123. Purcell AL, Phillips M, Gruber J. In your eyes: does theory of mind predict impaired life functioning in bipolar disorder? *J Affect Disord*. 2013;151(3):1113-9.

124. Aydemir O, Akkaya C, Uykur B, Erol A. Effect of facial emotion recognition on subjective psychosocial functioning in bipolar patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(5):412-3.
125. Ospina L, Nitzburg G, Shanahan M, Perez-Rodriguez M, Larsen E, Latifoglu A, et al. Social cognition moderates the relationship between neurocognition and community functioning in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2018;235:7-14.
126. Schenkel LS, Chamberlain TF, Towne TL. Impaired Theory of Mind and psychosocial functioning among pediatric patients with Type I versus Type II bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2014;215(3):740-6.
127. Snaith RP, Taylor CM. Irritability: definition, assessment and associated factors. *Br J Psychiatry*. 1985;147:127-36.
128. Mangelli L, Fava GA, Grassi L, Ottolini F, Paolini S, Porcelli P, et al. Irritable mood in Italian patients with medical disease. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(3):226-8.
129. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133:429-35.
130. Beck A, Steer R, Brown G. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. Psychological assessment[Google Scholar]. 2014.
131. Hanwella R, de Silva VA. Signs and symptoms of acute mania: a factor analysis. *BMC psychiatry*. 2011;11(1):1-5.
132. Dilsaver SC, Chen YR, Shoaib AM, Swann AC. Phenomenology of mania: evidence for distinct depressed, dysphoric, and euphoric presentations. *Am J Psychiatry*. 1999;156(3):426-30.
133. Berk L, Hallam KT, Venugopal K, Lewis AJ, Austin DW, Kulkarni J, et al. Impact of irritability: a 2-year observational study of outpatients with bipolar I or schizoaffective disorder. *Bipolar Disord*. 2017;19(3):184-97.
134. Yuen LD, Shah S, Do D, Miller S, Wang PW, Hooshmand F, et al. Current irritability associated with hastened depressive recurrence and delayed depressive recovery in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2016;4(1):15.
135. Balázs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *Journal of affective disorders*. 2006;91(2-3):133-8.
136. Hunt JI, Case BG, Birmaher B, Stout RL, Dickstein DP, Yen S, et al. Irritability and elation in a large bipolar youth sample: relative symptom severity and clinical outcomes over 4 years. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(1):e110-7.
137. Clark MS, Taraban C. Reactions to and willingness to express emotion in communal and exchange relationships. *Journal of experimental social psychology*. 1991;27(4):324-36.
138. Shankman SA, Katz AC, Passarotti AM, Pavuluri MN. Deficits in emotion recognition in pediatric bipolar disorder: the mediating effects of irritability. *J Affect Disord*. 2013;144(1-2):134-40.
139. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal H, Coryell W, Fawcett J, Fiedorowicz JG, et al. Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *Journal of affective disorders*. 2012;138(3):440-8.
140. Johnson L, Lundström O, Åberg-Wistedt A, Mathé AA. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders*. 2003;5(2):129-37.
141. Luciano M, Steardo L, Jr., Sampogna G, Caivano V, Ciampi C, Del Vecchio V, et al. Affective Temperaments and Illness Severity in Patients with Bipolar Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(1).
142. Greenwood TA, Consortium BGS, Kelsoe JR. Genome-wide association study of irritable vs. elated mania suggests genetic differences between clinical subtypes of bipolar disorder. *PLoS One*. 2013;8(1):e53804.
143. Johansson AG, Nikamo P, Schalling M, Landen M. AKR1C4 gene variant associated with low euthymic serum progesterone and a history of mood irritability in males with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;133(1-2):346-51.
144. Valiengo LL, Soeiro-de-Souza MG, Marques AH, Moreno DH, Jurueña MF, Andreazza AC, et al. Plasma cortisol in first episode drug-naïve mania: differential levels in euphoric versus irritable mood. *J Affect Disord*. 2012;138(1-2):149-52.
145. Pae CU, Vohringer PA, Holtzman NS, Thommi SB, Patkar A, Gilmer W, et al. Mixed depression: a study of its phenomenology and relation to treatment response. *J Affect Disord*. 2012;136(3):1059-61.
146. Berk L, Berk M, Dodd S, Kelly C, Cvetkovski S, Jorm AF. Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. *BMC Med*. 2013;11:162.

147. Harris R. Kabul ve Kararlılık Terapisi ACT’i Kolay Öğrenmek (ACT Made Simple),(HT Karatepe & KF Yavuz, Çev. Ed.). İstanbul: Litera Yayıncılık. 2017.
148. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1-25.
149. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behav Ther.* 2016;47(6):869-85.
150. C AD, N SC, W JC, M S, M R, M B. A double-edged sword? Sub-types of psychological flexibility are associated with distinct psychiatric disorders. *J Res Pers.* 2018;77:119-25.
151. Karatepe HT, Aktepe M. Acceptance, Values and Mindfulness May Differentially Affect Functioning on Bipolar Disorder in Remission; A Single-Center Study.
152. Pankowski S, Adler M, Andersson G, Lindefors N, Svanborg C. Group acceptance and commitment therapy (ACT) for bipolar disorder and co-existing anxiety—an open pilot study. *Cognitive behaviour therapy.* 2017;46(2):114-28.
153. White RG, Gumley AI, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. Depression and anxiety following psychosis: Associations with mindfulness and psychological flexibility. *Behavioural and cognitive psychotherapy.* 2013;41(1):34-51.
154. Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record.* 2010;60:249-72.
155. Kent GH. Emergency battery of one-minute tests. *The Journal of Psychology.* 1942;13(1):141-64.
156. Porteus S. Recent maze test studies. *British Journal of Medical Psychology.* 1959;32(1):38-43.
157. Toğrol B. RB cattell zeka testinin 2a ve 2b formlari ile porteus labirenti zeka testinin 1300 Türk çocuğuna uygulanması. *Psikoloji Çalışmaları.* 1974;11:1-32.
158. First MB. Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The encyclopedia of clinical psychology.* 2014:1-6.
159. Elbir M, Alp Topbaş O, Bayad S, Kocabaş T, Topak Z, Çetin Ş, et al. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. 2019.
160. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23(1):56-62.
161. Akdemir A, Orsel S, Dag I, Turkcapar H, Iscan N, Ozbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDO)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi.* 1996;4(4):251-9.
162. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2001;13(2):107-14.
163. Holtzman S, O’Connor BP, Barata PC, Stewart DE. The Brief Irritability Test (BITe) A measure of irritability for use among men and women. *Assessment.* 2015;22(1):101-15.
164. Karadere ME, Çiftçi K, Elbay RY, Yılmaz H, Karatepe HT. The validity and reliability of the Turkish version of the Brief Irritability Test. *Alpha Psychiatry.* 2021;22(6):318.
165. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy.* 2011;42(4):676-88.
166. Meunier B, Atmaca S, Ayrancı E, Gökdemir BP, Uyar T, Baştuğ G. Psychometric properties of the Turkish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Journal of Evidence-Based Psychotherapies.* 2014;14(2):179-96.
167. Çekici F, AYDIN SÜNBÜL Z, Malkoç A, Aslan Gördesli M, Arslan R. DEĞER ODAKLI YAŞAM ÖLÇEĞİ: TÜRK KÜLTÜRÜNE UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. *Electronic Turkish Studies.* 2018;13(19).
168. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* 2007;3(1):1-8.
169. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği’nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2012;23(3):193-200.
170. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2001;42(2):241-51.

171. Yildirim EA, Kaşar M, Gdk M, Ateş E, Kkparlak İ, zalmete EO. Gözlerden zihin okuma testi'nin Trke gvenirlik alışması. *Trk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3):177-86.
172. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 1995;17(1):5-13.
173. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord*. 2007;9(1-2):126-43.
174. Ince B, Cansız A. Evaluation of Clinical Parameters of Patients with Bipolar Disorder According to Gender and Family History. *PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY*. 2020;30(3):89-98.
175. Morselli PL, Elgie R, Europe G. GAMIAN-Europe/BEAM survey I--global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disord*. 2003;5(4):265-78.
176. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord*. 2003;73(1-2):123-31.
177. Geoffroy PA, Etain B, Scott J, Henry C, Jamain S, Leboyer M, et al. Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: importance of the time of onset. *Journal of Physiology-Paris*. 2013;107(4):278-85.
178. Duman T, Ateşi F, Topak OZ, şendur İ, Tmkaya S, zel Oİ. Theory of mind and executive functions in bipolar disorder patients and their first-degree relatives. 2019.
179. de Siqueira Rotenberg L, Beraldi GH, Okawa Belizario G, Lafer B. Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020;54(8):783-96.
180. Charman T, Ruffman T, Clements W. Is there a gender difference in false belief development? *Social development*. 2002;11(1):1-10.
181. Turkstra LS, Mutlu B, Ryan CW, Despins Stafslien EH, Richmond EK, Hosokawa E, et al. Sex and gender differences in emotion recognition and theory of mind after TBI: a narrative review and directions for future research. *Frontiers in neurology*. 2020;11:59.
182. Ulusoy S, Yavuz KF, Erkıran M. Response styles and avoidance strategies in bipolar disorder and healthy controls: A comparative study. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2022.
183. Bingl HD. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda psikolojik esneklik dzeylerinin şemalar ve intihar dşncesi ile ilişkisi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2022.
184. Aktepe M. Bipolar bozukluk hastalarında psikolojik esneklik: Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eęt. ve Arř. Hastanesi 2016.
185. Vierck E, Joyce PR. Influence of personality and neuropsychological ability on social functioning and self-management in bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2015;229(3):715-23.
186. Barrera A, Vazquez G, Tannenhau L, Lolich M, Herbst L. Theory of mind and functionality in bipolar patients with symptomatic remission. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6(2):67-74.
187. Meyer K, Attar CH, Fiebig J, Stamm T, Bassett TR, Bauer M, et al. Boosting the Theory of Mind Network: Specific Psychotherapy Increases Neural Correlates of Affective Theory of Mind in Euthymic Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2023;8(5):572-80.
188. Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull*. 2012;38(5):1092-104.
189. Inoue Y, Yamada K, Kanba S. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *Journal of affective disorders*. 2006;95(1-3):125-7.
190. Harmer CJ, Grayson L, Goodwin GM. Enhanced recognition of disgust in bipolar illness. *Biological psychiatry*. 2002;51(4):298-304.

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU				
SAYI:		Tarih: 12.04.2023		
KONU: Etik Kurulu Kararı				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bipolar Bozukluk Remisyon Döneminde Zihin Kuramı Becerilerindeki Bozulmanın Sosyal İşlevsellik Üzerindeki Etkisi: İrritabilite, Psikolojik Esneklik ve Değer Odaklı Davranışların Rolü		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	TELEFON	316 570 91 90		
	FAKS	316 565 55 26		
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe- Dr. Kürşad Çiftçi- Uzm Dr. Ayşe Kurtulmuş Çalış		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözlemsel ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma	☒			
Retrospektif	☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	
			ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Version Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			
	OLGU RAPOR FORMU			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/0243	Tarih: 12.04.2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

YERİ
Etik Kurulu Başkanı
Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
İmza: (12.04.2023)

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 12.04.2023

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozukluk Remisyon Döneminde Zihin Kuramı Becerilerindeki Bozulmanın Sosyal İşlevsellik Üzerindeki Etkisi: İritabilite, Psikolojik Esneklik ve Değer Odaklı Davranışların Rolü
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
Başkanın Unvanı / Adı / Soyadı:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. İspal MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Ciroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Süleyman Dağdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☐	☒	☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Doç. Dr. Hacer Hıran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Dr Öğretim Üyesi Ergül Demirci	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Saliha Şahin	İşçi		☐	☒	☐	☒	☒	☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

T.C.S.B.
 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
 Etik Kurulu Başkanı
 Unvan / Adı / Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
 İmza:

EK 2. Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yürütülen "Bipolar Bozukluk Remisyon Döneminde Zihin Kuramı Becerilerindeki Bozulmanın Sosyal İşlevsellik Üzerindeki Etkisi: İrritabilite, Psikolojik Esneklik ve Değer Odaklı Davranışların Rolü" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz araştırmacıya sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsizsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmayla ilgili herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda Dr. Kürşad Çiftçi ile 0539 313 4120 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Çalışmada bipolar hastalarında zihin kuramı becerilerinin sosyal işlevsellik düzeyleriyle ilişkisi ve bu ilişkide değiştirici faktörlerin araştırılmasıdır
- Araştırmanın İçeriği: Çalışmaya alınan hastalarla bir görüşme yapılacaktır, görüşme sırasında size bazı sorular sorulacak ve araştırmacı tarafından bazı formlar doldurulacaktır. Ayrıca sizin de doldurmanız için toplam 32 soruluk formlar verilecektir. Araştırmacı formları doldururken size yardımcı olmak için yanınızda olacaktır. Görüşme ve formların doldurulması yaklaşık 1 saat sürecektir.
- Araştırmanın Nedeni: Uzmanlık tezi
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20 hafta
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 140

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Doç Dr. Hasan Turan Karatepe

İmzası:

EK 3. Sosyodemografik Bilgi Formu

AD SOYAD:

YAŞ:

CİNSİYET:

1.Kadın () 2.Erkek ()

MEDENİ DURUM:

1.Bekar() 2.Evli() 3.Boşanmış() 4.Dul()

EĞİTİM DURUMU

1.Okur yazar() 2.İlköğretim mezunu()

3.Lise mezunu() 4.Üniversite ve üzeri()

KİMLERLE YAŞADIĞI:

1.Yalnız () 2.Ebeveynleri ile()

3.Eş ve çocukları ile () 4.Diğer ()

KARDEŞ SAYISI:....

ÇALIŞMA DURUMU:

1.Çalışıyor () 2.Çalışmıyor() 3.Emekli ()

MESLEK:

(1)işsiz (2)ev hanımı (3)memur (4)işçi

(5)serbest (6)çiftçi (7)emekli

(8)öğrenci

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

EK TIBBİ HASTALIKLAR:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

-----Alttaki kısım araştırmacı tarafından doldurulacaktır-----

Bipolar Bozukluk İlk Tanı Yaşı:

Yatış Sayısı/Yılları/Atak Niteliği:

Mevcut Tedavi:

EK 4. Hamilton Depresyon Ölçeği

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

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

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işler bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok. Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
1. Hafif Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme
2. Ilımlı sindirim bozukluğu, kramp, geçirme
3. Şiddetli Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
4. Çok şiddetli Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çek sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrı kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.
8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
17. Durumu hakkında görüşü

EK 5. Young Mani Ölçeği

YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

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

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe

artan öfke veya kızgınlık atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor

4. Tehdide varacak derecede talepkar

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

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



EK 6. KENT EGY Zeka Testi

1. Evler neden yapılır?

Her malzeme için 1 puan (en fazla 4 puan ver)

2. Kum nerelerde kullanılır?

“Cam imalatı” için, 4 puan- “inşaat için” 2 puan

3. Eğer bir bayrak güneye doğru dalgalanıyorsa rüzgâr hangi taraftan esmektedir?

“Kuzeyden” 3 puan. Kısmi puan yok

4. Bana bazı balıkların (sahil çocuğu ise kuşların) adlarını söyleyiniz.

Dörde kadar her biri için 1 puan

5. Günün hangi zamanında gölgeniz en kısadır?

“Öğle vakti” cevabı için 2 puan

6. Bana bazı büyük şehirlerin adlarını söyler misiniz?

Dörde kadar her biri için 1 puan

7. Niçin ay yıldızlardan büyük görünür?

“Ay daha yakındır.” Cevabı için 2 puan. “daha yakındır.” 3 puan. “Yakın olan uzak olandan büyük görünür.” İçin 4 puan.

8. Mıknatıs hangi madeni çeker?

“Demir” 4 puan, “çelik”2 puan

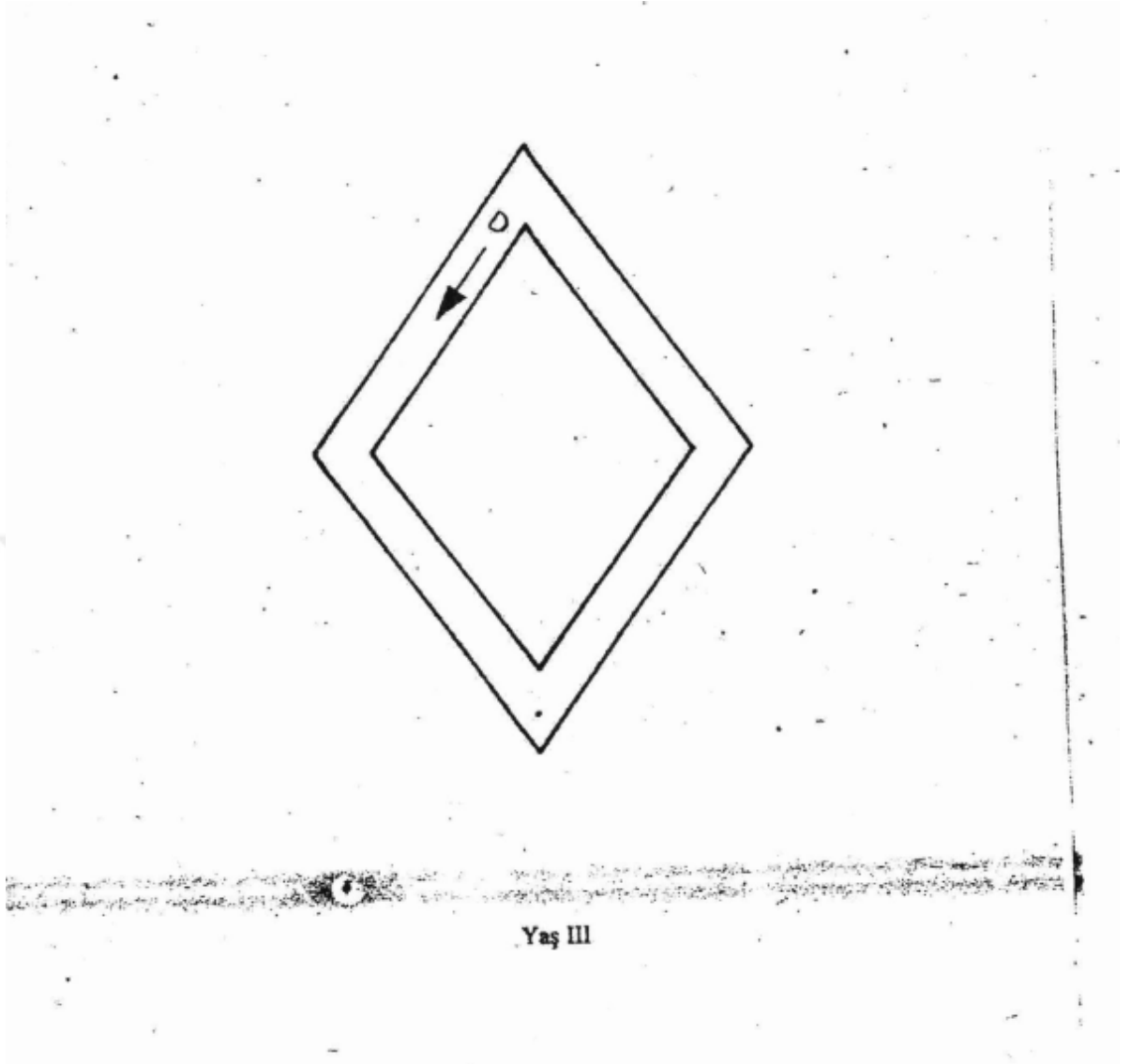
9. Eğer gölgeniz kuzey doğuya doğru düşerse güneş ne taraftadır?

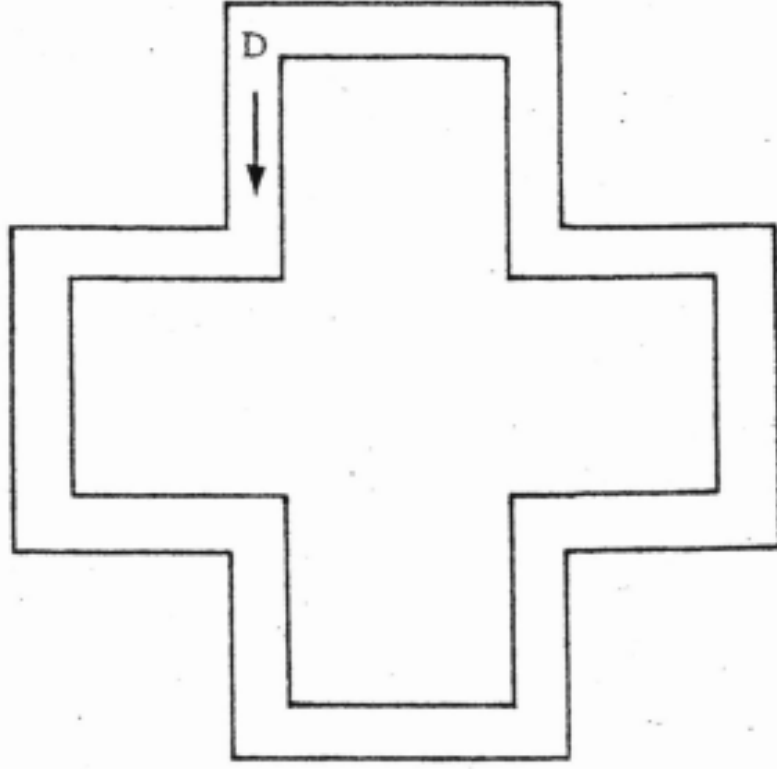
“Güneybatı” 4 puan. Kısmi puan yok.

10. Türk bayrağındaki yıldızın kaç ucu vardır?

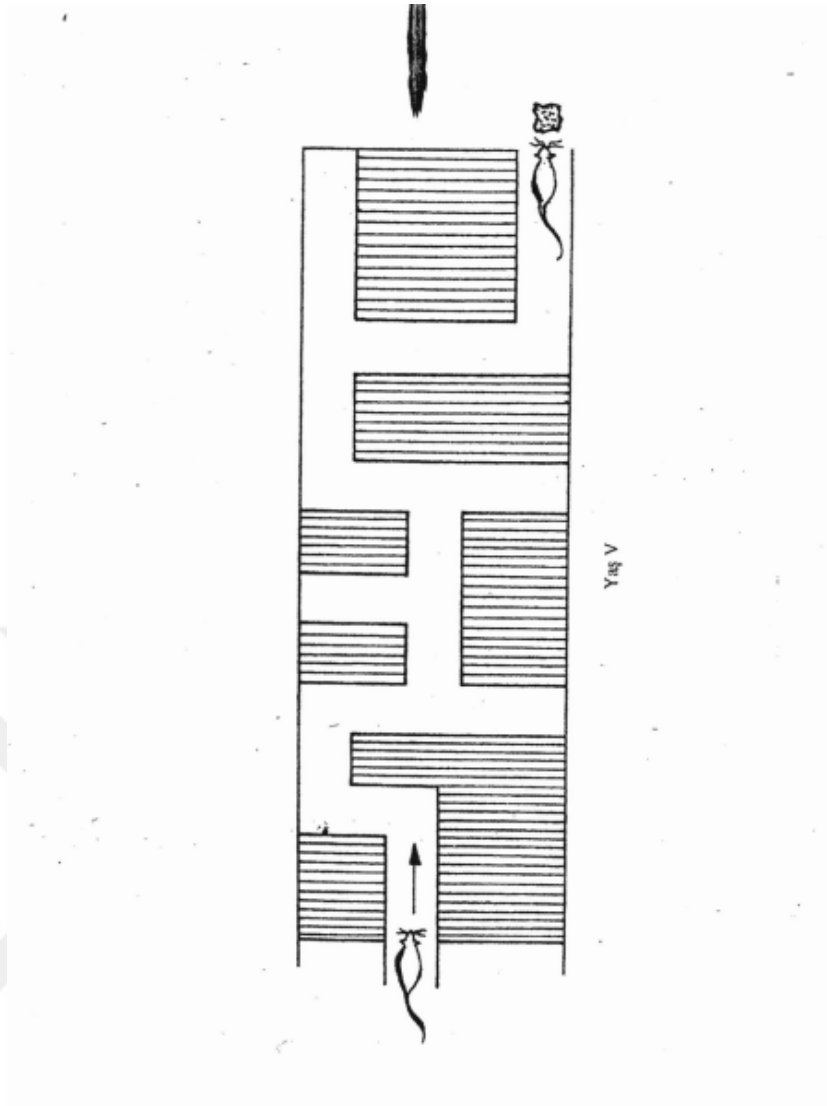
“5 köşeli” 3 puan. Kısmi puan yok.

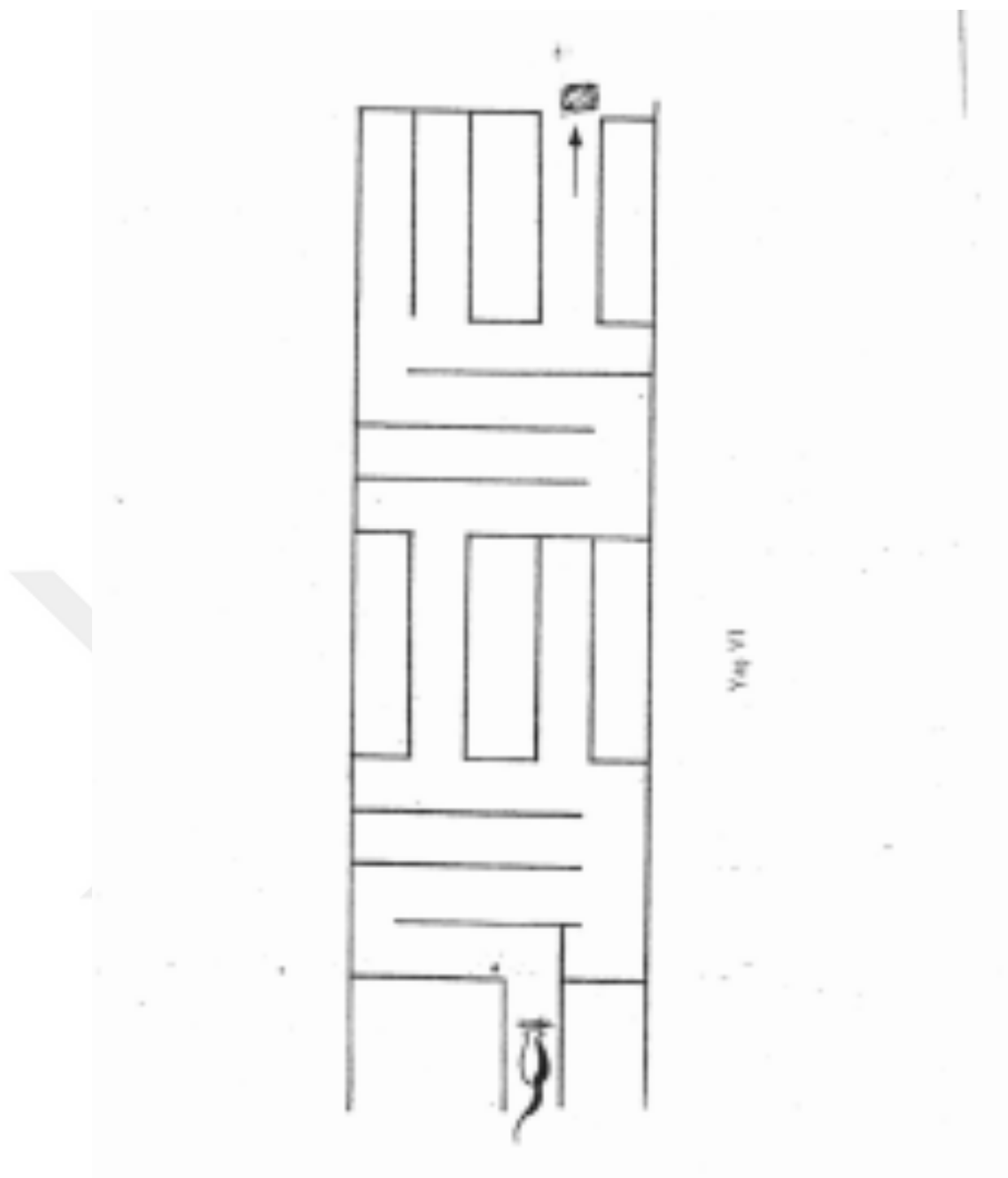
EK 7. Porteus Labirentleri Zeka Testi

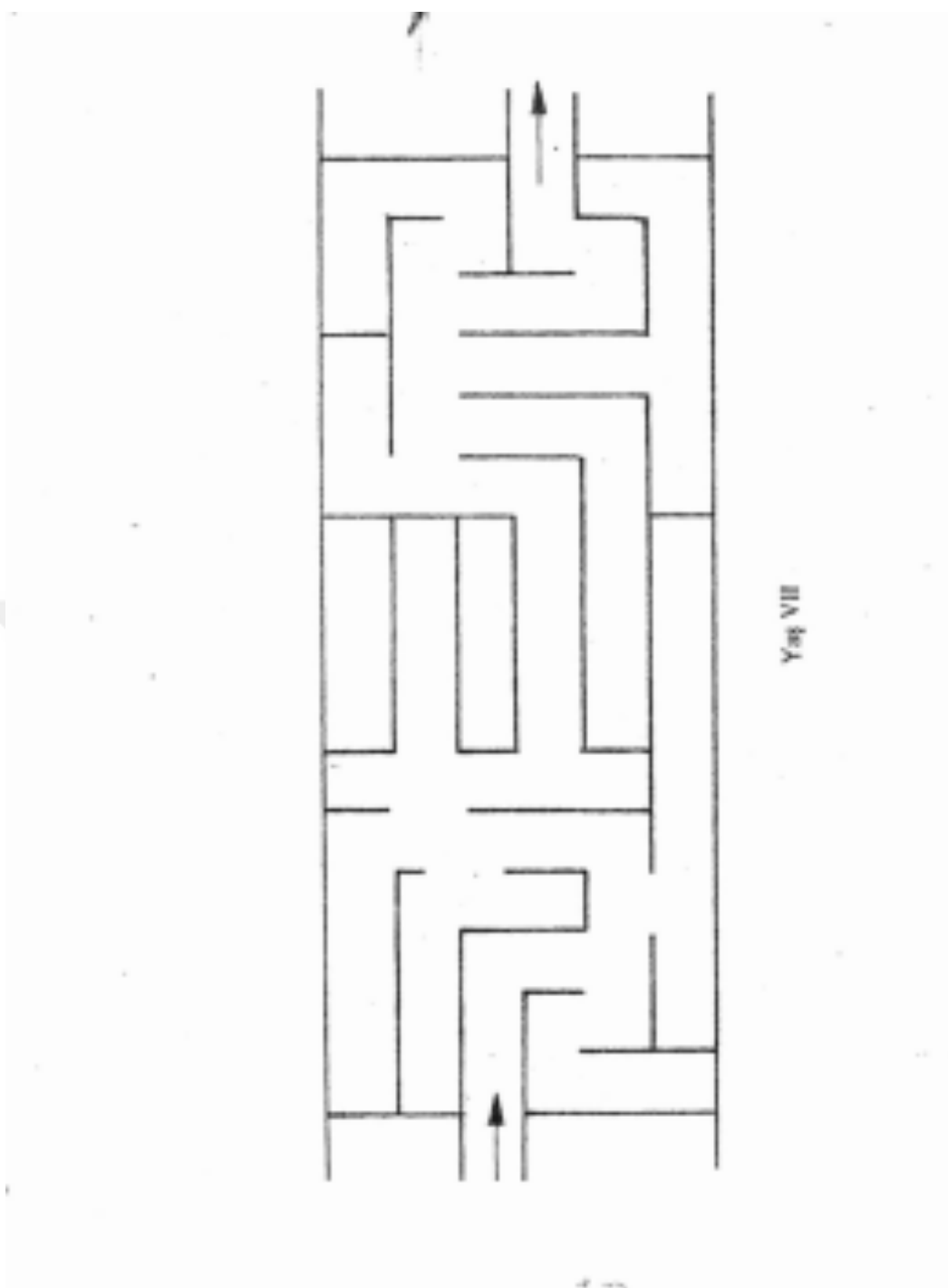


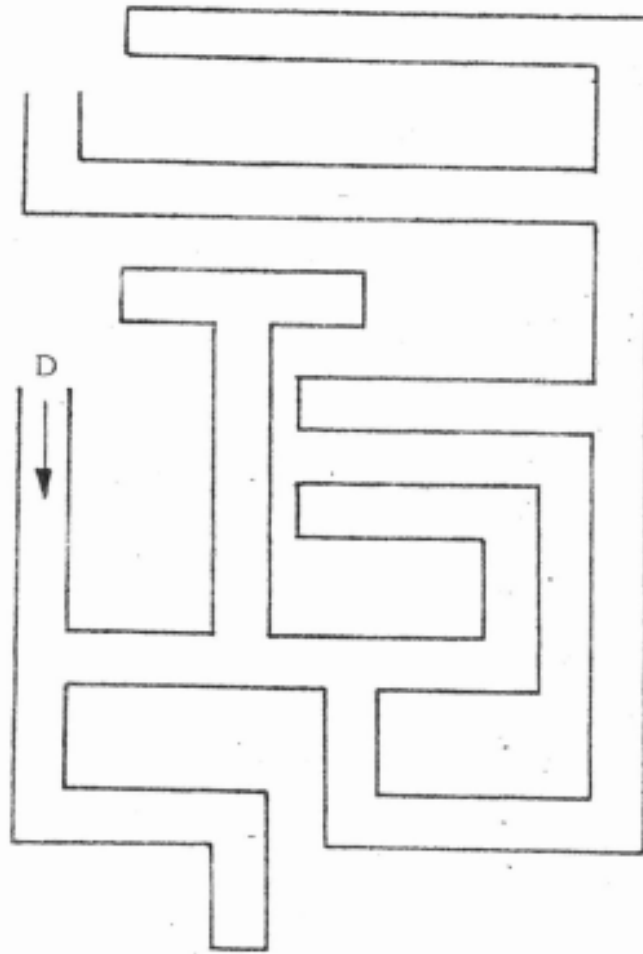


Yas IV

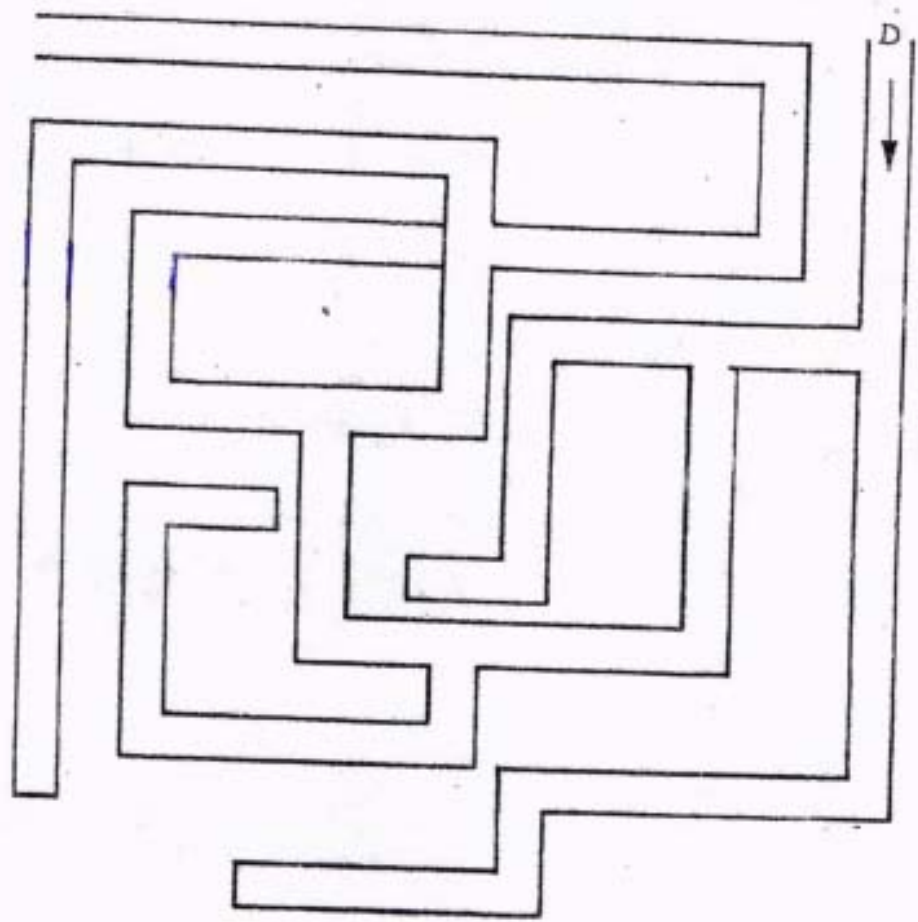




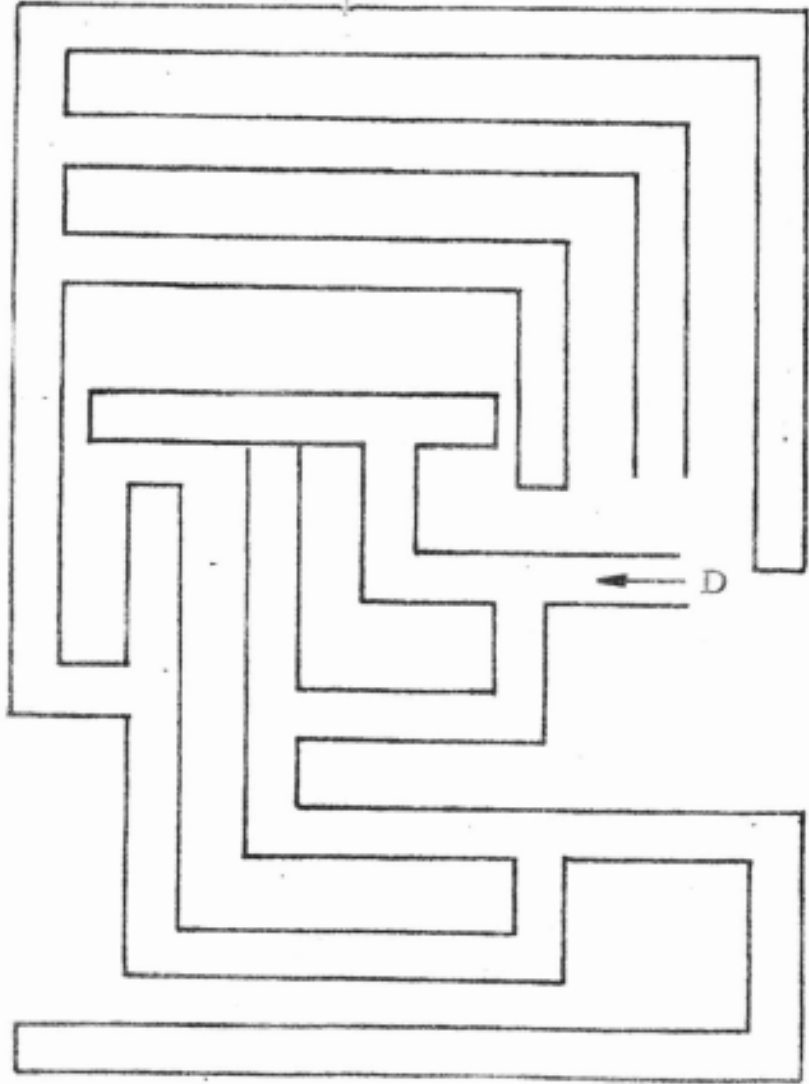




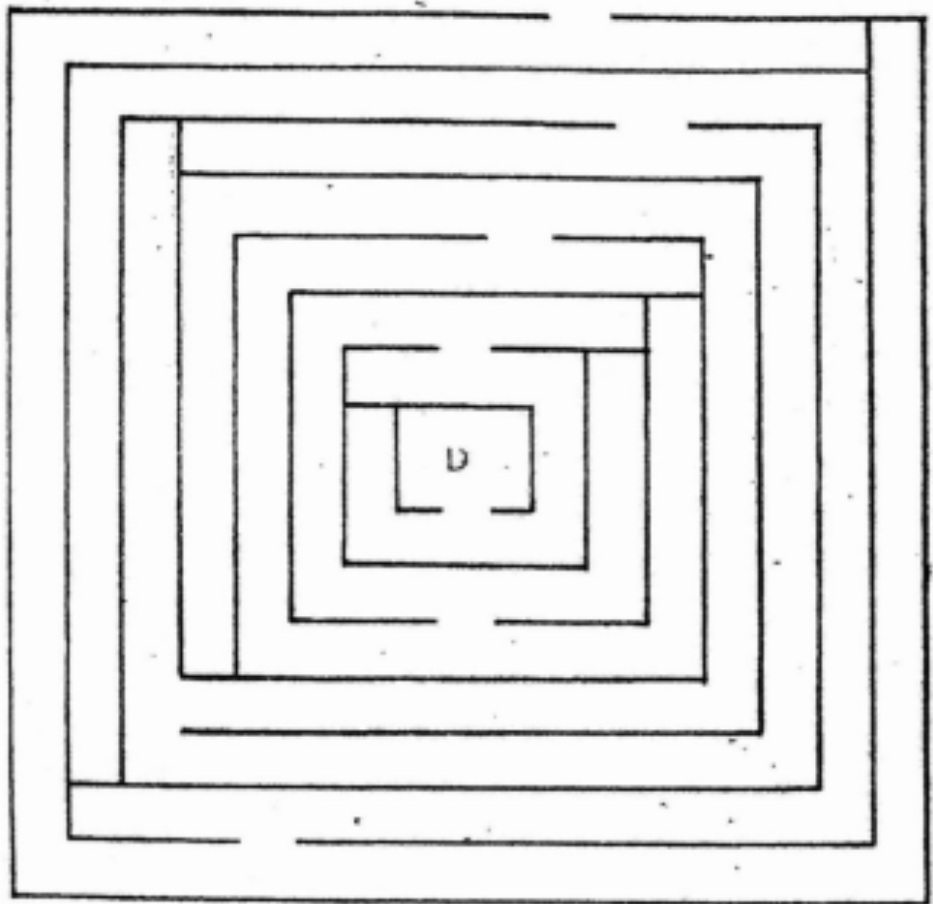
Yay VIII



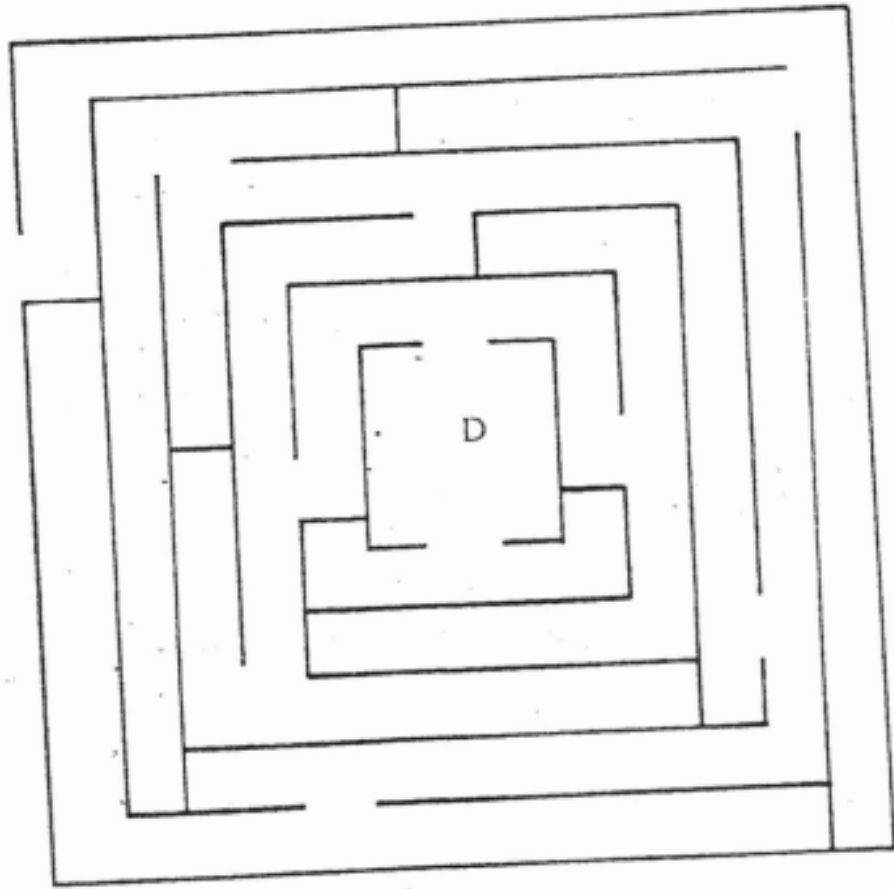
Yag IX



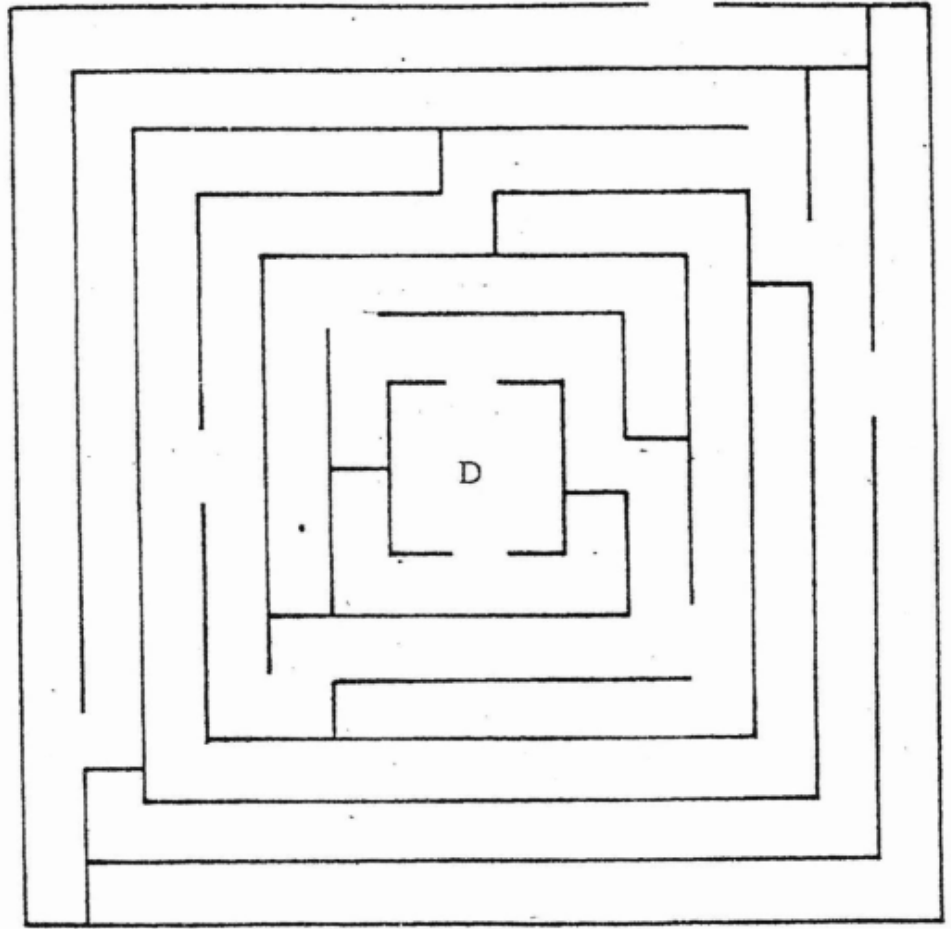
Yaş X



Yas XI



Yas XII



Yaş XIV

EK 8. SCID-5 Form

	Şu anda	Yaşam boyu
DUYGUDURUM EPİZODLARI		
Major depresif epizod		
Manik epizod		
Hipomanik Epizod		
Distimik bozukluk		
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu		
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu		
PSİKOTİK SEMPTOMLAR		
Hezeyanlar		
Hallüsinasyonlar		
Dezorganize konuşma ve davranış		
Katatonik davranış		
Negatif semptomlar		
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR		
Şizofreni		
Şizofreniform bozukluk		
Şizoaffektif bozukluk		
Sanrısız bozukluk		
Kısa psikotik bozukluk		
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk		
Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk		
Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk		
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI		
Bipolar I bozukluk		
Bipolar II bozukluk		
Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk		
Major depresif bozukluk		
Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk		
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI		
Alkol kullanım bozukluğu		
Sedatif/hipnotik anksiyolitik kullanım bozukluğu		
Kanabis kullanım bozukluğu		
Uyarıcı kullanım bozukluğu		
Opiyat kullanım bozukluğu		
Fensiklidin kullanım bozukluğu		
Başka halüsinojen kullanım bozukluğu		
Uçucular kullanım bozukluğu		
Diğer madde kullanım bozukluğu		
ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR		
Panik bozukluğu		
Agorafobi		
Toplumsal kaygı bozukluğu		
Yaygın anksiyete bozukluğu		
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ve TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU		
Obsesif-kompulsif bozukluk		
Travma sonrası stres bozukluğu		
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU		
Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu		
DİĞER BOZUKLUKLAR / TANI ÖLÇÜTÜ OLMADAN İÇERİLEN HASTALIKLAR		
Adet öncesi disfori bozukluğu		
Özgül fobi		
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu		
Biriktiricilik bozukluğu		
Beden algısı bozukluğu		
Trikotillomani		
Deri yolma bozukluğu		
Uykusuzluk bozukluğu		
Aşırı uykululuk bozukluğu		
Anoreksiya nevroza		
Bulimiya nevroza		
Kaçınan / kısıtlı yiyecek alımı		
Bedensel belirti bozukluğu		
Hastalık kaygısı bozukluğu		
Aralıklı patlayıcı bozukluk		
Kumar oynama bozukluğu	?	?
Uyum bozukluğu	+	+

EK 9. Kısa İrritabilite Testi

AÇIKLAMA: Aşağıdaki maddeler geçtiğimiz 2 haftada nasıl hissettiğinizi veya nasıl davrandığınızı tanımlamaktadır. Lütfen GEÇTİĞİMİZ 2 HAFTA -bugün dahil- ne sıklıkla bu şekilde hissettiğinizi veya davrandığınızı belirtiniz. Cevaplarınızı verirken çok uzun süre düşünmeyin. İlk aklınıza gelen yanıt büyük ihtimalle en doğru olanıdır.

1-Hiç

2- Nadiren

3- Bazen

4- Sık

5- Çok sık

6-Her zaman

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık	Her Zaman
1. Çok huysuz biriyim.						
2. Her an sinirlerime hakim olamayacakmışım gibi hissediyorum						
3. Diğer insanlar beni çok sinir ediyor						
4. Olaylar bana normalden çok daha fazla sıkıntı veriyor						
5. Kendimi asabi, sinirli hissediyorum.						

EK 10. Kabul ve Eylem Formu-2

KABUL VE EYLEM FORMU-2

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru
1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.						1 2 3 4 5 6 7
2. Hislerimden korkarım.						1 2 3 4 5 6 7
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.						1 2 3 4 5 6 7
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.						1 2 3 4 5 6 7
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar						1 2 3 4 5 6 7
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.						1 2 3 4 5 6 7
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor						1 2 3 4 5 6 7

EK 11. Değer Odaklı Yaşam Ölçeği

Değerler Odaklı Yaşam Ölçeği (DOYÖ)- Kişisel Önem Değerlendirmesi Bölüm 1

Aşağıda insanlar tarafından değer verilen yaşam alanları yer almaktadır. Bu anket, her bir yaşam alanı için yaşam kalitenizi anlamamızı sağlayacaktır. Yaşam kalitesinin önemli bir boyutu da yaşamınızın farklı alanlarına verdiğiniz önemdir. Her bir yaşam alanının sizin için önemini 1-10 arası numaralandırılmış ölçümü kullanarak derecelendiriniz. '1' o yaşam alanının sizin için 'hiç önemli olmadığı' anlamına gelmektedir. '10' o yaşam alanı sizin için 'oldukça önemli' anlamına gelmektedir. Bu yaşam alanları herkes için önemli olmayabilir ya da herkes bu değerlere aynı oranda önem vermeyebilir. Her bir alanı **kendi kişisel önem duygunuza** göre derecelendiriniz.

Alan:	Hiç önemli değil					Oldukça Önemli				
1) Aile (köken aile)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2) Evlilik / Çiftler/ Yakın ilişkiler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3) Ebeveynlik	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4) Arkadaşlar/Sosyal çevre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5) İş	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6) Eğitim /Öğretim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7) Dinlenme /eglenme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8) Maneviyat/yaşamda anlam ve amaç	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9) Vatandaşlık/ Toplumsal Yaşam	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10) Fiziksel öz-bakım (beslenme/ egzersiz/hareket dinlenme/uyku)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Düşünceleriniz:
Nasıl hissettiniz? Sizi şaşırtan yaşam alanları oldu mu?

Değerler Odaklı Yaşam Ölçeği Kişisel Önem Değerlendirmesi Bölüm 2

Bu bölümde, davranışlarınızın sahip olduğunuz değerlerle ne ölçüde tutarlı olduğunu derecelendiriniz. Burada her bir yaşam alanı için idealinizdeki durumu sormuyoruz. Aynı zamanda, başkalarının sizin için neler düşündüğünü de sormuyoruz. Herkes bazı alanlarda diğer alanlardan daha iyi olabilir. Ayrıca insanlar herhangi bir yaşam alanı için bazı zamanlarda daha iyi olabilir. Lütfen **geçtiğimiz 1 hafta boyunca neler yaptığınızı düşünerek yanıtlarınızı veriniz**. Her bir yaşam alanınızı 1-10 arası numaralandırılmış ölçümü kullanarak derecelendiriniz (yuvarlak içerisine alınız). '1' davranışlarınızın değerlerinizle 'hiç tutarlı olmadığı' anlamına gelmektedir. '10' davranışlarınızın değerlerinizle 'tamamen tutarlı' olduğu anlamına gelmektedir.

Geçtiğimiz 1 hafta boyunca...

Alan:	Değerlerimle hiç tutarlı değil					Değerlerimle tamamen tutarlı				
1) Aile (evlilik ya da ebeveynlik dışında)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2) Evlilik / Çiftler/ Yakın ilişkiler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3) Ebeveynlik	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4) Arkadaşlar/Sosyal çevre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5) İş	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6) Eğitim /Öğretim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7) Dinlenme /eglenme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8) Maneviyat/yaşamda anlam ve amaç	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9) Vatandaşlık/ Toplumsal Yaşam	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10) Fiziksel öz-bakım (beslenme/ egzersiz/hareket dinlenme/uyku)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EK 12. Gözlerden Zihin Okuma Testi

T kıskanç	paniklemiş	kibirli	nefret dolu
1 neşeli	teselli eden	rahatsız	sıkılmış
2 korkmuş	üzüntülü	kibirli	kızgın
3 şakacı	telaşlı	arzulu	ikna olmuş
4 şakacı	ısrarcı	keyifli	gevşemiş
5 rahatsız	iğneleyici	endişeli	arkadaş canlısı
6 donakalmış	hayal kuran	sabırsız	diken üstünde
7 özür dileyen	arkadaş canlısı	tedirgin	şevksiz
8 kötümser	rahatlamış	utangaç	heyecanlı
9 kızgın	düşmanca	dehşete düşmüş	zihni meşgul
10 temkinli	ısrarcı	sıkılmış	donakalmış
11 korkmuş	keyifli	pişman	işveli
12 aldırılmaz	mahcup	şüpheli	şevksiz
13 kararlı	bekleyen	tehditkar	utangaç
14 rahatsız	hayal kırıklığına uğramış	keyifsiz	suçlayıcı
15 mütefekkir	telaşlı	cesaret veren	keyifli
16 rahatsız	düşünceli	cesaret veren	cana yakın
17 şüphelenmiş	şefkatli	neşeli	donakalmış
18 kararlı	keyifli	donakalmış	sıkılmış
19 baskın	arkadaş canlısı	suçlu	dehşete düşmüş
20 zihni meşgul	minnettar	ısrarcı	yalvaran
21 memnun	özür dileyen	küstah	ilgili
22 tereddütlü	rahatsız	heyecanlı	düşmanca
23 diken üstünde	utangaç	düşmanca	gergin
24 şakacı	temkinli	kibirli	güven verici
25 merak eden	şakacı	şefkatli	memnun
26 sabırsız	donakalmış	rahatsız	dalgın
27 minnettar	işveli	düşmanca	hayal
kırıklığına uğramış			
28 utanmış	kendinden emin	şakacı	şevksiz
29 ciddi	utanmış	şaşırmış	diken üstünde
30 mahcup	suçlu	hayal kuran	kaygılı
31 donakalmış	hayrete düşmüş	güvenilmez	korkmuş
32 utanmış	sinirli	kuşkucu	kararsız

kıskanç

paniklemiş



kibirli

nefret dolu

neşeli

teselli eden



rahatsız

sıkılmış

korkmuş

üzüntülü



kibirli

kızgın

şakacı

telaşlı



arzulu

ikna olmuş

şakacı

ısrarcı



keyifli

gevşemiş

rahatsız

iğneleyici



endişeli

arkadaş canlısı

donakalmış

hayal kuran



sabırsız

diken üstünde

özür dileyen

arkadaş canlısı



tedirgin

şevksiz

kötümser

rahatlamış



utangaç

heyecanlı

kızgın

düşmanca



dehşete düşmüş

zihni meşgul

temkinli

ısrarcı



sıkılmış

donakalmış

korkmuş

keyifli



pişman

işveli

aldırmaz

maıcup



řüpheci

şevksiz

kararlı

bekleyen



tehditkar

utangaç

rahatsız

hayal kırıklığına uğramış



keyifsiz

suçlayıcı

mütefekkir

telaşı



cesaret veren

keyifli

rahatsız

düşünceli



cesaret veren

cana yakın

şüphelenmiş

şefkatli



neşeli

donakalmış

kararlı

keyifli



donakalmış

sıkılmış

baskın

arkadaş canlısı



suçlu

dehşete düşmüş

zihni meşgul

minnettar



ısrarcı

yalvaran

memnun

özür dileyen



küstah

ilgili

tereddütlü

rahatsız



heyecanlı

düşmanca

diken üstünde

utangaç



düşmanca

gergin

şakacı

temkinli



kibirli

güven verici

merak eden

şakacı



şefkatli

memnun

sabırsız

donakalmış



rahatsız

dalgın

minnettar

işveli



düşmanca

hayal kırıklığına uğramış

utanmış

kendinden emin



şakacı

şevksiz

utanmış



şasırmış

diken üstünde

mahcup

suçlu



hayal kuran

kaygılı

donakalmış

hayrete düşmüş



güvenilmez

korkmuş

utanmış

sinirli



kuşkucu

kararsız

EK 13. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır?

Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK 1. Evde sorumluluk üstlenme 2. Kendi başına yaşayabilme 3. Alışveriş yapabilme 4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK 5. Maaşlı bir işte çalışabilme 6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme 7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme 8. Mesleki kazanımlar elde etme 9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK 10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme 11. Akıldan hesap yapabilme 12. Bir problemi hakkıyla çözebilme 13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme 14. Yeni bilgiler öğrenebilme
MALİ KONULAR 15. Kendi parasını idare edebilme 16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER 17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme 18. Sosyal faaliyetlere katılabilmek 19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme 20. Ailesiyle birlikte yaşama 21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması 22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ 23. Egzersiz veya spor yapma 24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma

EK 14. Benzerlik Raporu

TEZKÜRŞAD-İ.docx		
ORIGINALITY REPORT		
5%		
SIMILARITY INDEX		
PRIMARY SOURCES		
1	acikerisim.gelisim.edu.tr Internet	161 words — 1%
2	Ergünay, Volkan. "Kolon Poliplerinin Demografik, Klinik ve Histopatolojik Özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	98 words — 1%
3	acikbilim.yok.gov.tr Internet	60 words — 1%
4	acikerisim.nku.edu.tr Internet	41 words — < 1%
5	Dagdelen, Fatih. "Obsesif Kompulsif Bozuklugu Olan Ergenlerde Zihin Kurami Becerileri", Bursa Uludag University (Turkey), 2022 ProQuest	39 words — < 1%
6	docplayer.biz.tr Internet	26 words — < 1%
7	acikerisim.uludag.edu.tr Internet	22 words — < 1%
8	Journal of Product & Brand Management, Volume 21, Issue 1 (2012-02-25) Publications	19 words — < 1%

9	tip.medeniyet.edu.tr Internet	18 words — < 1%
10	cms.galenos.com.tr Internet	17 words — < 1%
11	libratez.cu.edu.tr Internet	17 words — < 1%
12	gamzecuhadaroglu.com Internet	16 words — < 1%
13	tez.sdu.edu.tr Internet	15 words — < 1%
14	BALCI, Melih, ASLAN, Yılmaz, AYDIN, Ali Ömür, KAYALI, Mustafa, TUNCEL, Altuğ and ATAN, Ali. "Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması: Anket çalışması", Ortadoğu Reklam ve Yayıncılık A.Ş., 2012. Publications	12 words — < 1%
15	dspace.kocaeli.edu.tr:8080 Internet	10 words — < 1%
16	file.klinikpsikiyatri.org Internet	8 words — < 1%
17	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet	8 words — < 1%
18	Akkoyun, Ayse Zeynep. "Ozkiyim Girisiminde Bulunmus ve Bulunmamis Iki Uclu Bozukluk Hastalarinin Intihar Dusuncesi, Kaygi, Umutsuzluk ve Islevselik Duzeyleri Acisindan Karsilastirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2022 ProQuest	6 words — < 1%

EXCLUDE QUOTES ON
EXCLUDE BIBLIOGRAPHY ON

EXCLUDE SOURCES OFF
EXCLUDE MATCHES OFF