



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ÖTİMİK BİPOLAR VE REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ
HASTALARININ BİLİŞSEL FONKSİYONLAR
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

CANSU BİLGİÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2020

**ÖTİMİK BİPOLAR VE REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ
HASTALARININ BİLİŞSEL FONKSİYONLAR
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

CANSU BİLGİÇ

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı
Dr. BİNGÜL HARMANCI

LEFKOŞA
2020

KABUL VE ONAY

Cansu BİLGİÇ tarafından hazırlanan “Ötimik Bipolar ve Remisyondaki Şizofreni Hastalarının Bilişsel Fonksiyonlar Açısından Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışma, 08/06/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Dr. Bingül HARMANCI
(Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi / Psikoloji

Doç. Dr. Aşkın KİRAZ
(Başkan)
Yakın Doğu Üniversitesi
Eğitim Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi / Psikoloji

Prof. Dr. Mustafa SAĞSAN
Yakın Doğu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih: 08.06.20

İmza

Ad Soyad: Cansu BİLGİÇ

TEŞEKKÜR

Öncelikle klinik psikoloji yükek lisans eğitimim ve yüksek lisans projemde olduğu gibi bu tezin hazırlanmasında da gerek fikirleriyle gerekse yönlendirmeleriyle bana ışık tutan, yol gösteren, cesaret veren değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Bingül HARMANCI'ya teşekkürlerimi sunarım.

Bu zorlu süreçte bana her konuda destek veren ve her durumda koşulsuz şartsız yanımda olan sevgili eşim Ömer BİLGİÇ'e yanımda olduğu için çok teşekkür ediyorum.

Yaşamımdaki maddi ve manevi en büyük destekçilerim olan annem Nur SEÇGİN ve babam Süleyman SEÇGİN'e bana kattıklarından dolayı çok teşekkür ederim.

Son olarak burada adı geçmeyen ancak bu süreçte bana destek olan bütün arkadaşlarıma ve bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkısı olan katılımcılarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZ

ÖTİMİK BİPOLAR VE REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ HASTALARININ BİLİŞSEL FONKSİYONLAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu araştırmada ötimik dönem bipolar, remisyondaki şizofreni hastaları ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan bireylerden oluşan grupların bilişsel işlevler açısından karşılaştırılması amaçlanmaktadır. 3 aylık süre içinde ötimik ve remiyon dönemindeki şizofreni ve bipolar hastaların bilişsel fonksiyonlarındaki bozulmalarını ve bu iki hasta grubunun bilişsel işlevlerinin herhangi bir psikiyatrik tanı almamış bireylerden farklılaşıp farklılaşmadığına ve eğer farklılaşma var ise bu farklılaşmanın ne derece olduğunu görebilmek bu çalışmanın amaçlarıdır. Yapılan bu çalışmada nedensel karşılaştırma araştırma deseni kullanılmıştır. Sosyodemografi veri formu, Saat Çizimi Testi (SÇT), Frontal Değerlendirme Ölçeği (FDÖ) ve İz Sürme Testi (İST) kullanılmıştır. Bu çalışmanın araştırma grubunu Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören, DSM-V tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı alan, 18–50 yaş arasında olan, en az ilkokul mezunu, en az 3 aydır remisyonda ve ötimik, bilişsel fonksiyonları etkileyebilecek başka bir nörolojik hastalığı olmayan ve aydınlatılmış onam ile çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında şizofreni ve bipolar bozukluk hasta grubu ile psikiyatrik tanı almayan grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Hasta gruplarının bilişsel performanslarının psikiyatrik tanı almamış gruba göre daha kötü olduğu saptanmıştır ($p < .05$). Elde edilen bulgular konuyla ilgili yapılan önceki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Bilişsel Fonksiyonlar

ABSTRACT

COMPARISON OF EUTHYMIC BIPOLES AND SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN REMISSION IN TERMS OF COGNITIVE FUNCTIONS

The aim of the study is to compare test scores that measure the cognitive functions of individuals with euthymic bipolar, schizophrenia in remission, and healthy individuals without any psychiatric disorders. It is the aim of this study to see the deterioration in the cognitive functions of schizophrenia and bipolar patients in the euthymic and remission period over 3 months and whether the cognitive functions of these two groups of patients differ from those who have not had any psychiatric diagnosis and if there is a differentiation the degree of this differentiation casual comparison research is used in this study. Also sociodemography data form, Clock Drawing Test (CDT), Frontal Assessment Scale (FAS) and Trace Test (IST) are used. The research group of this study is primary school graduates, between the ages of 18 and 50, who were treated for at least 3 months at the Health Sciences University Izmir Bozyaka Training and Research Hospital Community Mental Health Center, diagnosed with bipolar disorder and schizophrenia according to DSM – V diagnostic criteria. All patients who have been in remission for months and have no other neurological disease that may affect euthymic and cognitive functions and who have agreed to participate in the study with informed consent. Considering the results of the study, although the test performances of schizophrenia patients are worse than the test performances of bipolar disorder patients, there was no statistically significant difference between the two groups. Another result of the study was found statistically significant difference between the schizophrenia and bipolar disorder patient group and the healthy control group. Cognitive dysfunction in the patient group was found to be worse than the healthy control group.

Keywords: Schizophrenia, Bipolar Disorder, Cognitive Functions

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
BİLDİRİM.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT.....	v
1.BÖLÜM	11
GİRİŞ.....	11
1.1.Problem Durumu.....	11
1.2.Araştırmanın Amacı.....	11
1.3.Araştırmanın Önemi.....	12
1.4.Sınırlılıklar.....	12
1.5.Tanımlar.....	13
2.BÖLÜM.....	14
KURAMSAL ÇERÇEVE.....	14
2.1.Psikoz.....	14
2.1.1.Şizofreni.....	14
2.1.2.Tarihçe.....	14
2.1.3.DSM5 Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	16
2.1.4.Epidemiyoloji.....	18
2.1.5.Etiyoloji.....	19
2.1.5.1.Genetik ve Ailesel Faktörler.....	19
2.1.5.2. Çevresel Faktörler.....	20
2.1.5.3.Biyokimyasal Faktörler.....	20
2.1.6.Gidiş ve Sonlanış.....	20
2.1.7.Tedavi.....	21
2.2. Bipolar Bozukluk.....	22
2.2.1. Tarihçe.....	22
2.2.2. Bipolar Bozukluk DSM 5 Tanı Kriterleri.....	23
2.2.3.Epidemiyoloji.....	24
2.2.4.Etiyoloji.....	25

2.2.5.Gidiş ve Sonlanış.....	25
2.2.6.Tedavi.....	25
2.3.Nöropsikoloji ve Nöropsikolojik Değerlendirme.....	26
2.3.1.Bilişsel İşlevler.....	26
2.3.1.1.Bellek.....	27
2.3.1.2.Dikkat.....	27
2.3.1.3.Yürütücü İşlevler.....	27
2.3.1.4.Görsel – Mekansal İşlevler.....	27
2.4.Şizofreni Hastalarında Nöropsikolojik Değerlendirme Sonuçları.....	28
2.5.Bipolar Hastalarda Nöropsikolojik Değerlendirme Sonuçları.....	29
3. BÖLÜM.....	31
YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırma Modeli.....	31
3.2. Araştırma Örneklemi.....	31
3.2.1.Grupların Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması.....	33
3.3. Veri Toplama Araçları.....	35
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	35
3.3.2. İz Sürme Testi (İST).....	35
3.3.3. Frontal Değerlendirme Ölçeği (FDÖ).....	36
3.3.4. Saat Çizimi Testi (SÇT).....	37
3.4. Verilerin Toplanması.....	37
3.5. Verilerin Analizi.....	38
4. BÖLÜM.....	41
BULGULAR.....	41
4.1. Hasta Gruplarının Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	41
4.1.1. Hastalık Süresi.....	41
4.1.2. Hastaneye Yatış Sayısı.....	42
4.2. Bilişsel İşlevlere İlişkin Bulgular.....	43
5. BÖLÜM.....	49
TARTIŞMA.....	49
6. BÖLÜM.....	54
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
6.1. Sonuç.....	54
6.2. Öneriler.....	54

KAYNAKÇA.....	56
EK 1. Bilgilendirme Formu.....	72
EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu.....	73
EK 3. Kişisel Bilgi Formu.....	74
EK 4. Frontal Değerlendirme Ölçeği.....	75
EK 5. Saat Çizimi Testi.....	77
EK 6. İz Sürme Testi.....	78
EK 7. Test Sahibi Onay Yazısı.....	80
Özgeçmiş.....	82
İntihal Raporu.....	83
Etik Kurul Onay Yazısı.....	84

TABLO DİZİNİ

Tablo1. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel İstatistikler	33
Tablo 2. Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları.....	39
Tablo 3. Hasta Gruplarının Hastalık Süreleri Bakımından Karşılaştırılması	41
Tablo 4. Hasta Gruplarının Hastaneye Yatış Sayıları Bakımından Karşılaştırılması.....	42
Tablo 5. Grupların Frontal Değerlendirme Ölçeği Sonuçları Açısından Karşılaştırılması.....	43
Tablo 6. Grupların Saat Çizimi Testi Sonuçları Açısından Karşılaştırılması.....	44
Tablo 7. Grupların İz Sürme Testi A Bölümü Süre Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması	45
Tablo 8. Grupların İz Sürme Testi B Bölümü Süre Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması.....	46
Tablo 9. Grupların İz Sürme Testi A Bölümü Hata ve Düzeltme Sayıları Bakımından Karşılaştırılması.....	47
Tablo 10. Grupların İz Sürme Testi B Bölümü Hata ve Düzeltme Sayıları Bakımından Karşılaştırılması.....	48

KISALTMALAR

DSMDiagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders

İST.....İz Sürme Testi

FDÖ.....Frontal Değerlendirme Ölçeği

SÇT.....Saat Çizimi Testi

WKET.....Wisconsin Kart Eşleme Testi

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Şizofreni psikotik bir rahatsızlık olup kişinin duyguları, düşünceleri ve davranışlarında ciddi bozukluklara yol açar. Şizofrenide negatif ve pozitif olmak üzere iki grup semptom bulunmaktadır. Pozitif semptomlar; sanrılar (hezeyanlar), varsanılar (halisünasyonlar), dezorganize konuşma, dezorganize davranış; negatif semptomlar ise; aloji, avolisyon, anhedoni, sosyal ve duygusal içe çekilme, duygulanımda azalma, öz bakım eksikliği şeklinde ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2002).

Bipolar bozukluk ise kişinin duygu durumuyla ilgili bozulmayla seyreden kronik bir psikolojik hastalıktır. Mani, depresyon ve hipomani olmak üzere üç dönemi bulunan bu hastalık kişinin sosyal ve fonksiyonel durumuna da büyük ölçüde zarar vermektedir (Köroğlu, 2013).

Gerek şizofreni gerekse bipolar bozuklukta görülen belirtilerden bir tanesi de bilişsel işlevlerde bozulmadır. Literatüre bakıldığında şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış kişilerde bilişsel işlev bozulmalarının olduğunu ortaya çıkaran çalışmalar yer almaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005; Kaygısız, 2014). Ancak bu iki hastalık grubundaki bilişsel işlev bozulmalarını karşılaştıran pek az çalışmaya rastlanmıştır. Bu iki hastalık grubunda bilişsel fonksiyonlar açısından bir farklılaşma olup olmadığı, farklılaşma varsa hangisinde daha fazla olduğunu saptamak için de böyle bir çalışmaya ihtiyaç duyulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada ötimik dönem bipolar, remisyondaki şizofreni hastaları ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişilerin bilişsel fonksiyonlar açısından karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Çalışmada 3 aylık süre içinde ötimik ve remisyon dönemindeki şizofreni ve bipolar hastaların kognitif işlevlerinin hem birbirlerinden hem de herhangi bir psikiyatrik tanı almamış bireylerden farklılaşıp farklılaşmadığına ve eğer farklılaşma var ise bu farklılaşmanın ne derece olduğunu tespit etmek amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın amaçları doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır. Bunlar:

Remisyon dönemindeki şizofreni hastalarının ve ötimik dönemdeki bipolar hastalarının bilişsel işlev performansları birbirinden farklılaşmakta mıdır?

Remisyon dönemindeki şizofreni ve ötimik dönemdeki bipolar hastalarının bilişsel işlev performansları psikiyatrik tanı almamış olan gruptan farklılaşmakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Ötimik dönem bipolar ve remisyon dönemindeki şizofreni hastalarını bilişsel fonksiyonlar açısından karşılaştıran bu çalışma, bu konuda benzer çok az çalışma olması açısından önem taşımaktadır. Yapılan önceki çalışmaların çoğunda sadece şizofreni hastalarının psikiyatrik tanı almayan grup ile ya da sadece bipolar bozukluk hastalarının psikiyatrik tanı almayan grup ile bilişsel işlevler bakımından karşılaştırıldığı görülmektedir (Arts vd., 2008; Can, 2008; Lloyd vd., 2009; Mahurin vd., 2009; Robinson vd., 2006). Bu çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış hastalar hem kendi aralarında hem de psikiyatrik tanı almayan grup ile karşılaştırılmıştır. Bunun yanı sıra ötimik bipolar ve remisyondaki şizofreni hastalarıyla da pek az çalışma yapılmış olup bu çalışmada kullanılan İz Sürme Testi, Saat Çizimi Testi ve Frontal Değerlendirme Ölçeği'nin bir arada kullanıp bilişsel fonksiyonları ölçen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma bu testlerin bir arada ilk defa kullanılıyor olması açısından literatüre katkı sağlamaktadır.

1.4. Sınırlılıklar

Bu çalışmada nedensel karşılaştırma araştırma deseni kullanılmıştır. Çalışma örnekleme amaca yönelik ölçüt örnekleme yöntemi ile belirlendiğinden örneklem büyüklüğü sınırlıdır. Buna ek olarak çalışmaya sadece remisyon dönemindeki şizofreni hastaları ve ötimik dönemdeki bipolar hastaları katılmıştır. Ayrıca çalışmanın tek merkezli olması da diğer bir sınırlılığıdır.

1.5. Tanımlar

Şizofreni: Bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında ciddi bozulmalarla karakterize bir süreğen hastalıktır(Öztürk, 2002). Şizofreni hastalarında negatif ve pozitif semptomların görülmediği döneme de remisyon dönemi denir (Işık, 2006).

Bipolar bozukluk: Dönem dönem yineleyen; mani, depresyon ve hipomani şeklinde devam eden, bireylerin sosyal ve fonksiyonel olma durumlarına yüksek oranda etki eden kronik bir psikolojik hastalıktır. Bipolar hastalarında herhangi olağandışılık içermeyen, alışlagelmiş davranışlarla ve duygu durumuyla seyreden döneme ötimik yani normal duygu durum dönemi denir (Uğur, 2008).

Bilişsel Fonksiyonlar: Biliş, çevreden aldığımız uyarıcıların algı ve duyum aracılığıyla depolanıp kodlanmasıyla var olan komplike süreçlere verilen genel isimdir. Bilişsel fonksiyonlar tanımı bellek, dikkat, yürütücü işlevler, görsel ve mekansal işlevler gibi çokça farklı zihinsel sürecin birleşimini ifade etmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Psikoz

Psikoz, kişinin gerçekle olan bağlantısının zayıflaması ve hatta ortadan kalkması olarak bilinen bir hastalıktır (Öztürk, 2002).

Thornill vd. (2004)'nin ifade ettiği üzere psikotik kişiler, gördüğünden, duyduğundan ve hatta hissettiğinden emin olduğu şeylerin aslında olmadığına ikna olamaz. Bu kişilerin bir başkasının aksini iddia ettiği düşüncelere karşın onları kötöleme, kanıtlar sunulsa bile kişiler hakkında gerçek dışı iddialarda bulunacak kadar kendi düşüncelerine karşı derin ve sarsılmaz inançları vardır.

Psikotik bozuklukların toplumda en sık görüleni ise şizofrenidir (Belen, 2009).

2.1.1. Şizofreni

Şizofreni bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında ciddi bozulmalarla karakterize bir süregelen hastalıktır. Bu hastalık hem bireyi hem de çevresini olumsuz olarak birçok yönden etkiler. Şizofreni hastalarında ayrıca motor beceriler, algı ve dikkatte de olumsuz farklılaşmalar gözlenmektedir (Koroğlu, 2015).

2.1.2. Tarihçe

Çok eski bir tarihçeye sahip olan şizofreni birçok yazılı kaynakta bozukluk olarak aktarılmaktadır. Bu bozukluk ilk olarak M.Ö. 1400 lü yıllarda ortaya çıkmıştır. Ayrıca şizofreni belirtilerini gösteren bireyler bazı kutsal kaynaklarda da tanımlanmıştır. Bu kişiler o dönemde kötü ruhlu şeytani kişiler olarak literatüre geçmiştir (Işık, 2006).

“Paranoia” terimini kullanan Hipokrat ilk defa bu tip durumları ruh sağlığı ile bağlantılı hastalıklarla ilgili tıbbi durum olarak ifade etmiştir (Erkoç ve Aker, 1998).

Şizofreni belirtileri gösteren kişiler 12. ve 13. yüzyıllarda tanrı tarafından lanetlenmiş olarak düşünüldüğünden ya işkence yapılarak öldürülmüş ya da toplum tarafından o bölgeden uzaklaştırılmıştır (Sadock ve Sadock, 2007).

1800'lülerin başında akıl rahatsızlıkları için ilk defa bilimsel metotların kullanılması gerektiğinin önemini vurgulayan Fransız Philippe Pinel olmuştur. Pinel, büyücülük, tanrı laneti gibi ifadeleri reddederek bu kişilerin yetkin kişiler tarafından sağlık kurumlarında tedaviye alınması gerektiğini savunmuştur (Erkoç ve Aker, 1998).

İçine kapanık psikotik hastasını 1800 lü yıllarda "Deliliğe Dair İllüstrasyonlar" kitabında şu anın şizofreni tanı kriterlerini karşılayacak biçimde aktaran John Haslam günümüzde de İngiltere'deki psikiyatri doktorlarını da etkilemiştir. Bunun sonucunda bazı uzmanlar şizofreni hastalığını "Pinel - Haslam Sendromu" olarak nitelendirmektedirler (Işık, 2006).

Latince "dementia praecox" yani erken bunama anlamına gelen bu kelimeyi psikiyatri doktoru olan Benedict Augustin Morel şizofreniyi tanımlamak için kullanmıştır. Morel bu hastalığın mental bozulmanın da olduğu genç ve genç yetişkinlerde rastlanan bir bozukluk olarak nitelendirmiştir. Morel'e göre hastalarda görülen düzensiz hareketler tıpkı bunamadaki gibi onların bilişsel işlevlerindeki bozunumdan kaynaklı olmaktadır (Öztürk, 2002).

Bin Sekiz Yüz Doksan Altı yılında Alman psikiyatrist Emil Kraepelin, katatonik bozukluk, hebefrenik bozukluk, paranoid bozukluk gibi bozuklukların aslında farklı bozukluklar olmadığını aynı bozukluğun farklı türleri olduğunu ifade etmiştir (Işık, 2006; Öztürk, 2002).

1911 yılında önceleri "dementia praecox" yani "erken bunama" diye tanımlanmış rahatsızlığı, Latince akıl bölünmesi veya yarılması (splitting of mind) manasına gelen "şizofreni" olarak tanımlayan İsveçli bir psikiyatrist olan Eugene Bleuler, tarihteki en önemli gelişmelerden olan bu kelimeyi literatüre kazandırmıştır. Ona göre bu bozukluk duygu, düşünce ve davranışlardaki bölünmedir (Kruger, 2000).

Bunun yanı sıra şizofrenin diğer hastalıklardan farklı olduğunu ayırt edici ölçütleriyle Karl Theodor Jaspers kitabında belirtmiştir (Erkoç ve Aker, 1998).

20. yüzyılda pozitif, negatif bozukluklar ve ilişkilendirme bozuklukları olarak şizofreninin belirtileri 3 ana başlıkta toplanmıştır (Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu ve Herken, 2007).

Ayrıca Carpenter, 1970 yılında şizofrenideki belirtileri psikotik belirtiler, negatif belirtiler ve bilişsel belirtiler şeklinde sınıflandırmıştır (Soygür vd., 2007).

2.1.3. DSM 5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. *Karakteristik belirtiler* (Aşağıda ifade edilen belirtilerden minimum iki adedi olmalı, 1.2.3. belirtilerden minimum biri kesinlikle bulunmalı)

- Sanrılar
- Varsanılar
- Dezorganize konuşma
- Dezorganize / katatonik davranış
- Negatif semptomlar

B. *Sosyal ve mesleki fonksiyon bozukluğu*

C. *Zaman*: prodrom+rezidüel+A grubu ölçütleri = minimum altı ay.

Altı ayın en az bir ayı A grubu ölçütlerini kapsamalı

D. *Şizoaffektif bozukluğun ve Affektif bozukluğun dışlanması*

E. *Madde kullanımına ve genel tıbbi boyuta endeksli psikozun dışlanması*

F. *Yaygın gelişimsel bozulmuşluk ile ilişkisi* (DSM-5, 2013).

Şizofreninin belirtileri günümüzde ikiye ayrılmaktadır. Bunlar pozitif olan psikotik belirtiler ve negatif olan psikotik belirtilerdir. Pozitif psikotik belirtiler kişide gerçeği değerlendirme yetisinde kaybolma şeklinde görülürken, negatif psikotik belirtiler duygusal, ruhsal süreçlerdeki azalma şeklinde görülür (DSM-5, 2013).

Şizofrenide görülen pozitif psikotik belirtiler şunlardır;

Sanrılar (Hezeyanlar): Kişilerin gerçeklikle bağlantısı olmayan düşüncelere inanmasıyla karakterize olan bu belirtide, kişinin inandığı gerçek olmayan düşünceleri de değiştirmek imkansızdır (Cannon vd, 2008). Sanrısız bozukluk yaşayan birey,

aksini iddia eden ve kanıtlayan kişilerin de onu kandırdığını iddia ederek sanrısız düşüncelerinden vazgeçemez. Bunlara örnek olarak, kişiler başkalarının kendileri hakkında konuştuklarına, birilerinin onların arkasından iş çevirdiğine inanabilirler (Gold, 2004). Bunun dışında başkalarının onun kendi düşüncelerini okuyabileceğine, televizyonda gördüğü birinin ona mesaj yolladığına ya da ona zarar vereceğine dair güçlü inançları da olabilir (Öztürk, 2002).

Varsanılar (Halüsinasyonlar): Burada kişiler olmayan şeyleri algılar ve varlığına inanırlar. Başkalarının tarafından duyulmayan sesler duyulabilir ve görülmeyen şeyler bu kişiler tarafından görülebilir. Bunun dışında nadir de olsa başkalarının almadığı kokuları alabilirler. En sık görülen halüsinasyonlar ise işitsel halüsinasyonlardır (Işık, 2006).

Dezorganize Konuşma: Kişiler konuşurken bir konu hakkında konuşmaya başlayarak başka konulara atlarlar (raydan çıkma). Asıl anlatmak istedikleri konunun dışına çıkar (teğetsellik), onu detaylandırarak anlatmak istedikleri şeyi kaçıırırlar (Hoff vd, 2005). Defalarca aynı şeyler üzerinde durur, onları tekrarlarlar. Başkalarının söyledikleri şeyleri sürekli tekrar ederler. Bu ve buna benzer belirtilerle kişiler konuşmada problemler yaşarlar (Greenwood, 2012).

Dezorganize Davranış: Kişilerin davranışlarında aşırı hareketlilik, aşırı durgunluk, karşısındakilerin hareketlerini tekrarlama ya da donakalmalar görülebilir (Krishnadas vd, 2014).

Negatif psikotik belirtiler şunlardır;

Aloji: Bu kişilerinde bir yoksunluk görülür. Konuşmalar kısıtlıdır. Akıcı konuşma yoktur. İletişim genelde soru – cevap şeklinde ilerler. Kişilerdeki düşüncenin azalması konuşmanın akışında azalmayı tetiklemektedir (Köroğlu, 2004).

Avolisyon: Kişilerde yapması gereken işleri yapamama şeklinde ortaya çıkan bu belirtiler bir motivasyon kaybıdır. Kişilerin günlük işlerini yapmak için eyleme geçme motivasyonları yoktur ya da oldukça azdır (Öztürk, 2002).

Anhedoni: Kişiler yaşamın zevk veren yanlarından (gezme, eğlence, cinsellik vb.) zevk alamazlar. Onlar haz verici şeylere karşı ilgi azlığı yaşarlar. Bunun farkında

olsalar bile kişiyi hoşnut eden faaliyetlerden zevk alamadıklarını dile getirirler (Alptekin vd, 2004).

Sosyal ve Duygusal İçe çekilme: Kişi sosyal ilişkilerden kendini geri çeker. İnsanlarla duygusal ilişki kuramaz ve onlarla iletişime girmede kendini geri çeker (Köroğlu, 2007).

Duygulanımda Azalma: Kişiler duygularını belli edemezler, duygusal tepkilerini mimikleriyle gösteremezler. Genelde tepkisizdirler ve ifade de eksiklikler vardır (Gold, 2004).

Özbakım Eksikliği: Kişiler öz bakımına, kılık kıyafetine ve düzenine önem vermezler. Haftalarca yıkanmayabilir ve kişisel temizliğine dikkat etmezler (Işık, 2006).

2.1.4. Epidemiyoloji

Yaygınlık ve sıklık açısından değerlendirildiğinde şizofreninin tüm dünyada hemen hemen aynı oranlarda olduğu kanısına varılmaktadır. Şizofreninin % 0.5 - % 1.5 arasında değişen prevalansı vardır. Ancak birçok makale toplumun genelinde yaygınlığının % 1 olduğunu vurgulamaktadır (Belen, 2009).

Şizofreni hastalığının insidansını hesaplarken diğer psikotik rahatsızlıklarla birlikte hesaplandığında oldukça yüksek olduğu görülürken, sadece şizofreni hastalığının insidansı genel olarak 100.000'de 100 – 1700 arasındadır (Warner ve Girolamo, 2005).

Şizofreni hastalığının yaygınlığı hakkında çeşitli kaynaklardan farklı sonuçlar sunulmuştur. Kimi kaynağa göre şizofreni hastalığının her iki cinsiyette de görülme sıklığı eşitken kimi çalışmalarda bu, erkeklerin bu hastalığa sahip olma sıklığı kadınlardan 1.5 kat fazla olarak aktarılmaktadır (Lauriello, Bustillo ve Keith, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kadınların ve erkeklerin şizofreni hastalığına yakalanma riski 55 yaşına kadar hemen hemen aynıdır. Bunun yanı sıra erkeklerde bu hastalığın başlama yaşı çoğunlukla 15 – 25 iken, kadınlarda 25 – 35 arasındadır. Erkeklerde 25 yaş altı bu hastalığın görülme sıklığı % 62 iken kadınlarda % 47 dir (Köroğlu, 2004).

Bu bilgilerin dışında birçok farklı kaynak ise şizofreni hastalığının yaygınlığının sosyo – ekonomik duruma, çevreye, medeni duruma, ailede psikoz öyküsü olup olmamasına vb. şeylere göre değişkenlik gösterdiğini vurgulamaktadır (Işık, 2006).

2.1.5. Etiyoloji

Şizofreni hastalığının ortaya çıkış nedenleriyle ilgili birden fazla görüş ortaya atılmıştır. İlk başlarda şizofreni hastalığının temelini organik kökenli olduğu savunuluyorken daha sonraları psikososyal ve çevresel faktörlerin bu hastalığın ortaya çıkışında büyük rolü olduğu savunulmuştur (Belene, 2009). Son yıllarda ise hem genetik faktörlerin hem de psikososyal ve çevresel faktörlerin bu hastalığın ortaya çıkmasında ve tetiklenmesinde önemli rolü olduğu kabul görmüştür (Köroğlu, 2004).

2.1.5.1. Genetik ve Ailesel Faktörler

Şizofreni hastalığının sebepleri arasında genetik faktörler önemli yer tutmaktadır. Buna karşın halen şizofreniye neden olan özellikteki genler tam olarak bulunamamıştır (Köroğlu, 2007). Ebeveynlerinden birinde şizofreni rahatsızlığı bulunan kişilerin çocuklarında bu hastalığın görülme sıklığı %10 dur. Fakat toplumda şizofreni hastalığının görülme sıklığı %1 olarak bulgulanmıştır. Bu da ebeveynlerin birinde görülen bu hastalığın çocukta görülme sıklığını arttırdığına işaret etmektedir (Alptekin vd, 2004). Yapılan çalışmaların sonuçları şizofreni tanısı almış kişilerin birinci derece yakınlarında şizofreni hastalığının görülme riski %5, ikinci derece yakınlarında %3, üçüncü derece yakınlarında %1.5, psikiyatrik tanı almayan grupta ise %0.8 olarak bulgulanmıştır (Maier vd., 2002).

Şizofreniyle ilgili genetik ve çevresel faktörler ikizler üzerinde incelendiğinde şizofreni hastalığının çift yumurta ikizlerinde görülme sıklığı %10 ile %15 arasında tek yumurta ikizlerinde ise %40 ile %50 arasında olduğu bulgulanmıştır (Gold, 2004). Yapılan bir diğer çalışmada ise aynı tanıya sahip tek yumurta ikizlerinin oranı %53 çıkarken çift yumurta ikizlerinde bu oran %15 olarak saptanmıştır. Ayrıca ikizlerle yapılan bir çalışmada genetik faktörlerin şizofreni hastalığı üzerindeki etkisi incelenmiş ve sonuç

%83 olarak bulgulanmıştır (Cannon, Kaprio, Lönnqvist, Huttunen ve Koskenvuo; 2008).

Evlat edinme araştırmalarında ise biyolojik ebeveyninde şizofreni hastalığı bulunan fakat şizofreni olmayan ebeveynlerle yetişen çocukların şizofreni oranlarının, ebeveynlerinde şizofreni rahatsızlığı bulunmayan bireylerin çocuklarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kety vd., 2004).

2.1.5.2. Çevresel Faktörler

Şizofreni hastalığının oluşmasında yardımcı etken oldukları düşünölen ölüm, hastalık, iş kaybı, boşanma vb. gibi dışsal olaylar; irsi yatkınlık ve biyolojik nedenlerle etkileşime girerek hastalığın oluşumunu desteklemektedirler (Öztürk, 2002).

2.1.5.3. Biyokimyasal Faktörler

Şizofreninin sebepleri ile ilgili yapılan araştırmalarda vücuttaki dopamin miktarının azlığı ya da fazlalığının bu hastalığa yol açtığı bulgulanmıştır (Köroğlu, 2007).

Yapılan güncel çalışmalarda ise sadece dopamin değil serotonin ve norepinefrin gibi diğer nörotransmitterlerin de şizofreninin oluşumunda etkin rol oynadığı sonucuna varılmıştır (Köroğlu, 2015).

Şizofreni hastalılığında görölen semptomlar birden fazladır. Her kişi aynı semptomlara sahip değildir. Semptomların kişiden kişiye farklılık göstermesinin, kullanılan ilaçların her kişide aynı sonucu elde etmemesinin kişilerdeki nörotransmitterlerin hastalığın oluşumunda kişiden kişiye farklılık gösterdiği kanısına varılmıştır. Hastalığın oluşumunda bazı kişilerde serotonin etkili olurken bazılarında dopamin etkili olabilmektedir (Işık, 2006).

2.1.6. Gidiş ve Sonlanış

Şizofreniyle ilgili yapılan çalışmaların birçoğu uzun yılları kapsayan gidiş ve sonlanışla ilgilidir.

269 şizofreni vakasının 27 yıl boyunca gözlemlenmesiyle yapılan bir boylamsal çalışmada elde edilen verilere göre vakaların %20 sinin tamamen iyileştiği, %42'sinin

kısmen iyileşme gösterdiği ve %38 'inin iyileşme göstermediği bulgulanmıştır (Soygür vd; 2007).

Konuyla ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarına göre şizofreni rahatsızlığına sahip kişilerin %20 sinde iyileşme, %20 sinde önemli ölçüde fonksiyon kaybı, geri kalanlarında ise iyileşme olmasına rağmen bu rahatsızlıktan önceki sağlığına kavuşamadıkları bulgulanmıştır (Köroğlu; 2015).

Bazı sosyodemografik faktörlerin, şizofreni hastalığında gidişi etkilediği literatürdeki çalışmalar arasında geçmektedir. Örneğin sosyodemografik faktörler bakımından ele alındığında hastalığın erken yaşta (20 yaş ve altı) seyretmesi kötü prognoz göstergesiyken, ileri yaşta ortaya çıkması iyi prognoz göstergesidir (Möller ve Zerssen, 2002).

Bunun yanı sıra iyi ve orta sosyo ekonomik düzeye sahip kişilerin iyi prognoz gösterdiği, düşük sosyo ekonomik düzeye sahip kişilerin ise kötü prognoz gösterdiği, cinsiyetin ise prognoz açısından belirleyici bir faktör olmadığı bulgulanmıştır (Işık, 2006).

Ayrıca eğitim durumunun ve yaşam alanının hastalığın seyri açısından etkili olmadığı fakat mesleki işlevlerin sabit olmasının iyi prognoz, değişken olmasının ise kötü prognoz gösterdiği saptanmıştır. Bununla beraber medeni durumunda rahatsızlığın gidişiyle ilişkili olduğu düşünülmekle beraber evli kişilerin iyi prognoza sahip olduğu sonucu elde edilmiştir. Bunlardan bağımsız olarak azınlık olarak hayatını sürdüren kişilerin ise kötü prognoza sahip olduğu saptanmıştır (Öztürk, 2002).

Şizofreni hastalarının ortalama yaşam süreleri intihar nedeniyle diğer insanlardan ortalama 9 – 10 yıl daha kısadır. Ayrıca öz bakımda eksiklik, alkol ve maddenin kötüye kullanımı, yetersiz beslenme vb. gibi faktörler de bu hastaların yaşam sürelerinin normal popülasyondan kısa olmasına yol açmaktadır (Köroğlu, 2007).

2.1.7. Tedavi

Tedavi planının oluşturulmasındaki amaç şizofreni hastalarının göstermiş olduğu hastalık belirtilerin azalmasını ya da tamamen yok olmasını sağlamaktır. Bunun yanı sıra bu hastaların iş yapabilirliğini mümkün olduğunca en üst düzeye çıkarmak

tedavinin bir diğ er amacıdır. Şizofrenide en sık kullanılan tedavi yöntemi farmakolojik tedavidir (Miyamoto, Duncan, Marx ve Lieberman, 2005).

Farmakolojik tedavinin yanında hasta ve aileyle yapılan bireysel ya da grup psikoterapileri, ebeveynlere ya da aileye verilen psiko eğitimler de kullanılmaktadır (Masi ve Liboni, 2011).

Literatürde yapılan çok sayıdaki çalışmada psikososyal tedavi ve ilaç tedavisinin birlikte kullanılmasının hastalık üzerinde en etkili yöntem olduğu belirtilmiştir. Psikososyal tedavinin içinde destekleyici terapi, aile psikoeğ itimleri ve bilişsel davranışçı gibi terapi yöntemleri vardır (Kaplan ve Sadock, 2005).

Bunların dışında Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) yöntemi de şizofreni hastalığı ve birçok psikiyatrik hastalığ a sahip bireylerde oldukça etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemde hastaların beyinlerine yerleştirilen elektrotlar ile hastanın beyinine elektrik akımı verilir. Burada hasta uyutulmuş olarak işleme alınır. Bu işleme beyindeki kimyasalların salınımı düzenlenir (Öztük, 2002).

2.2. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, dönem dönem yineleyen; mani, depresyon ve hipomani şeklinde devam eden, bireylerin sosyal ve fonksiyonel olma durumlarına yüksek oranda etki eden kronik bir psikolojik hastalıktır (Uğur, 2008).

Kişilerin duygu durumlarındaki dalgalanmalar hastalığın en belirgin özelliği olmakla beraber kişilerdeki çökkünlük, coşku hali vb. davranışlar ise bu hastalığı dışa vuran semptomlardan en temel olanları olarak nitelendirilir (Köroğ lu, 2013).

2.2.1.Tarihçe

Bipolar bozukluk eski dönemlerden itibaren bilinen bir hastalıktır. Tarih öncesi dönemlere bakıldığında Yunan ve Latin kaynaklarında majör depresyon, çökkünlük ve taşkın ruh hali gibi semptomların görüldüğü bireylere yer verilmiştir (Taner ve Işık, 2008).

M.Ö. Beşinci yüzyılda Yunanlılarda Hipokrat kişilerin duygu durumlarındaki dalgalanmaların hastalığın en belirgin özelliği olduğunun farkına vararak ilk kez melankoli ifadesini kullanmış ve rahatsızlığın kaynağının kara safra olduğunu ileri sürmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

M.S. 150 tarihinde Kapadokya kökenli Aretaeus, maninin bir başlangıcı olarak gördüğü melankolinin aynı bireyde farklı zaman dilimlerinde meydana gelebileceğini vurgulamıştır (Angst ve Marneros, 2001).

19. yy. itibariyle çeşitli kaynaklarda bipolar bozukluk ifadesi kullanılmaya başlamıştır. 1954 yılında tekrarlayıcı mani ve depresif belirtilerle seyreden bu rahatsızlığı Fairet, “folie circlaire” olarak adlandırmıştır. Baillarger’da bu bozukluğu “folie a double forme” yani “iki şekilli delilik” olarak adlandırmıştır. Bu hastalığı 1899 yılında ilk kez Kraepelin “manik – depresif bozukluk” olarak tanımlamıştır. 1913 yılında ise tüm melankolilerin aynı hastalığa sahip olduğu ve hastalığın tekrarlayıcı epizodlarının olduğunu, bunun da yitim ile giden “dementia precox”tan farklı bir bozukluk olduğunu ileri sürmüştür (Akkaya vd, 2012).

Affektif hastalık” ifadesini ilk kez 1924’te Bleuler kullanmıştır. 1962’de monopolar ve bipolar olmak üzere hastalığın tekrarlayan tipleri ikiye ayrılarak belirtilmiştir. 1966 yılında ise 1962 yılında “monopolar” olarak adlandırılan rahatsızlığın ismi “unipolar” olarak değiştirilmiştir (Benazzi, 2007).

1980 yılında ise tüm bu gelişmeler ışığında bipolar bozukluk DSM tanılama sistemine girmiştir(Köroğlu, 2007).

2.2.2. Bipolar Bozukluk DSM 5 Tanı Kriterleri

DSM-5’te iki uçlu duygu durum bozukluğu, iki uçlu duygu durum bozukluğu I ve iki uçlu duygu durum bozukluğu II olarak iki bölümden oluşmuştur. İki uçlu duygu durum bozukluğu I’de minimum bir mani ve evvelinde ya da akabinde bir hipomani ya da yeğin (majör) depresyon döneminin olması hastalığın belirtilerindendir. İki uçlu duygu durum bozukluğu II’de de maninin olmadığı ama minimum bir hipomani ve minimum bir majör depresyon dönemlerin olması ve bunların arasındaki dönüşümlerin kişilerin fonksiyonelliğini etkilemesi belirtilerindendir. Her ikisi içinde semptomların meydana çıktığı dönemde farklı bir ruhsal bozukluğun olmaması bir diğer kriterdir (DSM-5, 2013).

2.2.3. Epidemiyoloji

Toplumlar arasında fark göstermeyen bipolar bozukluğun sıklığı ortalama % 2 – 3 oranında seyretmektedir (Akkaya vd., 2012).

Erkeklerde 18 kadınlarda 20 olan bipoların başlangıç yaşının ergenlik öncesinde görülme sıklığı oldukça azdır. Bunun yanı sıra her ne kadar en belirgin görüldüğü yaş 20 li yaşlar olsa da belirtilerinin ortaya çıktığı yaş dilimi 15 – 19 olarak ifade edilmektedir. Bunların dışında belirtilerin yaygın olarak gözlemlendiği ikinci atak olarak da nitelendirilen rahatsızlık 20 – 24 yaşlarında tekrarlamaktadır. Buradan yola çıkılarak ilk atak ile hastaneye yatış arasında 5 – 10 yıllık bir süre olduğu öngörülmektedir (Koroğlu, 2007).

Ülkemizde yapılmış olan birçok araştırmadan çıkan sonuca göre bipolar bozukluğun başlama yaşının ortalama olarak 23 ile 27 arasında değiştiği saptanmıştır (Gültekin, Kesebir ve Tamam, 2014).

Bipolar bozukluğun cinsiyete göre başlangıç yaşına bakıldığında araştırmalar her iki cinsiyette de hastalığın hemen hemen aynı yaş aralığında başladığını vurgulamaktadır. Sonuç olarak yapılan çalışmalar neticesinde hastalığın kadın ve erkek arasında yaş bakımından farkının olmadığı ortaya konmuştur (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010).

Erkekler ve kadınlarda bipolar bozukluğun mani döneminde mi yoksa depresif dönemde mi başladığına bakılan çalışmalarda çıkan sonuçlara göre erkeklerin manik dönem ile kadınların ise majör depresif dönem ile bu hastalığa başladığı ön görülmektedir. Fakat sonuçlar halen kesinlik içermemektedir (Sadock, 2005).

Bunların yanı sıra bipolar bozukta, bipolar I ve bipolar II olarak kadın ve erkeklerde görülme sıklığına bakıldığında, bipolar I de görülme sıklığı bakımından her iki cinsiyette de aynı iken bipolar II de kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazla olarak bulgulanmıştır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010).

2.2.4. Etiyoloji

Duygu durum bozuklukları genetik, biyolojik, psikososyal gibi birçok bileşenin birbiriyle etkileşmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu bileşenlerle ilgili yapılan çalışmalarda psikososyal etkenlerin hastalığın başlangıcında diğerlerine göre daha büyük bir rol oynadığı ifade edilmektedir. Fakat hastalık oluşuktan sonra bu etkeninde herhangi bir rol oynamasına gerek kalmadan, hastalığın semptomların ortaya çıkabildiği de ifade edilmiştir (Akkaya vd., 2012). Bunun yanı sıra taşkınlık dönemleri ve tekrarlayan majör depresif dönemlerin ise biyolojik etkenlerle güçlü bir ilişkisi olduğu ortaya konmuştur (Bora, 2008). Ayrıca bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde kişilerin yaşadığı sarsıcı olayların kişinin beyinde izler bıraktığı da bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.2.5. Gidiş ve Sonlanış

Hastaların geçirdikleri dönemlerin sayılarına bakılmak için yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk 2 de geçirilen dönem sayısının bipolar bozukluk 1 e göre daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Bipolar bozukluk 2 ye sahip kişilerin % 5 – 15 inin yıl içinde daha fazla epizod geçirdikleri görülmüştür. Genel olarak konu ile ilgili yapılan çalışmalarda varılan sonuç şu şekildedir; hastaların duygu durum döngüsü ne kadar hızlı değişiyorsa ve dönemleri ne kadar sık ise hastalığın gidişatı o denli kötüdür (DSM-5, 2013).

Bipolar bozukluk 2'nin kötü gidişatını etkileyen birçok nedeni vardır. Bunlar; hastalığın küçük yaşlarda başlaması, yıl içinde yaşanan duygu durum dönemlerinin sık olması, uygulanan tedaviye verilen yanıtın düşük olması ve rahatsızlığın şiddetinin diğerine göre yüksek olmasıdır (Benazzi, 2007).

2.2.6. Tedavi

Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ve her biri oldukça önemli olan tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar akut dönemde uygulanan tedaviler ve koruyucu tedavilerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Koruyucu tedavi olarak adlandırılan tedavilerin en az akut dönemde uygulanan tedaviler kadar önemi bulunmaktadır. Hastaların işlevselliğindeki artış, hastalık belirtilerinin ortadan kaldırılması ya da en

aza indirilmesi, hastalığın seyriyle ilgili tekrarlamaların en aza indirilmesi ve/veya ortadan kaldırılması koruyucu tedavinin amaçlarındandır (Sadock, 2005). Duygu durum düzenleyici olarak kullanılan lityum ve bazı antiepileptiklere ek olarak son zamanlarda klinisyenler antipsikotikleri de tedaviye destek amaçlı kullanmaya başlamışlardır. Bunun yanı sıra koruyucu tedavi de kullanılanlar çoğu zaman tek başına kullanılmamakta kombinasyon tedavi ve/veya destekleyici tedavi de bipolar bozukluk tanısı almış kişilere uygulanmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010).

2.3. Nöropsikoloji ve Nöropsikolojik Değerlendirme

Nöropsikolojinin ilgilendiği alan bellekteki bilişsel oluşum ve davranışsal değişimlerdir. Nöropsikolojik değerlendirme ise düşünsel ve davranışsal bozulmaların beyin bölgeleriyle olan bağını açıklamak üzerine yapılan tüm çalışmalara verilen addır. Psikoloji biliminde de diğerlerinde olduğu gibi bunun önemi oldukça fazladır (Karakaş, 1996).

Beyindeki işlev bozukluğunu bulmak ve bozulmanın ne derece olduğunu saptamak için nöropsikolojik testlerden yararlanır. Bu testler sayesinde kişinin beyinde oluşan bilişe yönelik bozulmanın nesnel sonuçları hakkında bilgi edinilir. Ayrıca kişilerin hastalıklarıyla ilgili olumlu ya da olumsuz yönde ilerleme olup olmadığını net bir şekilde öğrenebilmek için de nöropsikolojik testler kullanılmaktadır. Bu da hastalığın seyri ile ilgili net bir bilgi vermektedir. Bunun dışında hastalıklarla ilgili yapılan araştırmalarda da istatistiksel çözümlene yapılabildiği için nöropsikolojik testler oldukça fazla kullanılmaktadır (Karakaş, 2008).

2.3.1. Bilişsel İşlevler

Biliş, çevreden aldığımız uyarıcıların algı ve duyum aracılığıyla depolanıp kodlanmasıyla var olan komplike süreçlere verilen genel isimdir (Kaplan ve Sadock, 2005).

Kognitif fonksiyonlar çokça farklı zihinsel sürecin birleşiminden oluşur. Bunlardan bazıları şunlardır:

2.3.1.1. Bellek

Kişinin yaşamında bilgilerin farklı şekillerde kaydedildiği ve saklandığı bilişle ilgili süreçlere bellek denir. Kodlama, depolama ve geri çağırma bir bilginin bellekte kalabilmesi için gerekli olan temel etmenlerdir. Ayrıca bilgilerin kodlanması, ihtiyaç halinde geri çağırılması ve kaydedilmesi ile kişi öğrenme sürecini tamamlamış olur (Karakaş, 2006).

2.3.1.2. Dikkat

Kişinin uyarılara işitme, görme, tat alma, dokunma, koklama gibi beş duyu organını kullanarak erişip alıcılarla fark etmesini sağlayan bilişsel oluşuma dikkat denir. Ayrıca kişinin zihinsel çabasını kavrayış, öğreniş ve anlayış ile ortaya koyan bilişsel oluşumdur (Karakaş, 2008). Dikkat üç ana başlığa ayrılır. Bunlar; sürekli dikkat, bölünmüş dikkat ve seçilmiş dikkattir. Kişinin ilgisiyle alakalı olarak tek bir uyarıyı algıladığı dikkate seçilmiş dikkat denir. Bunun yanı sıra kişinin bir uyarana ait odağın sürekli hale gelmesi ise sürekli dikkat olarak adlandırılır. Bölünmüş dikkatte kişi algısını birden fazla uyarı üzerinde odaklayabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

2.3.1.3. Yürütücü İşlevler

Kişinin hedeflediği bir hareketi yapabilmesi için gereken planlama ve uygulama becerisine yürütücü işlevler denir. Kişinin gerçekleşmesini istediği davranış için yöntemler belirlemesi, plan yapması, dikkati gerçekleşmesini istediği uyarana odaklayabilmesi, gereksiz olan uyarıları baskılayabilmesi gibi beceriler yürütücü işlevler içindedir. Kişinin duygusal, davranışsal ve düşüncel becerilere ayak uydurabilmesi için yürütücü işlevler oldukça etkin rol oynamaktadır (Karakaş, 2008).

2.3.1.4. Görsel – Mekansal İşlevler

Kişinin resimleri algılayıp, onları anlamlandırıp, onlarla düşünebilmesi ve onları kopya edebilmesi yeteneğine genel olarak görsel mekansal işlevler adı verilmektedir (Kurt, 2008).

2.4. Şizofreni Hastalarında Nöropsikolojik Değerlendirme Sonuçları

Şizofreninin nöropsikolojik ve nöropsikiyatrik açıdan bozulmalara yol açan bir hastalık olduğu bilinmektedir. İnsanda yürütücü işlevler olarak adlandırılan dikkat, odaklanma, bellek ve akıl yürütme gibi alanlarda şizofreni hastalarında bozulmaların olduğunu saptayan birçok araştırma mevcuttur (Demakis, 2004).

Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının yüzde seksen beşinde aynı zamanda bilişsel işlevlerinde de bozulma olması bulgusu, bu hastalarda kognitif açıdan problemler olabileceğini göstermiştir. Yine bunu destekleyen başka bir çalışmada çalışmaya katılan hastaların yüzde sekseninden fazlasında görsel ve işitsel bellek alanlarında bozulmalar meydana geldiği görülmüştür (Reichenberg vd., 2009).

204 çalışmanın incelendiği detaylı bir gözden geçirme incelemesindeyse bellek, motor performansı, görsel ve işitsel dikkat, genel zeka, mekansal yetenek, dil, dokunsal aktarım gibi alanların hepsinde genel olarak hastalar psikiyatrik tanı almayan gruba göre düşük performans göstermişleridir. Bilişsel işlevlerin değerlendirildiği testlerden biri olan sayı dizilerini hatırlama görevinde şizofreni hastalarının herhangi psikiyatrik tanı almayan gruba göre düşük performans gösterdiği bulunmuştur (Heinrichs ve Zakzanis, 1998).

Türkiye’de de şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerine yönelik çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalara genel olarak bakıldığında yurtdışı çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Yapılan bir incelemede şizofreni tanısı almış kişilerin dikkat, bellek, yürütücü işlevler, görsel-mekansal işlevlerinde gerileme olduğunu göstermiştir (Çıtak vd., 1995).

Alptekin ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir başka çalışma hastaların bilişsel performanslarının psikiyatrik tanı almayan gruba göre geride olduğunu göstermiştir.

Bunun yanı sıra anne ya da babasından birinin şizofreni hastası olan sağlıklı bireylerin katıldığı bir çalışmada, bu bireylerin test sonuçlarında psikiyatrik tanı almayan gruba göre yürütücü işlevler, çalışma belleği, dikkat ve sözel akıcılık becerilerinde anlamlı bir düşüklük olduğu bulgulanmıştır (Carrión vd., 2011).

Şizofreni hastalarının süreçlerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise yedi yıllık bir ara verilerek tanı almış hastaların ilk ataklarından sonraki bilişsel

performanslarıyla yedi yıl sonraki bilişsel performansları karşılaştırılmıştır. İlk değerlendirilmede performansı düşük olan kişilerde hastalığın seyrinin de daha olumsuz olduğu görülmüştür (Gold, 2004).

2.5. Bipolar Hastalarda Nöropsikolojik Değerlendirme Sonuçları

Literatürdeki birçok çalışma bipolar bozukluk tanısı almış hastalarda bilişsel işlev kayıplarının var olduğunu göstermiştir. Bozukluğun hem akut hem ötimik dönemlerinde akut dönemde daha fazla göze çarpmakla birlikte bilişsel bozulmalara rastlanabilmektedir (Kurt, 2008).

Bipolar-I ve Bipolar-II olarak bipolar bozukluğun alt tiplerine bakıldığında bazı çalışmalarda tipler arasında işlevlerdeki bozulmalarda farklılaşmalar mevcuttur. Bazı çalışmalarda ise Bipolar-I ve Bipolar-II olarak bir farklılaşma görülmemiştir. Bozulmaların değerlendirildiği birçok metanaliz çalışmasında hastaların ortak olarak en çok sözel öğrenme ve yürütücü işlevler alanlarında bozulmaların olduğu bulunmuştur (Arts vd., 2008; Lloyd vd., 2009; Robinson vd., 2006; Torres vd., 2007).

Bu çalışmalara ek olarak hastalarda farklı seviyelerde dikkat, görsel bellek ve işlem hızı alanlarında da bozulmalar görülmüştür (Bora vd., 2009; Mur vd., 2008).

Bazı çalışmalarda depresif belirtilerin bilişsel işlev bozukluğu ile bağlantılı olduğu olduğu bulunurken (Ha vd., 2014; Kessing, 1998; Martinez vd., 2000), bazı çalışmalarda depresif belirtilerin bozukluklardan bağımsız olduğu görülmüştür (Kılıç vd., 2016).

Hastalığın ortaya çıkış yaşı ve ne kadar sürdüğü ile bilişsel işlevler arasında negatif korelasyon vardır (Robinson vd., 2006).

Yapılan birçok çalışmada psikotik belirtilerin varlığının bozulmaları olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Albus vd., 1996; Bora vd., 2007; Glahn vd., 2006).

Gorp vd. (1998)'ne göre alkol bağımlılığı olan bipolar bozukluğa sahip hastalarda yürütücü işlevler daha fazla zarar görmektedir.

Dikkat ve bellek söz konusu olduğunda sınır kişilik bozukluğu eş tanısı olan hastaların daha fazla olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür (Baltacıoğlu, 2015).

İşlevsel bozulmalar dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu eş tanılı hastalar için de geçerlidir (Tüysüzoğlu vd, 2011).

Bipolar bozukluğun farklı türdeki ilaçlarla olan ilişkilerine baktığımızda ise literatürde çelişkili bulgular mevcuttur. Duygu durum düzenleyici ilaçlar için yapılan bazı çalışmalarda ilaç kullanan ve kullanmayan hasta gruplarında bilişsel performans açısından bir fark gözlenmezken (Cankorur vd., 2007; Lopez- Jaramillo vd., 2010), bazı çalışmalar bellek, öğrenme, dikkat, psikomotor hız gibi alanları olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir (Bora vd., 2009; Nemeroff, 2000; Wingo vd., 2009).

Antipsikotik ilaçların bilişsel işlevler üzerindeki etkisine odaklandığımız zaman ise birkaç araştırma göze çarpmaktadır. Bu araştırmalardan elde edilen bulgular antipsikotik ilaçların bilişsel bozukluğu artırıp bilişsel performansı düşürdüğü yönündedir (Bearden vd., 2001; Cankorur vd., 2017, Donaldson vd., 2003; Torrent vd., 2011; Zubieta vd., 2001).

Bipolar hastalarının bilişsel fonksiyonlarının değerlendirildiği birçok çalışmada, yürütücü işlevler, karmaşık dikkat, soyut düşünme, görsel-motor kavramsal tarama ve planlama becerilerinin kötü olduğu bulgulanmıştır (Arts vd., 2008; Lloyd vd., 2009; Robinson vd., 2006).

Literatüre bakıldığında bipolar bozukluk hastalarına bilişsel işlevlerini ölçmek için uygulanan nöropsikolojik testlerin sonucunda yürütücü işlevler yönünden bakıldığında ötimik bipolar bozukluk tanısı almış hastaların kötü performans gösterdiği bulgulanmıştır (Mur, Portella, Martinez-Aran, Pifarre ve Vieta, 2008).

3.BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde yapılan çalışmanın modeli, örnekleme, kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanması ve toplanan verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntem ve teknikler hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Ötimik dönemdeki bipolar, remisyonadaki şizofreni hastaları ve psikiyatrik tanısı olmayan kişilerin bilişsel fonksiyonlar açısından karşılaştırılmasının amaçlandığı bu çalışmada nedensel karşılaştırma araştırma deseni kullanılmıştır. Nedensel karşılaştırma, daha önceden ortaya çıkmış bir olayın veya durumun nedenlerini, bu nedenlere etki eden değişkenleri veya ortaya çıkan bir etkinin sonuçlarını belirleme amacıyla kullanılan bir araştırma yöntemidir. Bir araştırma metodunda, neden ya da sonuçlarının hangi faktörlerden kaynaklandığı belirlenmeye çalışılır. Burada araştırılan mevcut durum, çalışmacının yönlendirmesinden bağımsızdır (Büyüköztürk, 2009).

3.2. Araştırma Örnekleme

Araştırmada tanı almış 40 ötimik dönem bipolar hastası, tanı almış 40 remisyonadaki şizofreni hastası ve psikiyatrik tanısı olmayan 40 kişiyle çalışılmıştır. Çalışmanın örnekleme belirlenirken amaçsal örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme yöntemi, örneklemin araştırılmak istenen problemle ilgili olarak belirlenen kriterlere sahip kişiler, nesnelere veya durumlardan oluşturulmasıdır (Büyüköztürk, 2009). Çalışmaya dahil olma ölçütleri önceden belirlenmiş ve örneklem bu ölçütleri karşılayan kişilerden oluşturulmuştur. Şizofreni hastaları için bu çalışmaya ölçüt alma kriterleri şu şekildedir: Çalışmaya katılımı onaylama, 18–50 yaş aralığında olma, minimum 5 yıl okul eğitimi almış olma, minimum 3 aydır remisyonunda olma ve bilişsel işlevleri etkileyen başka bir nörolojik rahatsızlığının (demans, epilepsi, parkinson hastalığı, kafatravması öyküsü vb) olmamasıdır.

Bipolar hastaları için bu çalışmaya ölçüt alma kriterleri ise şu şekildedir: Çalışmaya katılmayı kabul etme, 18 – 50 yaşları arasında olma, minimum 5 yıl okul eğitimi almış olma, minimum 3 aydır ötimik dönemde olma, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği puanının 9'dan Young Mani Değerlendirme Ölçeği puanının 6'dan küçük olması, bilişsel fonksiyonları etkileyen başka bir nörolojik hastalığının (demans, epilepsi, parkinson hastalığı, kafatravması öyküsü vb) olmaması.

Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, görme, işitme, motor becerileri etkileyen fiziksel hastalığa sahip olan, epilepsi öyküsü ve diğer nörolojik bozuklukları olan, mental retardasyon, yaygın gelişimsel bozukluklar gibi rahatsızlıkları bulunan kişiler bu çalışmadan dışlanmıştır.

Hasta grubu için örneklem olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören, DSM-5 tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı alan hastalar alınmıştır. Kontrol grubu da yine aynı bölgede ikamet eden ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişilerden oluşturulmuştur.

3.2.1. Grupların Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 1.

Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel İstatistikler

		N	%
Cinsiyet	Kadın	60	50
	Erkek	60	50
Yaş Aralığı	18-33 yaş	53	44.8
	34-50 yaş	67	55.8
	5-8 yıl arası	66	55
Eğitim Düzeyi	8- 12 yıl arası	38	31.7
	12 yıl ve üzeri	16	13.3
Medeni Durum	Evli	52	53.3
	Bekar	68	56.7
	Yalnız	35	29.2
Yaşam Biçimi	Eşyle	51	42.5
	Kök Ailesiyle	34	28.3
Sigara Kullanımı	Var	77	64.2
	Yok	43	35.8
Alkol Kullanımı	Var	41	34.2
	Yok	79	65.8
İntihar Girişimi Öyküsü	Evet	7	5.8
	Hayır	113	94.2

Araştırmaya katılan 120 kişinin %50'si kadın (n:60) %50'si erkek (n:60) tir. Katılımcı alt gruplarından olan 40 şizofreni hastasının %50'si erkek (n:20) %50'si kadın (n:20), 40 bipolar bozukluk hastasının %50'si erkek (n:20) %50'si kadın (n:20) ve psikiyatrik hastalığı olmayan grubunun %50'si erkek (n:20) %50'si (n:20) kadındır.

Araştırmaya katılan 120 kişinin yaş ortalaması 35.19'dur. Katılımcılardan şizofreni tanısı almış kişilerin yaş ortalaması 36.82, bipolar bozukluk tanısı alan kişilerin yaş

ortalaması 35.17 ve psikiyatrik tanısı olmayan grubunun yaşlarının ortalaması ise 33.43'tür.

Araştırmaya katılan 120 kişinin okul eğitim süresi ortalaması 8.05 yıldır. Katılımcılardan şizofreni hastalarından oluşan grubun eğitim süresi ortalaması 7.65 yıl, bipolar hastalarından oluşan grubun eğitim süresi ortalaması 8.23 yıl ve psikiyatrik tanısı olmayan grubunun eğitim süresi ortalaması ise 8.78 yıldır.

Araştırmaya katılan 120 kişinin %56.7'si bekar (n:68) %53.3'ü evlidir (n:52). Katılımcılardan şizofreni tanısı alan kişilerden oluşan grubun %32.5'i evli (n:13) %67.5'i bekar (n:27), bipolar bozukluk tanısı alan kişilerden oluşan grubun %45'i evli (n:18) %55'i bekar (n:22) ve psikiyatrik tanısı olmayan grubun %52.5'i evli (n:21) %47.5'i bekadır (n:19).

Araştırmaya katılan 120 kişinin %29,2'si yalnız (n:35), %42.5'i eşiyile (n:51) ve %28.3'ü de (n:34) kök ailesiyle yaşadığını belirtmiştir. Alt gruplar açısından değerlendirildiğinde şizofreni tanısı almış bireylerden oluşan grubun %35'i yalnız (n:14), %32.5'i eşiyile (n:13) ve %32.5'i (n:13) kök ailesiyle yaşamaktadır. Bipolar bozukluk tanısı alan kişilerden oluşan grubun %30'u yalnız (n:12), %42.5'i eşiyile (n:17) ve %27.5'i de (n:11) kök ailesiyle yaşamaktadır. Herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişilerden oluşan grubun ise %22.5'i yalnız (n:9), %52.5'i eşiyile (n:21), %25'i (n:10) kök ailesiyle yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan 120 kişinin % 64.2'si (n:77) sigara kullandığını ifade ederken % 35.8'i (n:43) sigara kullanmadığını söylemiştir. Katılımcılardan şizofreni tanısı alan kişilerden oluşan grubun % 62.5'i sigara kullanırken (n:25) % 37.5'i sigara kullanmadığını belirtmiştir (n:15). Bipolar bozukluk tanısı alan kişilerden oluşan grubun % 72.5'i sigara kullanırken (n:29) % 27.5'i sigara kullanmamaktadır (n:11). Psikiyatrik tanısı olmayan grubun ise % 57.5'i sigara kullanıyorken (n:23) % 42.5'inde sigara kullanmadığını belirtmiştir (n:17).

Araştırmaya katılan 120 kişinin % 34.2'sinde (n:41) alkol kullanımı varken %65.8'inde (n:79) alkol kullanımı yoktur. Katılımcılardan şizofreni tanısı almış bireylerden oluşan grubun % 22.5'i alkol kullanırken (n:9) % 77.5'i alkol kullanmadığını ifade etmiştir (n:31). Bipolar bozukluk tanısı alan kişilerden oluşan grubun % 42.5'i alkol kullandığını söylerken (n:17) % 57.5'i alkol kullanmadığını belirtmiştir (n:23).

Psikiyatrik tanısı olmayan grubun ise % 37.5'i alkol kullanırken (n:15) % 62.5'i alkol kullanmamaktadır (n:25).

Araştırmaya katılan 120 kişinin tamamında uyuşturucu madde kullanım öyküsü bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan 120 kişinin % 5.8'i (n:7) hayatında en az bir kez intihar girişiminde bulduklarını ifade etmişken % 94.2'sinde (n:113) intihar öyküsü bulunmamaktadır. Katılımcılardan şizofreni tanısı alan kişilerden oluşan grubun % 7.5'inde intihar girişimi öyküsü mevcutken (n:3) % 92.5'inde intihar teşebbüs öyküsü yoktur (n:37). Bipolar bozukluk tanısı alan kişilerden oluşan grubun % 10'unda intihar teşebbüsü öyküsü bulunurken (n:4) % 90'ında intihar girişimi öyküsü bulunmamaktadır (n:36). Psikiyatrik tanısı olmayan grubun ise tamamında intihar öyküsü yoktur.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, çalışmaya katılan kişilerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, kiminle yaşadığı, hastalık süresi, alkol ve madde kullanımı, intihar girişim bilgisi, hastaneye yatış sayısı ve bilinen başka tıbbi rahatsızlığının olup olmadığı şeklinde sosyo – demografik özellikleri ve psikiyatrik öyküleri hakkında bilgi sahibi olabilmek adına araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.3.2. İz Sürme Testi

Klinik nöropsikoloji alanında en yaygın kullanılan testler arasında olan İz Sürme Testi, Amerika Birleşik Devletler Ordusu'nda görevli psikologlar tarafından (1955) geliştirilmiş olup görsel motor ve görsel kavramsal iz sürme testi olarak da bilinmektedir. Test genel olarak iki bölümden oluşmaktadır. Testin A bölümünde kişilerden form üzerindeki dairelerin içinde değişik yerlerde konumlandırılan sayıları (1 ile 25 arasında) ardı ardına ve hatasız bir şekilde çizgiler çizerek birleştirmeleri istenmektedir. Testin B bölümünde ise teste tabi tutulan kişilerden form üzerindeki dairelerin içindeki 1 ile 13 arasında bulunan sayılarla; yine form üzerindeki dairelerin

içindeki A ile L arasında bulunan harfleri 1-A, 2-B, 3-C olacak şekilde ardı ardına ve hatasız bir şekilde çizgiler çizerek birleştirmeleri istenmektedir (Türkeş, Can, Kurt ve Dikeç, 2015).

Test genel olarak frontal bölgeyle ilgili yürütücü işlevler, karmaşık dikkat, soyut düşünme, görsel-motor kavramsal tarama, planlama, tepki ketlemesi, set değiştirme becerilerini ölçmekte kullanılmaktadır (Demakis, 2004).

Türkçe standardizasyon çalışması Cangöz, Karakoç ve Selekler (2007) tarafından yapılan İST'nin test- re-test tekniği ile hesaplanan güvenilirliği İST Bölüm A süre puanı için .78, İST Bölüm B süre puanı için .73'tür. Yargıcılararası güvenilirlik İST Bölüm A süre puanı için.99, İST Bölüm B süre puanı için .93 olarak bulgulanmıştır İST'nin değerlendirmesi A ve B bölümleri için testin tamamlanış süresi, yapılan hata ve düzeltme sayıları üzerinden yapılmaktadır. Test ne kadar kısa sürede, düzeltmesiz ve hatasız tamamlanırsa kişinin karmaşık dikkat, planlama, görsel-motor kavramsal tarama gibi yürütücü işlev becerilerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir.

3.3.3. Frontal Değerlendirme Ölçeği

Frontal Değerlendirme Ölçeği, Dubois vd. (2000) tarafından geliştirilmiş olup, frontal lobun işlevselliğini ölçmek için kullanılan bir nöropsikolojik testtir. Altı alt bölümden oluşan testin puanlaması 0 – 18 arasındadır ve testten alınan yüksek puan, testi alan kişinin iyi performans gösterdiğini gösterir.

Türkçeye uyarlaması Tunçay, (2009) tarafından gerçekleştirilen FDÖ, güvenilirlik açısından değerlendirildiğinde FDÖ skorlarının iç tutarlılık oranı nöropsikiyatrik hastalık grubunda Cronbach alfa = 0.73, sağlıklı bireylerin olduğu grupta Cronbach alfa = 0.52 ve test re test ile uygulamacılar arası güvenilirlik katsayısı $r=0.89$ olarak bulgulanmıştır. FDÖ'nün geçerlilik oranlarına bakıldığında eş zaman geçerliliği (paralel test) kabul edilebilir derecede yüksektir. Buna göre geçerlik katsayısı. 72 olarak bulgulanmıştır. FDÖ'nün uygulaması yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Frontal loba ait yürütücü işlev bozukluklarını ortaya çıkartmakta kullanılan testin alt bölümleri ise şu şekildedir; çelişen yönergeler, kelime akıcılığı, motor seriler, benzerlikler, yap – yapma ve yakalama davranışlarıdır.

3.3.4. Saat Çizimi Testi

İlk kez Boston Afazi Bataryası'nın bir parçası olarak Goodglass ve Kaplan (1993) tarafından kullanılan Saat Çizimi Testi (SÇT) sağlıklı bireyleri kognitif bozukluğu olan bireylerden ayırabilen, kolay ve kısa sürede uygulanan bir bilişsel tarama testidir.

Türkçe uyarlama çalışması Cangöz vd. (2006) tarafından yapılan SÇT planlama, organizasyon becerileri, görsel – mekansal beceriler, konsantrasyon ve engellenmeye karşı toleransı değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir nöropsikolojik testtir. SÇT'nin güvenilirliğine bakıldığında Manos ve Wu yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen puanlamada test – tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,81, Shulman yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen puanlamada ise test – tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,72 bulunmuştur. Testin geçerliliğine bakıldığında ise SÇT'de Manos - Wu yöntemi ve Shulman yöntemi ile hesaplanan toplam SÇT puanları arasında oldukça güçlü bir korelasyon görülmüştür ($r=0,929$, $p<0,001$). Testin uygulaması ve puanlaması için birkaç farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu çalışmada kullanılacak uygulama yönteminde kişilerden boş kağıda bir daire çizmeleri, çizdikleri daireyi saat olarak düşünüp içine rakamları doğru konumda olacak şekilde yerleştirmeleri istenmiştir. Daha sonra akrep ve yelkovanı on biri on geçecek şekilde çizmeleri şeklinde bir yönerge verilmiştir. Bu çalışmada SÇT 4 puan üzerinden değerlendirilmekte olup kişinin daireyi çizmesi 1 puan, rakamları dairenin içine eksiksiz ve doğru konumda olacak şekilde çizmesi 1 puan, akrep ve yelkovanı doğru şekilde çizmesi de 2 puan almaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlamak için öncelikle Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu'ndan 10 Ocak 2020 tarihinde onay alınmıştır. Onay alındıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır. Veriler Ocak 2020 ile Mart 2020 tarihleri arasında İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde toplanmıştır.

Çalışmaya katılma kriterleri doğrultusunda kriterlere uygun kişilerle görüşme yapılmış ve bu görüşmede çalışma hakkında detaylı bilgi verilerek bilgilendirme formu

okutulup çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Ayrıca katılımcılara çalışma boyunca verecekleri bilgilerin hiç kimseye paylaşılmayacağı bilgisi de verilmiştir.

Çalışma her katılımcı için yaklaşık 45 dakika sürmüş olup tek oturumda gerçekleşmiştir. Katılımcılara bilişsel işlevlerini ölçen Saat Çizimi Testi, Frontal Değerlendirme Ölçeği ve İz Sürme Testi uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın istatistik analizleri Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) 22 istatistik analiz programı kullanılarak yapılmıştır. Analiz işleminde öncelikle normallik kapsamında, elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini görmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov Testi gerçekleştirilmiş ve sonuçlar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2.*Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları*

Ölçek Adı	Şizofreni		Bipolar		Kontrol	
	z	p	z	p	z	p
FDÖ	.143	.92	.125	.117	.158	.269
İST A Süre	.092	.165	.118	.178	.111	.289
İST B Süre	.971	.406	.961	.187	.979	.641
SÇT	.298	.000	.369	.000	.489	.000
İST A Hata/Düzelme	.373	.000	.260	.000	.521	.000
İST B Hata/Düzelme	.175	.004	.203	.002	.337	.000

Yapılan normallik testi sonuçlarına göre çalışmada kullanılan FDÖ için şizofreni grubu ($z = .143$, $p = .92$), bipolar grubu ($z = .125$, $p = .117$) ve psikiyatrik tanısı olmayan grup ($z = .158$, $p = .269$) ölçek puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ve normal dağılıma uygundur. Benzer şekilde İST A için şizofreni grubu ($z = .092$, $p = .165$), bipolar grubu ($z = .118$, $p = .178$) ve psikiyatrik tanısı olmayan grup ($z = .111$, $p = .289$); İST B için şizofreni grubu ($z = .971$, $p = .406$), bipolar grubu ($z = .961$, $p = .187$) ve psikiyatrik tanısı olmayan grup ($z = .979$, $p = .641$) ölçek puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ve normal dağılıma uygundur. Bundan dolayı bu ölçeklerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır.

SÇT, İST A ve İST B hata-düzelme puan dağılımları normal dağılım göstermediği için bunların analizinde parametrik olmayan hipotez testleri kullanılmıştır.

Sosyo-demografik değişkenlerin betimsel istatistikleri (aritmetik ortalama, standart sapma, frekans, yüzde vb) hem çalışmaya katılan tüm katılımcılar için hem de 3 alt grup için ayrı ayrı verilmiştir.

Çalışmanın normal dağılım gösteren veriler için gruplar arasında Bağılantısız Örneklem İçin T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann - Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi gerçekleştirilmiştir. Kategorik verilerin değerlendirilmesi için ise Ki-kare analizi yapılmıştır.

Örneklem, remisyondaki şizofreni hastaları, ötimik bipolar hastaları ve psikiyatrik tanısı olmayan grup olmak üzere üç gruba ayrılıp, karşılaştırmalar bu üç grup arasında yapılmıştır.

Yapılan tüm analizlerde istatistiki anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, temel ve alt amaçlar kapsamında gerçekleştirilen veri analizleri sonucunda elde edilen bulgular sunulmuştur.

4.1. Hasta Gruplarının Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

4.1.1. Hastalık Süresi

Tablo 3.

Hasta Gruplarının Hastalık Süreleri Bakımından Karşılaştırılması

	n	x	Ss	t	sd	p
Şizofreni	40	9.65	4.42	.227	78	.469
Bipolar	40	9.30	4.34			

Tablo 3 incelendiğinde şizofreni hastalarından oluşan grubun hastalık süresi ortalaması 9.65 yıl, bipolar bozukluğu olan hastalardan oluşan grubun hastalık süreleri ortalaması ise 9.30 yıl olarak bulgulanmıştır.

Katılımcıların hastalık süreleri ortalamalarının gruplara göre değişip değişmediğine bağlantısız örneklem için t testi ile bakılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, hastalık süreleri açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma bulgulanmamıştır $t(78) = .227$, $p = .469$.

4.1.2. Hastaneye Yatış Sayısı

Tablo 4.

Hasta Gruplarının Hastaneye Yatış Sayıları Bakımından Karşılaştırılması

	n	x	Ss	t	sd	p
Şizofreni	40	3.18	1.99	1.47	78	.146
Bipolar	40	2.48	1.85			

Tablo 4 incelendiğinde şizofreni hastalarından oluşan grubun hastaneye yatış sayısı ortalaması 3.18, bipolar bozukluğu olan hastalardan oluşan grubun hastaneye yatış sayısı ortalaması ise 2.48 dir.

Katılımcıların hastaneye yatış sayısı ortalamalarının gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için bağlantısız örneklem için t testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, hastaneye yatış sayıları bakımından şizofreni ve bipolar grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır $t(78)=1.47$, $p=.146$.

4.2. Bilişsel İşlevlere İlişkin Bulgular

Tablo 5.

Grupların Frontal Değerlendirme Ölçeği Sonuçları Açısından Karşılaştırılması

	n	x	Ss	sd	t	p
Şizofreni	40	13.45	2.33	117	13.42	.000
Bipolar	40	14.00	1.94			
Kontrol	40	15.65	1.59			

Katılımcıların FDÖ'den aldıkları puanların gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla tek yönlü varyans analizi tekniği kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre alt grupların istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür $F(2,117) = 13.42, p < 0.05$

Söz konusu farklılığın kaynağını incelemek üzere yapılan Scheffe çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre, psikiyatrik tanı almamış grubun FDÖ puanları açısından hem şizofreni tanısı almış bireylerden hem de bipolar bozukluk tanısı almış bireylerden farklılaştığı görülmüştür. Buna göre psikiyatrik tanı almamış grubun test puanları her iki hasta grubundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksektir.

Şizofreni tanısı almış bireylerden oluşan grubun test puanları ile bipolar bozukluk tanısı almış bireylerden oluşan grubun test puanları arasında anlamlı bir farklılaşma bulgulanmamıştır.

Tablo 6.*Grupların Saat Çizimi Testi Sonuçları Açısından Karşılaştırılması*

	n	x	Ss	Sıra Ort.	sd	H	p
Şizofreni	40	3.25	.142	51.00	2	9.95	.007
Bipolar	40	3.50	.107	58.80			
Kontrol	40	3.85	.064	71.70			

Katılımcıların SÇT'den aldıkları puanların alt gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla ilişkisiz ölçümler için Kruskal Wallis H-Testi tekniği kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre alt grupların istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür ($H=9.95$, $p \leq 0.05$).

Söz konusu farklılığın kaynağını araştırmak üzere ikili gruplar halinde yapılan Mann-Whitney U Testleri sonuçlarına göre, psikiyatrik tanı almamış grubun SÇT puanları şizofreni tanısı almış bireylerden yüksektir ($U=528$ $p \leq 0.05$). Yine psikiyatrik tanı almamış grubun SÇT puanları bipolar bozukluk tanısı almış bireylerden yüksektir ($U=624$ $p \leq 0.05$). Şizofreni tanısı almış bireylerin SÇT puanları ile bipolar bozukluk tanısı almış kişilerin puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 7.*Grupların İz Sürme Testi A Bölümü Süre Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması*

	n	x	Ss	sd	t	p
Şizofreni	40	43.33	9.38	2	15.43	.000
Bipolar	40	42.70	6.64			
Kontrol	40	38.00	5.37			

Katılımcıların İST A bölümü bitirme süresi ortalamalarının gruplara göre farklılaşp farklılaşmadığını anlamak amacıyla tek yönlü varyans analizi tekniği kullanılmıştır. Sonuçlara göre alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaşma bulgulanmıştır $F(2,117) = 15.43$, $p \leq 0.05$ Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu görmek amacıyla yapılan Scheffe çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre, psikiyatrik tanı almamış grubun İST A bölümü sürelerinin hem şizofreni hem de bipolar bozukluk tanısı almış bireylerden farklılaştığı görülmüştür. Buna göre psikiyatrik tanı almamış grubun testi tamamlama süreleri her iki hasta grubundan daha kısadır. Şizofreni grubunun testi tamamlama süreleri ile bipolar grubunun testi tamamlama süreleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulgulanmamıştır.

Tablo 8.*Grupların İz Sürme Testi B Bölümü Süre Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması*

	n	x	Ss	sd	t	p
Şizofreni	40	71.13	10.87	2	29.65	.000
Bipolar	40	68.48	9.60			
Kontrol	40	56.03	8.07			

Katılımcıların İST B bölümü bitirme süresi ortalamalarının gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığına tek yönlü varyans analizi ile bakılmıştır. Sonuçlara göre alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaşma bulgulanmıştır $F(2,117) = 29.65$, $p \leq 0.05$ Farklılaşan grupları görebilmek amacıyla Scheffe çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda herhangi bir psikiyatrik tanı almamış grubun İST B bölümü sürelerinin hem şizofreni hem de bipolar bozukluk grubundan farklılaştığı görülmüştür. Buna göre herhangi bir psikiyatrik tanı almamış grubunun testi tamamlama süreleri hem şizofreni hem de bipolar hasta grubundan daha kısadır. Şizofreni grubunun testi tamamlama süreleri ile bipolar grubunun testi tamamlama süreleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulgulanmamıştır.

Tablo 9.

Grupların İz Sürme Testi A Bölümü Hata ve Düzeltme Sayıları Bakımından Karşılaştırılması

	n	x	Ss	Sıra Ort.	sd	H	p
Şizofreni	40	.80	.090	74.03	2	18.56	.000
Bipolar	40	.53	.074	61.79			
Kontrol	40	.13	.053	45.69			

Katılımcıların İST A bölümü hata ve düzeltme sayılarının alt gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla ilişkisiz ölçümler için Kruskal Wallis H Testi tekniği kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre alt grupların istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür ($H=18.56$, $p\leq 0.05$). Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu görebilmek amacıyla ikili gruplar halinde yapılan Mann-Whitney U Testleri sonuçlarına göre, şizofreni grubunun İST A bölümü düzeltme ve hata puanları psikiyatrik tanı almamış gruptan yüksektir ($U=587$ $p\leq 0.05$). Bipolar grubunun da İST A bölümü hata ve düzeltme puanları psikiyatrik tanı almamış gruptan yüksektir ($U=420$ $p\leq 0.05$). Hata ve düzeltme puanları açısından şizofreni ve bipolar grupları arasında fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 10.

Grupların İz Sürme Testi B Bölümü Hata ve Düzeltme Sayıları Bakımından Karşılaştırılması

	n	x	Ss	Sıra Ort.	sd	H	p
Şizofreni	40	1.60	.178	78.88	2	38.15	.000
Bipolar	40	1.50	.142	69.35			
Kontrol	40	.60	.101	33.28			

Katılımcıların İST B bölümü hata ve düzeltme sayılarının alt gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkisiz ölçümler için Kruskal Wallis H Testi tekniği ile bakılmıştır. Elde edilen bulgulara göre alt grupların istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür ($H=38.31$, $p \leq 0.05$). Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu görebilmek amacıyla ikili gruplar halinde yapılan Mann-Whitney U Testleri sonuçlarına göre, şizofreni grubunun İST B bölümü düzeltme ve hata puanları psikiyatrik tanı almamış gruptan yüksektir ($U=185$ $p \leq 0.05$). Bipolar grubunun da İST B bölümü hata ve düzeltme puanları psikiyatrik tanı almayan gruptan yüksektir ($U=420$ $p \leq 0.05$). Hata ve düzeltme puanları açısından şizofreni ve bipolar grupları arasında fark yoktur ($p > 0.05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmanın temel ve alt amaçları kapsamında elde edilen bulgulara ilişkin ilgili alanyazın bağlamında yapılan tartışma ve yorumlara yer verilmiştir.

İlgili literatüre bakıldığında ötimik dönemdeki bipolar ve remisyon dönemindeki şizofreni hastalarını bilişsel işlevler açısından karşılaştıran pek az çalışmaya rastlanmıştır (Hoff, 2005; Kaygısız, 2014; Pradhan, 2008; Sanchez-Morla, 2009). Bunun yanı sıra ötimik bipolar ve remisyondaki şizofreni hastalarıyla bu çalışmada kullanılan İz Sürme Testi (İST), Saat Çizimi Testi (SÇT) ve Frontal Değerlendirme Ölçeği (FDÖ)'nin birlikte kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada şizofreni tanısı almış hastaların bilişsel işlevleri ile bipolar bozukluk tanısı almış hastaların bilişsel işlevleri İST kullanılarak karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak bipolar bozukluk tanısı almış hastaların test puanları ile şizofreni tanısı almış hastaların test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşma olmadığı görülmüştür. İlgili literatür incelendiğinde bu sonuç önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Hoff vd. (2005) yılında yaptıkları bir çalışmada hastaneye yatan bipolar ve şizofreni hastalarını yaş, cinsiyet, kullandıkları ilaçlar da göz önünde bulundurularak İST ile karşılaştırmış, çalışmanın sonucunda hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde bipolar bozukluğa sahip ötimik dönem hastalar ile remisyon dönemindeki şizofreni hastalarının nöropsikolojik test performansları bakımından karşılaştırıldığı bir başka çalışma sonucunda şizofreni hastalarının İST B Formu, Geri Sayı Menzili ve Sözel Öğrenme Testleri'nde bipolar bozukluğa sahip hastalara göre daha kötü performans gösterdiği, ancak iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulgulanmıştır (Sanchez – Morla vd., 2009). Bu açıdan bakıldığında bu çalışmanın bulgularının önceki çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bir sonuç, remisyon dönemindeki şizofreni hastalarının İST performanslarının psikiyatrik tanı almayan gruptan kötü olmasıdır. İlgili literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar elde edilen bu sonucu desteklemektedir. Mahurin vd. (2003) tarafından yapılan bir araştırmada şizofreni hastaları ve psikiyatrik tanı

almamış gruba İST uygulanmış, elde edilen test sonuçlarında şizofreni hastalarının test performanslarının psikiyatrik tanı almayan gruba göre daha kötü olduğu bildirilmiştir. Alptekin vd. (2004) yaptığı bir başka çalışmada şizofreni hastalarının İST performanslarının hem testi tamamlama süresi hem de yapılan hata-düzeltilme sayıları açısından psikiyatrik tanısı olmayan kişilere göre daha başarısız olduğunu göstermiştir. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada İST'nin hem A hem de B bölümü için şizofreni hastalarının test performans puanlarının herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmayan kişilerden oluşan gruptan daha düşük olduğu gözlenmiştir (Can, 2008). Benzer şekilde Erol vd.(2004)'nin şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmasında, şizofreni hastalarının İST performanslarının psikiyatrik tanı almayan gruba göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında frontal lob işlev bozukluklarının analiz edildiği kapsamlı bir başka çalışmada, şizofreni hastalarının İST performanslarının A ve B bölümleri için hem testi bitirme süreleri hem de yapılan düzeltme sayılarının psikiyatrik tanı almayan grubun test performanslarına göre daha kötü olduğu bulgulanmıştır (Mahurin, Velligan ve Miller, 2002).

Araştırma kapsamında elde edilen diğer bir sonuç ise bipolar hastalarının İST performanslarının psikiyatrik tanı almayan gruptan kötü olmasıdır. Konuyla ilgili yapılan önceki çalışmalara bakıldığında elde edilen bu sonucun literatür ile uyumlu olduğu göze çarpmaktadır. Bipolar hastaları ve psikiyatrik tanısı olmayan kişilerin bilişsel fonksiyonlarının İST ile değerlendirildiği birçok çalışmada, hasta grubunun yürütücü işlevler, karmaşık dikkat, soyut düşünme, görsel-motor kavramsal tarama ve planlama becerilerinin psikiyatrik tanısı olmayan kişilerden daha kötü olduğu bulgulanmıştır (Arts vd., 2008; Lloyd vd., 2009; Robinson vd., 2006). Yapılan bir başka çalışmada Boucart vd.(1999) bipolar hastaları ile psikiyatrik tanısı olmayan kişilerin bilişsel performanslarını İST'ye göre değerlendirmiştir. Bu değerlendirme sonucunda bipolar hastalarının test performanslarının psikiyatrik tanısı olmayan grubun test performanslarına oranla daha kötü olduğu gözlenmiştir. Benzer çalışmayı Barch vd (2002) da yapmış ve bipolar hastalarının psikiyatrik tanı almayan gruba göre düşük performans gösterdiklerini bulgulamışlardır. Literatüre bakıldığında yapılan bir diğer çalışmada İST 40 bipolar bozukluk tanısı almış hasta ve psikiyatrik tanısı olmayan 30 kişiden oluşan psikiyatrik tanı almayan gruba uygulanmış, uygulamanın sonucunda performans bakımından bipolar bozukluk tanısı almış hasta

grubunun psikiyatrik tanı almayan gruptan daha kötü olduğu bulgulanmıştır (Martinez – Aran vd, 2004).

Bu çalışmada şizofreni hastalarının FDÖ'den aldığı test puanları ile bipolar bozukluk tanısı almış hastaların FDÖ'den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde elde edilen bu sonuç önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında remisyon dönemindeki şizofreni ve ötimik dönem bipolar hastalarını FDÖ ile karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak FDÖ ile değerlendirilen frontal lob işlevselliğini değerlendiren başka testler de mevcuttur. Wisconsin Kart Eşleme testi de bunlardan biridir. Yapılan bir çalışmada WKET kullanılarak bipolar bozukluk tanısı almış hastalar ve şizofreni tanısı almış hastalar frontal lob işlevselliği yönünden karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda bipolar bozukluk tanısı almış hastaların frontal bölge ile ilgili yürütücü işlev test puanları ile şizofreni tanısı almış hastaların test puanlarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür (Morice, 2000). Benzer şekilde Kaygısız vd. (2014)'nin yaptığı çalışmada ise WKET şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hastalara uygulanmış ve her iki grubun test performansları karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre şizofreni hastaları ile bipolar bozukluk tanısı almış hastaların tekrarlayıcı hata sayıları ve tamamlanan kategori sayılarının birbirine benzerlik gösterdiği bulgulanmıştır. Şizofreni hastaları ile bipolar bozukluk hastalarını frontal lob işlevselliği bakımından karşılaştıran diğer bir çalışmada her iki hasta grubu arasında anlamlı bir fark bulmadığı bildirilmiştir (Krishnadas, Ramanathan, Wong, Nayak ve Moore, 2014). Türkiye'de yapılan ve yürütücü işlevler yönünden bipolar bozukluk hastaları ile şizofreni hastalarını karşılaştıran bir başka çalışmaya bakıldığında her iki hastalık grubunun nitelik olarak benzer olduğu bulgulanmıştır. (Sibel ve Alp, 2010).

Bu çalışmadan elde edilen diğer bir sonuç da hem şizofreni hem de bipolar hastaların FDÖ'den aldıkları puanların psikiyatrik tanı almayan kişilerden daha düşük olmasıdır. İlgili diğer çalışmalar incelendiğinde bizim çalışmamızdan elde edilen sonuç ile paralellik gösteren birçok çalışma olduğu görülmektedir. Morrison – Stewart vd (2002), genel anlamda yapılan tüm frontal değerlendirme testlerinde şizofreni tanısı almış hastaların performanslarının psikiyatrik tanı almayan kişilerin performanslarına oranla kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bipolar bozukluk ve psikiyatrik tanı almayan grubun karşılaştırıldığı başka bir çalışmada katılımcılara WKET uygulanmış ve test

performanslarına bakılmıştır. Çalışma iki yıllık gözlem çalışması şeklinde devam etmiştir. Çalışma sonucunda yürütücü işlevler yönünden bakıldığında ötimik bipolar bozukluk tanısı almış hastaların psikiyatrik tanı almayan gruba göre daha kötü performans gösterdiği bulgulanmıştır (Mur, Portella, Martinez-Aran, Pifarre ve Vieta, 2008). Bipolar bozukluğa sahip 30 depresif dönemdeki hasta, 34 manik dönemdeki hasta, 44 ötimik dönemdeki hasta ve 30 kişiden oluşan psikiyatrik tanı almayan grubun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada hem depresif hem manik hem de ötimik dönemdeki bipolar hastalarının psikiyatrik tanı almayan gruba göre daha kötü performans gösterdikleri bulgulanmıştır (Martinez – Aran vd, 2004).

Şizofreni hastalarının SÇT'den aldığı test puanları ile bipolar bozukluk tanısı almış hastaların SÇT'den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı bu çalışmada elde edilen diğer bir sonuçtur. Pradhan vd. (2008) yaptıkları bir çalışmada, şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarını planlama, organizasyon becerileri, görsel – mekansal beceriler, konsantrasyon ve engellenmeye karşı toleransı yönünden karşılaştırmak amacıyla katılımcılara birçok nörokognitif test uygulamışlardır. Çalışmada uygulanan testlerden biri de SÇT dir. Çalışmanın sonucunda şizofreni hastalarının SÇT sonuçlarının bipolar hastalarına göre daha kötü olmasına rağmen, iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuç da yapılan bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada ayrıca SÇT puanları açısından hem şizofreni hastalarının hem de bipolar hastalarının psikiyatrik tanı almayan gruba göre daha kötü performans sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde önceki çalışmalardan elde edilen bulgular bu çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bozikas vd. (2003) nin şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışma sonunda hastalarının hastaların SÇT puanlarının psikiyatrik tanısı olmayan grubunun SÇT puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde düşük olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Yapılan bir başka çalışmada şizofreni hastaları ile psikiyatrik tanı almayan grubun SÇT performansları karşılaştırılmış, şizofreni hastalarının test performanslarının psikiyatrik tanı almayan grubun test performanslarına oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu bulgulanmıştır (Değerli, 2017). Benzer şekilde Can vd. (2008) tarafından şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada, hasta grubunun SÇT puanlarının, herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan psikiyatrik tanı almayan grubun SÇT puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu bulgulanmıştır.

Literatüre bakıldığında ötimik dönemdeki bipolar hastalarının SÇT puanlarının psikiyatrik tanı almayan gruptan daha kötü olduğu yönünde birçok çalışma karşımıza çıkmaktadır (Bora vd., 2007; Clark, Goodwin ve Iversen, 2002; Robinson ve Ferrier, 2006). Tüm bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında ötimik dönemdeki bipolar bozukluğa sahip hastaların SÇT'de psikiyatrik tanısı olmayan kişilere göre daha kötü performans gösterdikleri bulgulanmıştır. Bu bakımdan bu çalışmadan elde edilen bulgular da önceki çalışmalardan elde edilen bulgularla örtüşmektedir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı ötimik dönem bipolar ve remisyondaki şizofreni hastalarının bilişsel fonksiyonlar açısından karşılaştırılmasıdır. Bu bölümde çalışmadan elde edilen sonuçlar hakkında bilgi verilmiş, çalışmanın kısıtlılıkları aktarılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

6.1. Sonuç

Yapılan bu çalışmanın ilk hipotezi şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerinin bipolar hastalarına oranla daha kötü olduğu yönündeydi. Hasta gruplarına İST, SÇT ve FDÖ uygulandığında şizofreni hastalarının test performanslarının bipolar bozukluk hastalarının test performanslarına göre daha kötü olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel anlamda fark bulgulanmamıştır.

Çalışmanın ikinci hipotezi bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış hastaların bilişsel işlevlerinin herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişilere oranla daha kötü olduğu yönündeydi. Katılımcılara uygulanan İST, SÇT ve FDÖ testlerinin sonucunda hasta grubu ile psikiyatrik tanı almayan grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşma saptanmıştır. Hasta grubundaki bilişsel işlev bozukluğunun psikiyatrik tanı almayan kişilerden oluşan gruba göre daha kötü olduğu bulgulanmıştır.

6.2. Öneriler

Literatüre bakıldığında bu çalışmada kullanılan İST, FDÖ, SÇT ile yapılmış benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Daha ayrıntılı sonuçların ortaya çıkması için bu testleri kullanarak daha fazla örneklem ile buna benzer çalışmalar yapılabilir.

Bunun yanı sıra ötimik bipolar ve remisyondaki şizofreni hastalarını karşılaştıran pek az çalışma mevcuttur. Ötimik bipolar ve remisyondaki şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerinin bipolar ve şizofreni hastalarının bilişsel işlevleriyle karşılaştıran bir çalışma yapılabilir.

Ruhsal sağlık alanında çalışan uzmanlar bipolar bozukluk ve şizofreni hastlarının yakınlarına hem hastalık hemde bu hastalıkların getirdiği bozulmalarla ilgili psikoeğitim verebilirler.

Bu çalışmada sadece İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki TRSM'den hastalar ile çalışılmıştır. Buna benzer çalışmalar birçok farklı hastanedeki TRSM hastaları ile yapılabilir.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği: APA (2013) *DSM-V TR: Tanı Ölçütleri El Kitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Angst, J., & Marneros, A. (2001). Bipolarity From Ancient to Modern Times:: Conception, Birth and Rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67(1), 3-19.

Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., & Kurt, E. (2012). Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 31-42.

Alptekin K, Akdede Kıvırcık BB, Kitiş A, Akvardar Y, (2004). Şizofreni ve Yaşlanma: Şizofrenide klinik belirtilerin ve bilişsel işlevlerin yaşla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 15(2): 91-97.

Albus M, Hubmann W, Wahlheim C, Sobızack N, Franz V, Mohr F (1996). Contrasts in neuropsychological test profile between patients with first- episode schizophrenia and first-episode affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 94: 87-93.

Arts B, Jabben N, Krabbendam L, Van Os J (2008). Meta-analyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives. *Psychological Medicine*, 38: 771-786.

Aloia MS., Gourovitch ML., Weinberger DR., ve Ark. (1996). An investigation of semantic space in patients with schizophrenia. *J Int Neuropsychol Soc*;2:267–273.

Andreasen NC., Nasrallah HA., Dunn V. (2006). Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: A magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 136-144.

Belene, E. (2009). *Şizofrenide anksiyete belirtilerinin, pozitif, negatif ve depresif belirtiler, intihar düşüncesi, içgörü ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi*, Sağlık Bakanlığı Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Benazzi, F (2007). Bipolar disorder—focus on bipolar II disorder and mixed depression. *The Lancet*, 369: 935-945.

Baltacıoğlu M (2015). Sınır kişilik bozukluğu ek tanısı olan ve olmayan ötimik dönemdeki iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında bilişsel fonksiyonların karşılaştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.

Bearden Ce, Hoffman Km, Cannon Td (2001). The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review. *Bipolar Disord*, 3: 106- 150.

Bora E, Vahip S, Akdeniz F, Gönül As, Eryavuz A, Ögüt M, Alkan M (2007). The effect of previous psychotic mood episodes on cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Bipolar Disord*, 9: 468-477.

BORA E, Vahip S, Akdeniz F (2008). Bipolar bozuklukta bilişsel belirtilerin doğası ve önemi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19: 81-93.

- Bora E., Yücel M. ve Pantelis C. (2009). Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: A meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first- degree relatives. *J Affect Disord*, 113: 1-20.
- Bora E., Yücel M., Pantelis C. ve Berk M. (2011). Meta analytic review of neurocognition in bipolar II disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 123: 165-74.
- Bustini M., Stratta P., Daneluzzo E., ve Ark.(1999). Tower of Hanoi and WCST performance in schizophrenia: problem-solving capacity and clinical correlates. *J Psychiatr Res*;33:285–90.
- Boucart M., Mobarek N., Cuervo C. ve ark. (1999). What is the nature of increased stroop interference in schizophrenia? *Acta Psychol*, 101: 3-25.
- Barch DM., Carter CS., Perlstein W. vd.(2002). Increased stroop facilitation effects in schizophrenia are not due to increased automatic spreading activation. *Schizophr Res*, 39: 51-64.
- Bozikas V., Kosmidis M., Gamurula K., Hatzigeorgiadou M., Kourtis A. ve Karavatos A., (2003). Clock Drawing Test in Patients in Schizophrenia. *Psychiatry Research* 121, 229 – 238.
- Bora E., Erkan A., Kayahan B. ve Veznedaroğlu B. (2007). Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*; 61(6):634-9.
- Bora E., Vahip S., Gonul AS., vd. (2005). Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*; 112: 110 – 1.

Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. B., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel F. (2009). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Cannon TD, Kaprio J, Lönnqvist J, Huttunen M, Koskenvuo M. (2008). The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort. A population-based modeling study. *Arch Gen Psychiatry*;55:67-74.

Carrión RE, Goldberg TE, McLaughlin D, Auther AM, Correll CU, Cornblatt BA. (2011). Impact of Neurocognition on Social and Role Functioning in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis. *American Journal of Psychiatry*;168:806-813.

Castigliona S., Pelati O., Zuffi M., Somalvico F. ve ark. (2006). The frontal assessment battery does not differentiate frontotemporal dementia from Alzheimer's Disease, *Dement Geriatr Cogn Disord*; 22: 125-131.

Cangöz B., Karakoç, E. ve Selekler, K. (2006). Saat Çizme Testi'nin Türk yetişkin ve yaşlı örnekleme üzerindeki norm belirleme, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3), 136 – 142.

Cognitive function across manic or hypomanic, depressed and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*; 161: 262-270.

Clark L., Iversen SD. ve Goodwin GM. (2002). Sustained attention deficit in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*; 180: 313-319.

Chowdury R., Ferrier IN. ve Thompson JM. (2003). Cognitive dysfunction in bipolar disorder. *Curr Opin Psychiatry*; 16: 7–12.

Çıtak S, Tansel E, Çakıcı M, Erkoç Ş ve ark. (1995). Şizofrenik süreçte ve mizaç bozukluğunda nöropsikolojik değerlendirme ve beyin görüntüleme (MRI ve SPECT) bulgularının karşılaştırılması. *Düşünen Adam. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 8(3):4-14.

Demakis GJ. (2004) Frontal lobe damage and tests of executive processing: A meta-analysis of the Category Test, Stroop Test, and Trail Making Test. *J Clin Exp Neuropsychol*

Donaldson S, Goldstein Lh, Landau S, Raymont V, Frangou S (2003). The Maudsley bipolar disorder project: the effect of medication, family history, and duration of illness on IQ and memory in bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*,64: 86-93.

Dixon T., Kravariti E., Frith C., Murray RM. ve McGuire PK.(2004). Effect of symptoms on executive function in bipolar illness. *Psychol Med*; 34(5):811-21.

Erkoç Ş. ve Aker T. (1998). Tarihçe. *Şizofreni*;1:6-21.

Eroğlu, M. Z. ve Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2).

Erol A., Büyükçatalbaş S. ve Mete L. (2004). Sizofreni Tanılı Hastaların Anne-babalarında Frontal Lob işlevleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*.15(2): 98-104.

Fossum B, Holinberg H ve Reinvang I. (1992). Spatial and symbolic factors in performance on the Trail Making Test. *Neuropsychology*; 6: 71-75.

Ferrier IN., Stanton BR., Kelly TP. ve Scott J. (1999). Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*; 175: 246–251.

Gültekin, B. K., Kesebir, S. ve Tamam, L. (2014). Türkiye'de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,6(2):199-209

- Gold JM. (2004). Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 15(1): 21-28.
- Glahn Dc., Bearden Ce., Niendam Ta. ve Escamilla Ma. (2004). The feasibility of neuropsychological endophenotypes in the search for genes associated with bipolar affective disorder. *Bipolar Disord*, 6: 171-182.
- Glahn Dc., Bearden Ce., Cakır S., Barret Ja., Najt P., Serap Monkul E., Maples N., Vellıgan Dı. ve Soares Jc. (2006). Differential working memory impairment in bipolar disorder and schizophrenia: effects of lifetime history of psychosis. *Bipolar Disord*, 8: 117-123.
- Goldberg TE., Kelseo JR., Weinberger DR. ve ark. (2001). Performance of schizophrenic patients on putative neuropsychological tests of frontal lobe function. *Int J Neurosci*, 42: 51-58.
- Goldberg TE., Weinberger DR., Berman KF., Pliskin NH ve Podd MH. (1997). Futher evidence for dementia of the prefrontal type in schizophrenia? A controlled study of teaching the Wisconsin Card Sorting Test. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 1008-1014.
- Greenwood TA., Light GA., Swerdlow NR., Radant AD. ve Braff DL. (2012). Association Analysis of 94 Candidate Genes and Schizophrenia-Related Endophenotypes, 7:e29630.
- Heinrichs RW, Zakzanis KK. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*;12:426-45.
- Ha Th, Chang Js, Oh Sh, Kim Js, Cho Hs, Ha K (2014). Differential Patterns Of Neuropsychological Performance In The Euthymic And Depressive Phases Of Bipolar Disorders. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 68: 515-523.

Heinrichs ZW. ve Zakzanis KK. (1998). Neurocognitive deficits in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*; 12: 426 – 445.

Haut MW., Cahill J., Cutlip WD., ve Ark. (2006). On the nature of Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia. *Psychiatry Res*;65:15-22.

Hoff AL., Shukla S., Aronson T., Cook B., Ollo C., Baruch S., Jandorf L. ve Schwartz J. (2005). Failure to differentiate bipolar disorder from schizophrenia on measures of neuropsychological function. *Schizophr Res.* (3-4):253-60.

Işık E. (2006). Güncel Şizofreni. 1. Baskı, Format Matbaacılık, Ankara,:18-62.

Kruger, A. (2000). Schizophrenia: Recovery and Hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*;24:29-37.

Köroğlu, E.,(2004). Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, HYB Yayıncılık, Ankara: 190-229.

Kety SS, Wender PH, Jacobsen B, Ingraham LJ, Jansson L, Faber B vd. (2004). Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. Replication of the Copenhagen Study in the rest of Denmark. *Archives of General Psychiatry*;51:442-455.

Köroğlu. E. (2015). *Şizofreni Nedir? Nasıl Başedilir?* Ankara: HYB Yayıncılık.

Kaplan ve Sadock. (2005). Klinik Psikiyatri. Synopsis of Psychiatry, (Hamdullah Aydın, Çeviri ed.) . Güneş Kitabevi, Ankara: 135-157.

Köroğlu, E. (2013). Psikiyatri Başvuru El Kitabı. 2. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık.

Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı, 2*, Ankara, HYB Yayıncılık 296-360.

Karakaş S, (1996). Nöropsikoloji Bilimi: Tanımı, faaliyet alanları, ölkemizdeki durumu. Türk Psikoloji Bülteni; 2(4):21- 26.

Karakaş S. (2006) *Bilnot bataryası el kitabı: Nöropsikolojik testler için araştırma ve geliştirme çalışmaları*. Ankara, 11-114.

Karakaş S. (2008) Nörokognitif kuram ve modeller. Karakaş S, editör. Kognitif nörobilimler. Ankara: Nobel kitabeveleri,: 3-30.

Kurt M. (2008). Sağ hemisferin bilişsel işlevleri: Görsel uzaysal süreçler. Karakaş S, editör. Kognitif Nörobilimler. Ankara: Nobel Kitabeveleri: 186-199.

Kandemir M. (2006). İnfrafrontoriyal inmelere kognitif etkilenme. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Kılıç Temur Y, Güleç G, Akarsu Ö Ve Yenilmez Ç (2016). İki uçlu duygu durum bozukluğu tanılı hastaların depresyon, eşikaltı depresyon ve iyilik dönemlerinin nöropsikolojik açıdan karşılaştırılması. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38: 28-36.

Kessing Lv (1998). Cognitive İmpairment İn The Euthymic Phase Of Affective Disorder. *Psychol Med*, 28: 1027-1038.

Kerns JG., Berenbaum H., Barch DM., ve Ark.(1999). Word production in schizophrenia and its relationship to positive symptoms. *Psychiatry Res*;87:29-37.

- Krishnadas R., Ramanathan S., Wong E., Nayak A. ve Moore B. (2014). Residual negative symptoms differentiate cognitive performance in clinically stable patients with schizophrenia and bipolar disorder, *Schizophr Res Treatment*.
- Kravariti E. (2004). Effect of symptoms on executive functions in bipolar illness. *Psychological Medicine* 34: 811-821.
- Karakaş S., Eski R. ve Başer E. (1996). Türk kültürü için standardizasyonu yapılmış bir nöropsikolojik testler topluluğu. 32. Ulusal Nöroloji Kongresi Kitabı, Ufuk Matbaası, İstanbul, s. 43-70.
- Lauriello, J., Bustillo, J. R. ve Keith, S. J. (2005). Comprehensive Textbook of Psychiatry. In B. J. Saddock & V. A. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Eight Edit., p. 1349). Lipincott Williams Wilkins.
- Lezak MD. (1995). *Neuropsychological Assessment*. 3rd ed. Oxford University Press, New York.
- López-Jaramillo C, Lopera-Vásquez J, Ospina-Duque J, Gallo A, Cortez V, Palacio C, Torrent C, Martínez-Arán A, Vieta E (2010). Lithium treatment effects on the neuropsychological functioning of patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, 71: 1055-1060
- Lloyd Aj, Moore Pw, Cousins Da, Thompson Jm, Mcallister Vi, Hughes Jh, Ferrier In, Young Ah (2009). White Matter Lesions In Euthymic Patients With Bipolar Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120: 481-491.
- Maier W, Lichtermann D, Franke P, Heun R, Falkai P, Rietschel M. (2002). The dichotomy of schizophrenia and affective disorders in extended pedigrees. *Schizophrenia Research*;57:259-66.
- Möller HJ, Zerssen VD, (2002). Course and Outcome of Schizophrenia. Schizophrenia içinde. Editörler: Hirsch SR, Weinberger DR, Blackwell Science, s.100-120.

- Miyamoto S, Duncan GE, Marx CE, Lieberman JA. (2005). Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs. *Molecular Psychiatry*;10: 80–105.
- Masi G, Liboni F. (2011). Management of schizophrenia in children and adolescents: focus on pharmacotherapy. *Drugs*;71:179-208.
- Meguro K, Constans JM, Shimada M, Yamaguchi S, Ishizaki J, Ishizaki H, Yamdori A ve Sehita Y. (2003). Corpus callosum atrophy, white matter lesion, and frontal executive dysfunction in normal aging and Alzheimer's disease. A community based study: The Tajiri Project. *Int Psychogeriatrics*; 15(1): 9-25.
- Martinez-Arán A, Vieta E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, Gasto C, Salamero M (2000). Cognitive Dysfunctions In Bipolar Disorder: Evidence Of Neuropsychological Disturbances. *Psychother Psychosom*, 69: 2-18.
- Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Benabarre A, Goikolea Jm, Comes M, Salamero M (2004). Cognitive Function Across Manic Or Hypomanic, Depressed, And Eutymic States In Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 161: 262-270.
- Mur M, Portella Mj, Martinez-Arán A, Pifarré J, Vieta E (2008). Neuropsychological Profile In Bipolar Disorder: A Preliminary Study Of Monotherapy Lithium-Treated Euthmic Bipolar Patients Evaluated At A 2-Year Interval. *Acta Psychiatr Scand*, 118: 373-381.
- Mohamed S., Paulsen JS., O'Leary D. ve Ark. (1999). Generalized cognitive deficits in schizophrenia: a study of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry*; 56: 749–754.

- Mahurin RK., Velligan DI. ve Miller AL. (2003). Executive frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: a symptom subtype analysis. *Psychiatry Res*, 79:139-149.
- Mahurin RK., Velligan DI. ve Miller AL. (2002). Executive frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: a symptom subtype analysis. *Psychiatry Res*, 79: 139-149.
- Morrison-Stewart SL., Williamson PC., Corning WC. vd. (2002). Frontal and nonfrontal lobe neuropsychological test performance and clinical symptomatology in schizophrenia. *Psychol Med*, 22: 353-359.
- Martinez – Aran A., Vieta E., Colom F., vd. (2004). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disord*; 6 : 224 – 32.
- Martinez-Aran A., Vieta E., Reinares M., Colom F., Torrent C., Sánchez-Moreno J., Benabarre A., Goikolea JM., Comes M. ve Salamero M. (2004a)
- Martinez-Aran A., Vieta E., Colom F., Reinares M., Benabarre A., Gastó C. ve Salamero M. (2000). Cognitive dysfunctions in bipolar disorder: evidence of neuropsychological disturbances. *Psychother Psychosom*; 69: 2–18.
- Murphy FC. ve Sahakian BJ. (2001). Neuropsychology of bipolar disorders. *Br J Psych*, 178; 4:120-127.
- Mann-Wrobel MC., Carreno JT. ve Dickinson D. (2011). Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. *Bipolar disorders*; 13(4):334 - 42.
- Mur M., Portella MJ., Martinez-Aran A., Pifarre J. ve Vieta E. (2008). Neuropsychological profile in bipolar disorder: a preliminary study of

monotherapy lithium-treated euthmic bipolar patients evaluated at a 2-year interval. *Acta Psychiatr Scand*; 118:373-381.

Morice R. (2000). Cognitive inflexibility and pre-frontal dysfunction in schizophrenia and mania. *Br J Psychiatry*. 157:50-4.

Mahurin RK., Velligan DI. ve Miller AL. (1998). Executive frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: a symptom subtype analysis. *Psychiatry Res*, 79: 139-149.

Nemeroff Cb. (2000). An Ever-Increasing Pharmacopoeia For The Management Of Patients With Bipolar Disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 61: 19-25.

Ozan E, Deveci E, Oral M, Karahan U, Oral E, Aydın N, Kırpınar İ. (2010). Neurocognitive functioning in a group of offspring genetically at high-risk for schizophrenia in Eastern Turkey. *Brain Research Bulletin*;82:218-223.

Öztürk O. (2002). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 174-425.

Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi

Palmer BW., Heaton RK., Paulsen JS. ve Ark. (1997). Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology*; 11(3): 437 – 446.

Pantelis C., Barber FZ., Barnes TR., ve Ark. (1999). Comparison of set-shifting ability in patients with chronic schizophrenia and frontal lobe damage. *Schizophrenia Research*;37:251–70.

Pradhan BK., Chakrabarti S., Nehra R. ve Mankotia A. (2008). Cognitive functions in bipolar affective disorder and schizophrenia: comparison Psychiatry Clin Neurosci. 62(5):515-25.

Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RK ve ark. (2009). Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*,;35:1022-1029.

Robinson Lj, Thompson Jm, Gallagher P, Goswami U, Young Ah, Ferrier In, Moore Pb (2006). A Metaanalysis Of Cognitive Deficits In Euthymic Patients With Bipolar Disorder. *J Affect Disord*, 93: 105-115.

Robinson LJ. ve Ferrier IN. (2006). Evolution of cognitive impairments in bipolar disorder: a systematic review of cross – sectional evidence. *Bipolar Disord*; 8: 103 – 16.

Rubinsztein JS., Michael A., Paykel ES. ve Sahakian BJ. (2000). Cognitive impairment in remission in bipolar affective disorder. *Psychol Med*; 30:1025 – 1036.

Sadock BJ ve Sadock V. (2007). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi . Cilt 2: 1330-1515.

Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Sadock, B. J., K. Sadock (2005), Klinik Psikiyatri. 2. Baskı. *Güneş Kitabevi Ltd Şti*, Ankara.

- Sternberg RJ. (2008). *Cognitive Psychology*. 5. Edition. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning: 101-252.
- Solé B., Bonnin C., Torrent C., Balanzá-Martínez V., Tabarés-Seisdedos R., Popovic D., vd. (2012). Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 125(4):309-17.
- Sanchez EM., Barabash A., Martinez-Vizcaino V., Tabares-Seisdedos R., Balanza-Martinez V., Cabranes-Diaz JA., Baca-Baldomero E. ve Gomez JL. (2009). Comparative study of neurocognitive function in euthymic bipolar patients and stabilized schizophrenic patients. *Psychiatry Res*. 30;169(3):220-8.
- Sibel C. ve Alp U. (2010). Bilişsel bozukluk açısından şizofreni ve bipolar bozukluk; Benzerlikler ve farklar: Sistematik gözden geçirme. *Noropsikiyatri Arşivi* 47.
- Solso R. (1995). *Cognitive psychology*. 4th ed., Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Spence SA., Liddle PF., Stefan MD. vd. (2000). Functional anatomy of verbal fluency in people with schizophrenia and those at genetic risk. *Br J Psychiatry*, 176: 52-60.
- Şentürk Cankorur V, Demirel H, Atbaşoğlu C. (2017a). Cognitive Functioning İn Euthymic Bipolar Patients On Monotherapy With Novel Antipsychotics Or Mood Stabilizers. *Arch Neuropsychiatry*; 54: 244-250.
- Şentürk Cankorur V, Demirel H, Yücel D, Çakır S, Kesebir S, Atbaşoğlu C (2017b). Tek İlaçla Remisyonadaki Bipolar Bozukluk Hastalarında Bilişsel İşlevler: Bir İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 28: 225-33.
- Thornhill H, Clare, C ve May R. (2004). Escape, Enlightenment and Endurance: Narratives of recovery from psychosis. *Anthropology and Medicine*, 11: 181-199.

Taner E, Işık U (2008) *Şizofreni. Güncel Klinik Psikiyatri.*, Ankara. Asimetrik Paralel Yayıncılık, s. 81-115.

Tunçay, N. (2009). FAB (*Frontal Assessment Battery*) Testinin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Torrent C, Martinez-Aran A, Daban C, Amann B, Balanza- Martinez V, Mar Bonnín C, Cruz N, Franco C, Tabares-Seisdedos R (2011). Effects Of Atypical Antipsychotics On Neurocognition In Euthymic Bipolar Patients. *Compr Psychiatry*, 52: 613-622.

Tüysüzoğlu H, Ateici Fç, Özdel O, Oğuzhan Kalkan N. (2011). İki Uçlu Bozuklukta Silik Nörolojik Belirtiler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısının Etkisi. *Arch Neuropsychiatry*, 48: 107-113.

Torres Ij., Boudreau Vg. ve Yatham Ln. (2007). Neuropsychological Functioning İn Euthymic Bipolar Disorder: A Meta-Analysis. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 434: 17-26.

Türkeş, N., Can, H., Kurt, M ve Dikeç, B. (2015). İz Sürme Testinin 20-49 yaş aralığında Türkiye için norm belirleme çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(3), 189-196.

Uğur, M. (2008). Duygudurum Bozuklukları. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 59-84.

Van Gorp Wg., Altshuler L., Theberge Dc., Wilkins J. ve Dixon W. (1998). Cognitive İmpairment İn Euthymic Bipolar Patients With And Without Prior Alcohol Dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 41-46.

Van Gorp Wg., Altshuler L., Theberge Dc. ve Mintz J. (1999). Declarative And Procedural Memory İn Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry*, 46: 525-531.

Zubieta Jk., Huguelet P., O'Neil RI. ve Giordani Bj. (2001). Cognitive Function İn Euthymic Bipolar I Disorder. *Psychiatry Res*, 102: 9-20.

Warner R. ve Girolamo G. (2005). Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia. Geneva, World Health Organisation.

Wingo Ap, Harvey Pd, Baldessarini Rj (2009). Neurocognitive İmpairment İn Bipolar Disorder Patients: Functional İmplications. *Bipolar Disorders*, 11: 113-125.

Wingo Ap, Wingo Ts, Harvey Pd, Baldessarini Rj (2009). Effects Of Lithium On Cognitive Performance: A Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*, 70: 1588-1597.

Weinberger DR., Berman KF., Zec RF. vd. (2000). Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. I. Regional cerebral blood flow evidence. *Arch Gen Psychiatry* 43: 114-124.

EK 1**BİLGİLENDİRME FORMU**

Bu çalışmanın amacı, ötimik bipolar ve remisyondaki şizofreni hastalarını bilişsel fonksiyonlar açısından karşılaştırmaktır.

Bu çalışmada size bir demografik bilgi formu ve bazı testler uygulanacaktır. Kişisel bilgi formu sizin yaş, cinsiyet gibi kişisel özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Testler ise, sizin bilişsel işlevlerinizi değerlendirmeye yönelik olacaktır.

Testlerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı olan Cansu BİLGİÇ ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (cansusecgin@hotmail.com Telefon: 0506 662 73 96).

Araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız, Haziran2020 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Psikolog Cansu BİLGİÇ

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

Öğrencisi

Yakın Doğu Üniversitesi

EK 2**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölüm'ü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır.

Bu çalışmanın amacı, ötimik bipolar ve remisyondaki şizofreni hastalarını bilişsel fonksiyonlar açısından karşılaştırmaktır. Çalışma tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Araştırmaya katılmanız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Görüşmede sorulan sorulara vereceğiniz cevaplar kimseyle paylaşılmayacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Bu araştırmaya sizinle birlikte 120 kişinin katılması planlanmaktadır. Çalışmaya ayırmanız gereken süre yaklaşık 45 dakika olup görüşmeler tek seansta tamamlanacak ve sizin için uygun olan görüşme saatleri kullanılacaktır. Bu çalışma sırasında, mevcut tedavinizde bir değişiklik olmayacaktır.

Yardımanız için çok teşekkür ederim.

Psikolog Cansu BİLGİÇ

Araştırmada araştırmacıyla aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim.

Yukardaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve çalışmada yer almayı onaylıyorum.

a) Kabul ediyorum b) Kabul etmiyorum

İsim:

İmza:

Telefon:

EK 3

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Katılımcı Numarası :

Yaşı:

Cinsiyeti:

Eğitim Durumu:

Medeni Durumu:

Kiminle Yaşadığı:

Hastalık Süresi:

Alkol/Madde Kullanımı: Var: Var ise miktarı () Yok:.....

İntihar Girişimi: Var: Var ise sayısı () Yok:.....

Hastaneye Yatış Sayısı:

Bilinen başka bir tıbbi hastalık var mı?

Var:

.....

.....

Yok:.....

EK 4

FRONTAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (FDÖ)

1. Benzerlikler (Konseptualizasyon)

Birazdan söyleyeceğim 2 kelime arasındaki en temel benzerlik (ya da ortak yön) nedir?

Muz- Portakal

“benzemezler” tam başarısızlık, “her ikisinin de kabuğu vardır. “kısmi başarısızlık.” O zaman hastaya muz, portakal her ikisi de diyerek yardımcı olun, fakat bu madde için puan vermeyin. Aşağıdaki kelime grupları için yardımcı olmayın.

Masa ve sandalye

Lale, gül ve papatya

Skorlayın (sadece meyve, mobilya, çiçek cevaplarını kabul edin.)

· 3 doğru: 3 puan

· 2 doğru: 2 puan

· 1 doğru: 1 puan

2. Kelime Akıcılığı (Mental Esneklik)

S harfi ile başlayan, özel isim olmamak kaydıyla sayabildiğiniz kadar çok kelime sayın.

Eğer hasta ilk 5 saniye hiç cevap vermezse, şöyle söyleyin “örneğin sinek” Eğer 10 saniye durarlarsa, hastayı “S harfiyle başlayan herhangi bir kelime” diyerek stimüle edin. Toplam süre 60 saniyedir.

Skorlayın (kelime tekrarları ya da çeşitlemeleri (sandalye, sandalyeci), adlar, soyadlar ve özel isimler doğru cevap olarak sayılmaz.

· 9 kelimedenden fazla: 3 puan

· 6 ile 9 kelime: 2 puan

- 3 ile 5 kelime: 1 puan
- 3 kelimedenden az: 0 puan

3.Motor Seriler (Programlama)

“ Ne yaptığıma dikkatlice bakın” Hekim hastayla karşı karşıya oturur iken, sol eliyle üç defa Luria'nın söyleyerek el serilerini hastaya gösterir “yumruk, kenar, avuç içi” ‘Şimdi siz aynı hareketleri önce benimle, sonra yalnız olarak yapın’. Hekim serileri üç defa hastayla birlikte yapar, sonra hastaya “şimdi siz bu hareketleri kendiniz yapın” der.

Skorlayın:

- Hasta 6 motor seriyi tek başına doğru olarak gerçekleştirirse : 3 puan,
- Hasta en az 3 ardışık motor seriyi doğru olarak gerçekleştirirse : 2 puan
- Hasta tek başına hiçbir motor seriyi doğru olarak gerçekleştirememiş ancak hekimle beraber 3 motor seriyi yapmayı başarmışsa: 1 puan
- Hasta ardışık 3 motor seriyi hekimle beraber yapmayı başaramamışsa: 0 puan

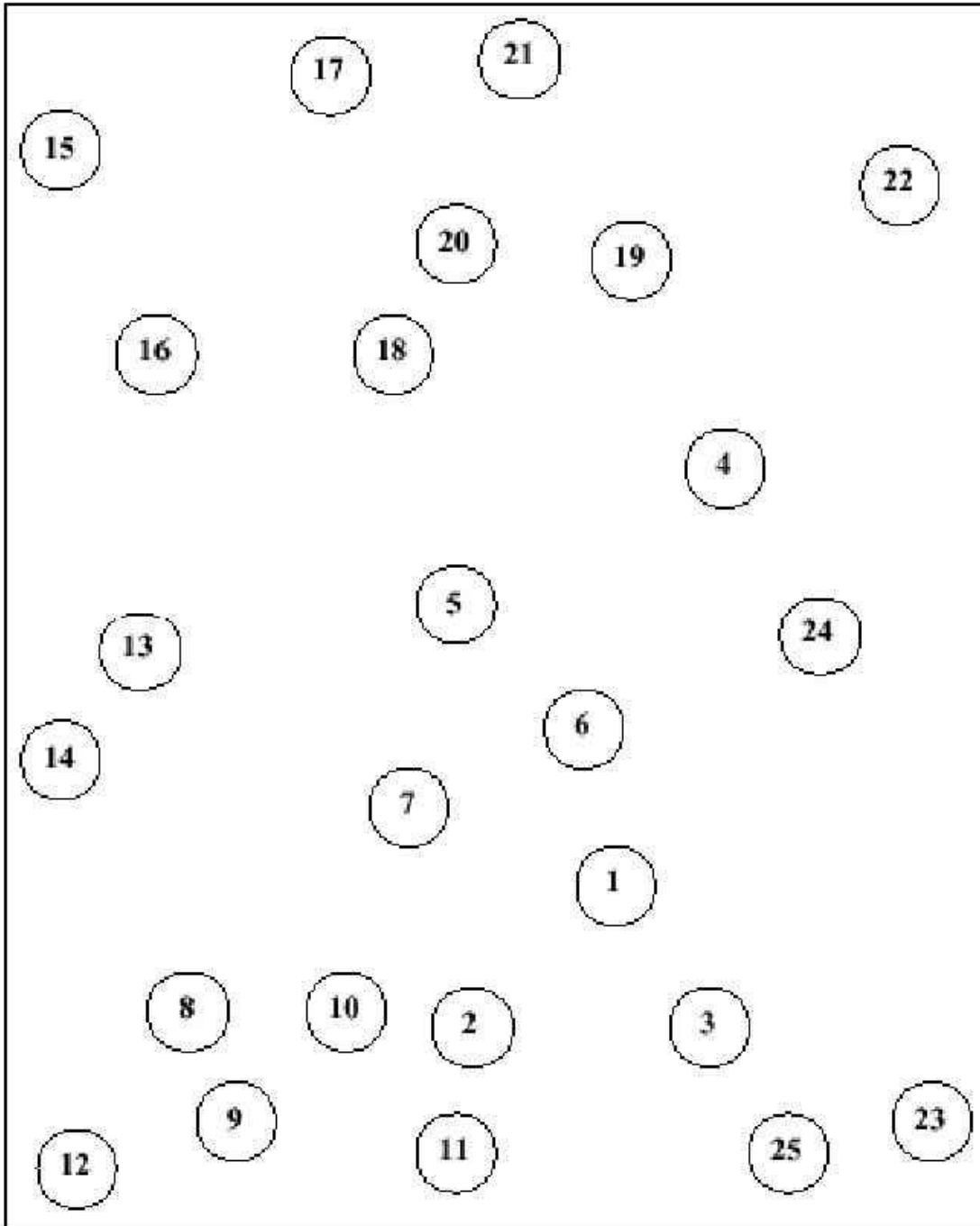
EK 5**SAAT ÇİZİMİ TESTİ****3 Basamaklı Yönerge:**

1. Kişiyeye verilen boş bir kağıda daire çizmesi ve o dairenin bir saatin çerçevesi olacağı söylenir (1 Puan).
2. Daha sonra çizilen bu dairenin içine saatin rakamlarını doğru konumda olacak şekilde çizmesi istenir (1 Puan).
3. Rakamları çizilen dairenin içersine saatin kollarını yerleştirmesi ve saatin “onbiri on geçe”yi göstermesi istenir. (2 Puan).

EK 6

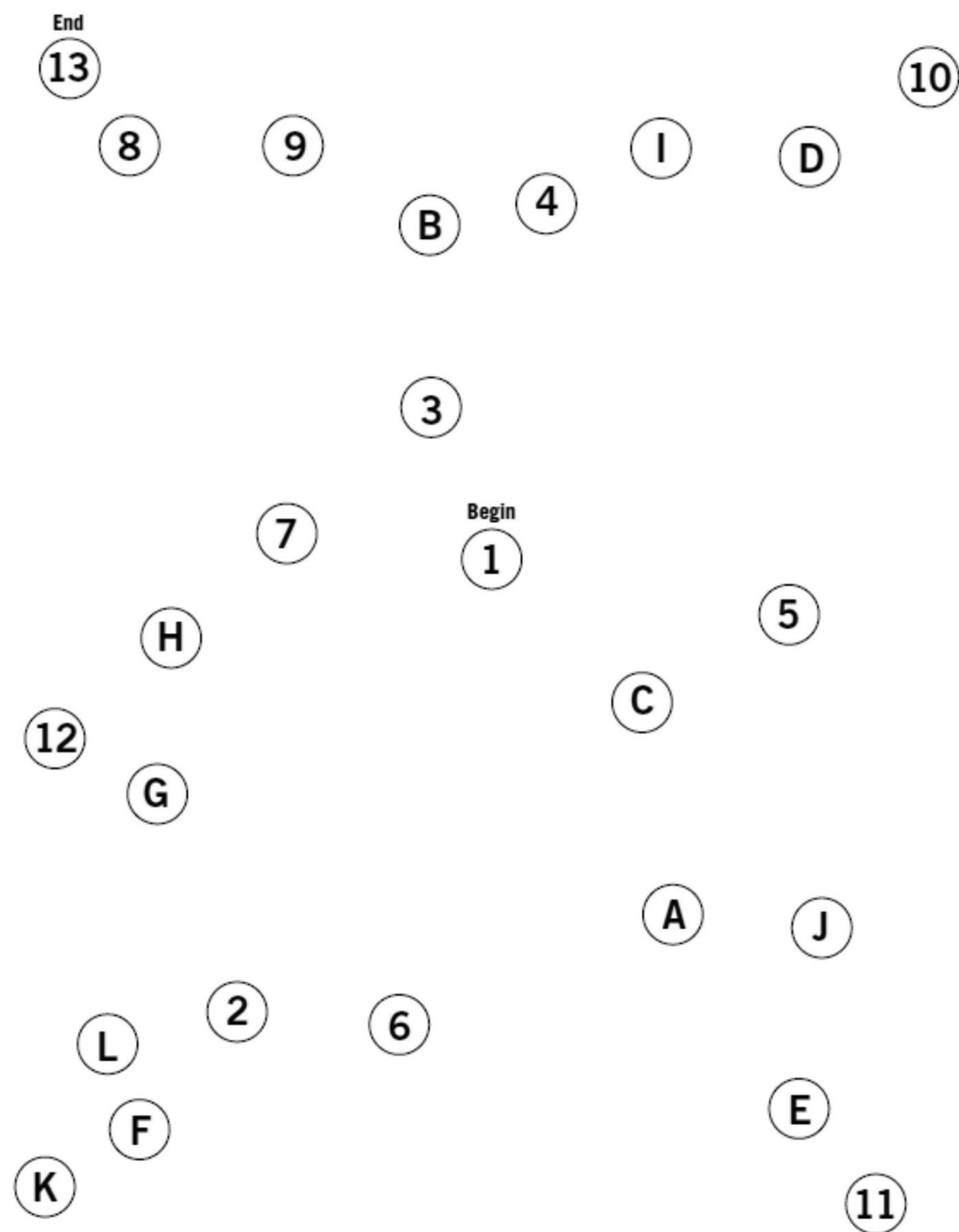
İZ SÜRME TESTİ

FORM – A



FORM – B

Trail-Making Test, Part B Patient's name: _____ Date: _____




EK 7


14:23 %78

← 🗑️ 📁 ⋮

Hocam merhaba,
Ben Psikolog Cansu Bilgiç. Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Tez çalışmam için "Saat Çizimi Testi" ve " İz Sürme Testi"ni kullanmak istiyorum. Testlerinizi kullanmam için onay vermenizi rica ediyorum. Teşekkür ederim. İyi günler dilerim.

BC Banu CANGOZ 3 Eki
cansu secgin ⋮

 JNS10882.pdf
PDF - 329 KB

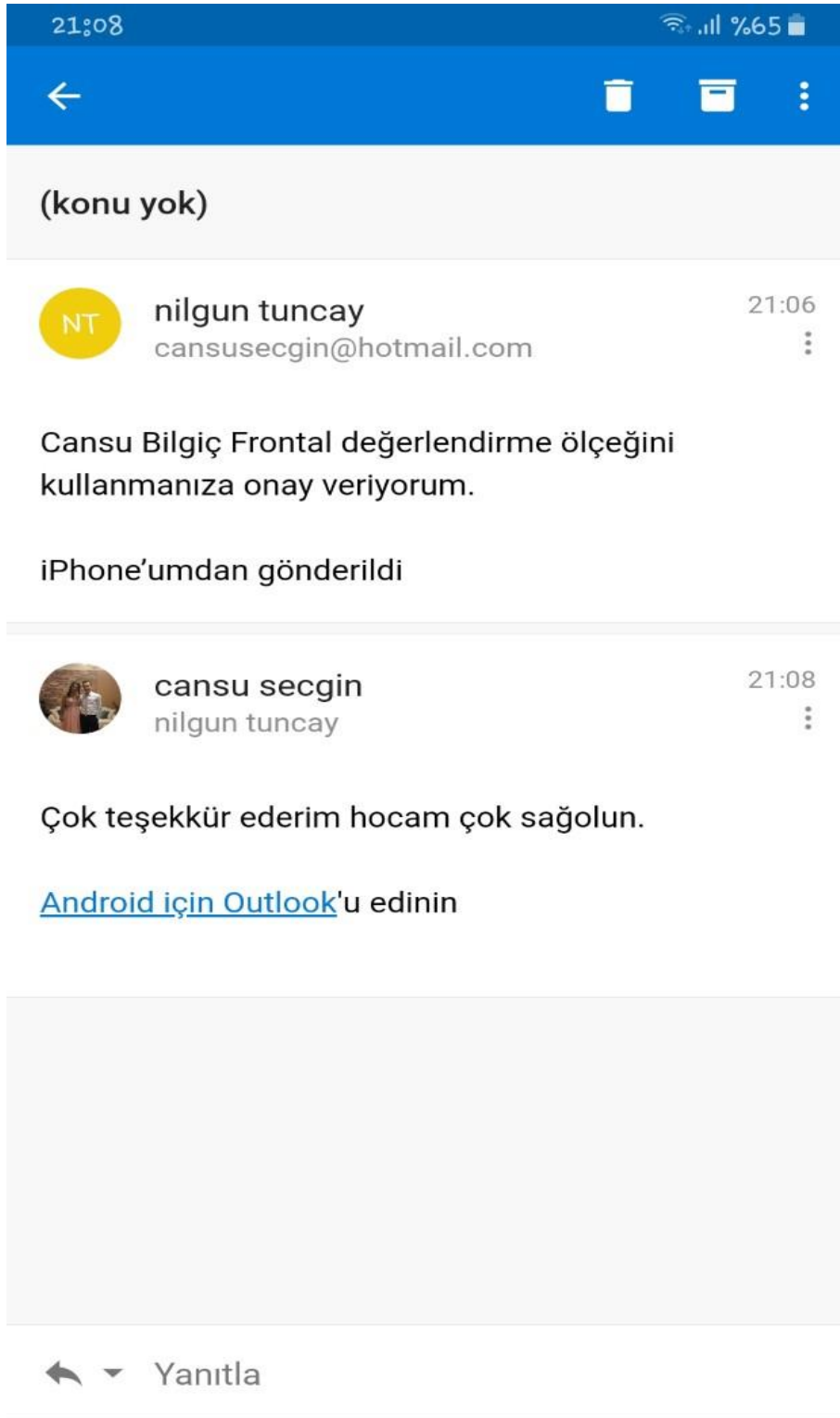
 TMT-GECERLIK.pdf
PDF - 162 KB

📎 2 ek (491 KB)

Sayın Bilgiç,
Testlerin standart uygulama ve puanlama yönergelerine sahip iseniz ekli ve aşağıda künyesi verilen yayınları kaynak göstererek uygulamanızda sakınca yoktur.

Cangöz,B.,Karakoç,E.& Selekler, K.(2006).SaatÇizmeTesti'nin Türk yetişkinveyaşlıörneklemi üzerindeki normbelirleme,geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. Türk

← ▾ Yanıtla



ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında İzmir’de doğdum. İzmir Ekonomi Üniversitesi psikoloji bölümünü 2010 yılında kazandım. Lisans eğitimim boyunca İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Neşe Erberk Anaokulu, İzmir Adliyesi ve İzmir Behçet Uz Çocuk Hastanesi’nde staj yaptım. 2015 yılında İzmir Ekonomi Üniversitesi psikoloji bölümünden mezun oldum. Mezun olduktan sonra İzmir Buca Mutlu Çocuklar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi’nde üç yıl psikolog olarak çalıştım. Çalıştığım bu süre içinde İzmir 9 Eylül Üniversitesi’nde Pedagojik Formasyon eğitimimi tamamladım. Ayrıca bu süre içinde Yakın Doğu Üniversitesi Tezli Klinik Psikoloji yüksek lisansına başladım. Bunlara ek olarak oyun terapisi eğitimi, çift ve aile terapisi eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler eğitimi aldım. İzmir Okyanus Koleji’nde 2018 – 2019 eğitim ve öğretim yılında rehber öğretmen olarak görev yaptım.

İNTİHAL RAPORU

Turnitin Originality Report

Processed on: 29-May-2020 12:10 EEST
ID: 1334027306
Word Count: 9370
Submitted: 1

Similarity Index	Similarity by Source
14%	Internet Sources: 5% Publications: 2% Student Papers: 13%

ÖTİMİK BİPOLAR VE REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ HASTALARININ BİLİŞSEL FONKSİYONLAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI By Cansu Bilgiç

9% match (student papers from 28-Jun-2017)

[Submitted to Ege Üniversitesi on 2017-06-28](#)

< 1% match (Internet from 21-Jan-2010)

<http://geriatri.dergisi.org/summary.php3?id=354>

< 1% match (student papers from 13-Jan-2020)

[Submitted to Marmara University on 2020-01-13](#)

< 1% match (student papers from 27-Dec-2018)

[Submitted to Yakın Doğu Üniversitesi on 2018-12-27](#)

< 1% match (Internet from 17-Jan-2019)

http://jassstudies.com/Makaleler/1027351557_32-%c3%96%c4%9frt.%20Dilek%20DEM%c4%b0RC%c4%b0.pdf

< 1% match (Internet from 23-Mar-2010)

<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/1147/13464.pdf>

< 1% match (Internet from 07-Sep-2015)

http://mik.Belirleyicileri_Sahra_Alt_Afrika_Ikeleri_lin_Bir_Uygulama_Socio-Economic_Determinants_of_Fertility_An_Implication_for_Sub-Saharan_African_Countries_researchgate.net/publication/274704896_DourganIn_Sosyo-Ekonomik_Belirleyicileri_Sahra_Alt_Afrika_Ikeleri_lin_Bir_Uygulama_Socio-Economic_Determinants_of_Fertility_An_Implication_for_Sub-Saharan_African_Countries

< 1% match (student papers from 09-May-2017)

[Submitted to Gaziantep Aniversitesi on 2017-05-09](#)

< 1% match (Internet from 15-May-2019)

https://www.journalagent.com/tin/pdfs/TJN_24_2_143_152.pdf

< 1% match (student papers from 18-Jun-2015)

[Submitted to Ataturk Üniversitesi on 2015-06-18](#)

< 1% match (Internet from 16-May-2018)

<http://eiercongress.org/pdf/bildiriozetleri2016ejer.pdf>

< 1% match (Internet from 15-Dec-2015)

<http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C26S3/05.pdf>

< 1% match (Internet from 28-Mar-2019)

https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=WbC656i315e2eV6-EZV1ohUL9EdkqgO8ToybiGmVeLt-faxBeqVIC0_eUM2NLve1

< 1% match (publications)

[KARAOĞLAN KAHİLOĞULLARI, Akfer, ÖRSEL, Sibel and GÖRKEM ATALAN, Sevgi Dicle. "Şizofreni Hakkında Bilgi Düzeyi Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği". Bilisel Davranışçı Psikoterapiler Derneği, 2018.](#)

< 1% match (student papers from 21-Jan-2020)

[Submitted to Usküdar Üniversitesi on 2020-01-21](#)

< 1% match (student papers from 24-Jun-2019)

[Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey \(TUBITAK\) on 2019-06-24](#)

< 1% match (student papers from 27-Nov-2019)

[Submitted to Dumlupınar University on 2019-11-27](#)

< 1% match (student papers from 01-May-2020)

[Submitted to European University of Lefke on 2020-05-01](#)

< 1% match (Internet from 07-Sep-2018)

<http://sbk2017.org/SBK2017.pdf>

< 1% match (Internet from 21-Dec-2015)

<http://slideplayer.biz.tr/slide/3078246/>

< 1% match (Internet from 22-Apr-2016)

<http://usos2016.com/bildiriler-alanlara-gore>

< 1% match (student papers from 18-Jun-2014)

[Submitted to Istanbul Aydın University on 2014-06-18](#)

< 1% match (Internet from 10-Dec-2016)

<https://prezi.com/a6qbs4w0ykg6/want-ve-ist/>



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

10.01.2020

Sayın Cansu Bilgiç

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/639 proje numaralı ve **“Ötimik Bipolar ve Remisyondaki Şizofreni Hastalarının Bilişsel Fonksiyonlar Açısından Karşılaştırılması”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.