

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**MANİK HASTALARDA BİLGİSAYAR PROGRAMI
ARACILIĞIYLA KONUŞMA İÇERİĞİNİN ANALİZİ VE
KONUŞMA İÇERİĞİNİN HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aslı Tuğba ESEN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ahmet Levent METE

**İZMİR
EYLÜL – 2015**

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**MANİK HASTALARDA BİLGİSAYAR PROGRAMI
ARACILIĞIYLA KONUŞMA İÇERİĞİNİN ANALİZİ VE
KONUŞMA İÇERİĞİNİN HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aslı Tuğba ESEN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ahmet Levent METE

**İZMİR
EYLÜL – 2015**

**TEZ
SINAV
TUTANAĞI**

I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık Eğitimim süresince bilgi ve tecrübesinden faydalandığım, keyifli edebi sohbetler yaptığım ve yeni yazarlarla tanışmamı sağlayan, aynı zamanda bir yazar olan tez danışmanı hocam Doç. Dr. Levent Mete'ye;

Akademik tecrübelerinden faydalanma imkanı bulduğum, yeni bakış açıları kazanmamı sağlayan eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Lütfullah Beşiroğlu'na;

Asistanlığımın ilk aylarında beraber çalışma fırsatı bulduğum hastalara yaklaşım konusunda bilgi ve tecrübesinden çok faydalandığım, Kadın Ruh Sağlığı alanında birlikte heyecan verici çalışmalar ve sohbetler yaptığım, her anlamda desteğini hep yanımda hissettiğim, mesleki kimliğimin şekillenmesinde büyük katkısı olan Doç. Dr. Leyla Gülseren'e;

Bir hoca olarak klinikte desteğini hep hissettiğim, bir çok alandaki bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan, keyifli sohbetler yaptığım Doç. Dr. Şeref GÜLSEREN'e,

Klinikte birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve becerilerinden faydalandığım, akademik başarısını kendime örnek aldığım Doç. Dr. Almila EROL'a;

Tecrübelerinden yararlandığım, açık servisin yorucu çalışma yükünü keyifli sohbetiyle azaltan Doç. Dr. Demet Gülpek'e;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Doç. Dr. Mustafa Güleç'e, Uzm. Dr. Nabi ZORLU'ya ve Yrd. Doç Dr. Aybala Sarıçiçek Aydoğan'a,

Uzmanlık eğitimi rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Nöroloji kliniğinden Doç. Dr. Yeşim Beckman'a ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği'nden Prof. Dr. Aynur Akay'a,

Çalışma ortamının iş yükünü ve stresini varlıklarıyla azaltan, iyiki varlar dediğim sevgili asistan doktor arkadaşlarıma;

Keyifli sohbetleriyle yorucu çalışma şartlarını kolaylaştıran, nöbetlerin yükünü hafifleten serviste birlikte çalıştığım hemşire arkadaşlarıma;

Servislerde birlikte çalıştığımız, ekip ruhuna uygun özveriyle çalışan personel arkadaşlarıma;

Desteğini hep hissettiğim, her zaman yanımda olan, bugünlerime çok katkıları olan annem Necla Özboduç'a, Babam Bedrettin Özboduç'a, kızkardeşim Tuğçe Özboduç'a;

Son olarak hayatımı güzelleştiren ve hedeflerime giden yolda beni hep destekleyen eşim Mert Esen'e

Teşekkür ederim.

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Kısaltmalar	III
IV. Tablo Listesi	IV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Tanı	5
2.1.4. Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevler	10
2.2. DİLBİLİM	14
2.2.1. Tanım	14
2.2.2. Dil Sisteminin İşleyişi	14
2.3. RUHSAL HASTALIKLARDA KONUŞMA VE DİL	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Örnekleme/Çalışma Grupları	25
3.2. Çalışma Materyali	26
3.2.1. Veri Toplamada Kullanılan Form ve Gereçler	27
3.3. İstatistiksel İncelemeler	29
3.3.1. Araştırmanın Değişkenleri	29
4. BULGULAR	30
4.1. Sosyodemografik Özellikler	30
4.2. Araştırma Gruplarının Konuşma İçerik Özellikleri	31
4.3. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri ve Konuşma İçeriği	36
4.3.1. Hastalığın Şiddeti ile Konuşma İçeriği İlişkisi	38
4.4. Tanı Gruplarının Konuşma İçeriğine göre Sınıflandırılması	39
4.5. Konuşma İçeriğine göre Hastalık Şiddetinin Sınıflandırılması	41
5. TARTIŞMA	45
6. ÖZET	52
7. SUMMARY	53
8. KAYNAKLAR	54
9. EKLER	64
EK 1. Etik Kurul Onayı	64
EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	66
EK 3. Sosyodemografik Bilgi Formu	71
EK 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	72
EK 5. Harvard III Psikososyal Sözlük	74

III. KISALTMALAR

BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BPB	: Bipolar Bozukluk
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CPT	: Continuous Performance Test
DSM	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders IV
DSM V	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders V
EEG	: Elektroensefalografi
fMRI	: Functional Magnetic Resonance Imaging
GI	: General Inquirer
SCID-I	: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
WKET	: Wisconsin Kart Eşleştirme Testi

IV. TABLO LİSTESİ

- Tablo 1:** DSM-IV ile DSM-V Tanı Ölçütlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 2:** DSM-IV TR’de ve DSM-V’te Bipolar Bozukluklar için Tanı Ölçütleri
- Tablo 3:** DSM- V’e göre Manik Dönem Tanı Ölçütleri
- Tablo 4:** DSM V’e göre Depresif Dönem Tanı Ölçütleri
- Tablo 5:** Çalışmanın İşleme ve Dışlama Kriterleri
- Tablo 6:** Katılımcıların Tanı Gruplarına Dağılımı
- Tablo 7:** Çalışmada Kullanılan Araçlar
- Tablo 8:** Araştırma Gruplarının Sosyodemografik Verileri
- Tablo 9:** Manik ve Sağlıklı Gönüllü Katılımcıların Konuşma İçeriği Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 10:** Hastalık Şiddetine göre Ayrılan Manik Katılımcıların Demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması
- Tablo 11:** Hastalık Şiddetine göre Ayrılan Manik Katılımcıların Konuşma İçeriğinin Karşılaştırılması
- Tablo 12:** Manik ve Sağlıklı Grubu Öngören Fonksiyon Kategorileri ve Anlamlılık Düzeyleri
- Tablo 13:** Tanı Gruplarını Ayırteden Fonksiyondaki Grup Ortalamaları ve Etki Büyüklükleri
- Tablo 14:** Manik ve Sağlıklı Grubun Fonksiyon Değerleri
- Tablo 15:** Sınıflandırma Analizi ile Tanıların Konuşma İçeriğine Göre Sınıflandırılması
- Tablo 16:** Hastalık Şiddetini Öngördüren Fonksiyonun Kategorileri ve Anlamlılık Düzeyleri
- Tablo 17:** Hastalık Şiddetine göre Grupları Ayırt eden Fonksiyondaki Grup Ortalamaları ve Etki Büyüklükleri
- Tablo 18:** Minimal-Hafif Mani ile Orta-Şiddetli Mani Grubunun Fonksiyon Değerleri
- Tablo 19:** Konuşma İçeriğine Göre Hastalık Şiddetinin Sınıflandırılması

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Mani sık karşılaşılan bir psikiyatrik sendromdur. Hastalığın seyri boyunca hem hastalığın bir özelliği olarak, hem de bilişsel işlevlerdeki yetersizlikler nedeniyle düşünce ve konuşma bozuklukları sık görülür. Konuşma içeriğinin ruhsal bozukluklarla ilişkisi değişik yaklaşımlarla, farklı araştırma yöntemleri ve araçlarıyla incelenmiştir (1).

Konuşma yapı ve içerik olarak iki açıdan incelenebilir. Konuşma yapısal açıdan incelendiğinde sözcüklerin ve cümlelerin bir araya getirilmesi yani dizimi, çağrışımların düzenliliği, çağrışımların birbirleriyle olan ilişkileri araştırılmaktadır. Konuşma içerik açısından incelendiğinde ise, yapısal incelemeden farklı olarak, nasıl konuşulduğu değil, ne hakkında konuşulduğu ve hangi sözcüklerle konuşulduğu incelenmektedir. Serbest çağrışımla elde edilen konuşma metinlerinde sözcüklerin, deyişlerin kullanım şekilleri ve konuşma içeriğinin mevcut psikiyatrik hastalıkla ilişkisi araştırılabilmektedir. (2).

Stone ve arkadaşlarının geliştirdiği bilgisayarlı içerik çözümleme aracı olan Harvard-III/GI ile bugüne kadar yapılan çalışmalarda; somatizasyon bozukluğu, paranoid bozukluk, depresyon gibi birçok ruhsal durum ve bozukluğa eşlik eden konuşma içeriği özellikleri araştırılmıştır (3-5). Ayrıca cinsiyetler arası fark, bilinç değişikliği durumları, özkıyım notlarının ciddiyeti, politikacıların siyasi dönem konuşmaları gibi durumlar konuşma içerik özellikleri açısından incelenmiştir (6-8). Sınıflandırma analizleri ile Şizofren, manik, depresif ve sağlıklı kişilerin konuşmaları konuşma içerik özellikleri ile %72.5 ve %76 oranında doğru olarak ayırtedilebilmiştir (9).

Manide, kişiler duygu yükü yüksek ve kendilerini ön plana çıkaran konuşmalar yaparlar. İletişim kurmayla ve yüksek sosyal konumla ilgili sözcükleri daha fazla; yardım etme, yönlendirme sözcüklerini ve yüz yüze etkileşimin ön planda olduğu sözcükleri daha az kullanmaktadırlar. Şizofrenideki gibi soyut konuların ağırlıklı olduğu ve bilişsel süreçlerle ilgili sözcüklerin sık kullanıldığı bir konuşma yerine, yakın çevreyle uğraş ve etkileşim içinde olduğunu gösteren bir dil kullanıldığı görülmektedir (10).

Bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğunda konuşmanın yapısal özellikleri araştırılmıştır.

Bu çalışmada nasıl konuşulduğu değil, ne konuşulduğu yani konuşmanın içeriği (semantiği) incelenecektir. Çalışmanın amacı, konuşma içeriği özelliklerini kullanan yöntemle manik ve sağlıklı bireylerin konuşmalarının ayırt edilebilmesi ve manik atağın şiddetiyle konuşma içeriği arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Atağın şiddeti arttıķa mizaca özgü konuşma içeriği özellikleri daha belirgin hale mi gelmektedir? Yoksa şiddetle ilişkili başka bileşenler mi vardır? soruları cevaplanacaktır.

Bugüne kadar hastalık şiddeti ile dil özelliklerinin ilişkisi araştırılmamıştır. Çalışmada test ettiğimiz hipotezler şunlardır:

1.Manik hastalar sağlıklı gönüllülerden konuşma içerik özellikleri ile ayırt edilebilecektir.

2.Manik konuşma içeriği duygu içeriği yüksek ve özellikli temalardan oluşacaktır.

3.Atak şiddetleri farklı olan manikler konuşma içeriği ile sınıflandırılabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tarihçe

Mani terimi ilk kez Eski Yunan ve Romalılar tarafından tanımlanmıştır. Eski Yunanlılar esrik bir duygudurumla seyreden çöşkulu bir delilik halini tanımlamıştır. Bu durumun melankoliyle bağlantısı M.Ö. 1.yy kadar erken bir tarihte fark edilmiştir. Soranus, manik ve melankolik özelliklerin aynı anda görüldüğü olguları gözlemlemiş, günümüzde karma dönemler denilen durumu tanımlamıştır (11). Kapadokyalı Areatus ise M.S. 150' lerde melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu, aynı hastaların bu iki durumu farklı zamanlarda yaşadığını gözlemlemiştir. Areatus maninin ana belirtilerini günümüzdeki haliyle betimlemiş, hastalığın mevsimsel özelliğinin de olduğunu belirtmiş ve psikotik eksitasyon hallerini tanımlamıştır (12).

O çağlardan 19. yy a kadar bu konuda daha fazla bir şey söylenmemiştir. 1840 yılında J.P. Esquirol depresyon ve maninin kronik akıl hastalıklarından farklı olduğu görüşünü ortaya koymuştur. 1850' lerde Esquirol' un 2 öğrencisi hem manik hem depresif uçları; 'circular insanity- sirküler delilik' (Jean Pierre Falret terimi) ve 'folie a double forme-iki biçimli delilik' (Jules Baillarger terimi) adını vererek tanımlamışlardır. Fransada yaşanan bu başarının temelinde 18.yy sonlarında Paris' de Phillippe Pinel' in akıl hastalarının daha uygun şartlar altında tedavi edilmesini savunması ve hastaların klinik gözlemlerinin önemini vurgulaması yatmaktadır (13).

1895 yılında Kraepelin psikozları 'Demantia Praecox' (Erken bunama) ve 'manik depresif delilik' olarak ikiye ayırmıştır. 1895' te ise manik depresif hastalığı tanımlayarak üç önemli tanı ölçütü öne sürmüştür:

- Depresyon ya da öfori tarzında yoğun emosyonel tonus
- Daha önceki sağlıklı işlevselliğine geri dönülebilmesi
- Yaşam boyunca tekrarlayan bir çok atak yaşanması

Kraepelin 'involusyonel melankoli' adını verdiği durumla ilgili ilk gözlemleri (aşırı kaygı, sinirlilik, ajitasyon, sanrılar) sonrası, Lehrbuch der Psychiatrie' nin sekizinci sayısında; melankolinin karma durumların özel bir biçimi olduğunu

düşünerek, melankoliyi manik depresif grupla birleştirmiştir (13).

Kartezyen düşünce sistemini benimseyen 17. yy' ın Fransa'sında zihin ve beden kavramlarının birbirinden ayrılması sayesinde hekimler bedensel alan üzerinde kilisenin müdahalesinden kurtulmuşlardı. Dikotom paradigma sayesinde, insan organizmasının bu iki yönünün zihin ve beden arasındaki etkileşimlerin karmaşıklığından etkilenmeden çalışabilmesi güvence altına alınıyordu. Kraepelin' in tanımlayıcı gözlemlerinin onun ardından gelen hekimler tarafından kabullenilmesi bu durumla ilgilidir. Kraepelinyen yaklaşımının sınırlılığı ise, biyolojik indirgemeciliği nedeniyle mental hastalıkların gelişiminde zihin–beden etkileşimlerini yeterince açıklayamamış olmasıdır.

Affektif bozukluk terimi daha önce H. Maudsley tarafından melankoli için ortaya atılmışken, 1930' larda Bleuler 'affektif bozukluklar' başlığı altında depresif ve manik sendromları bir araya toplamıştır. 1959 yılında Leonard Kraepelin; manik depresif hastalık tanısını, manik ve depresif ataklarla giden 'bipolar bozukluk' ve sadece depresif ya da sadece manik ataklarla giden 'monopolar bozukluk' olmak üzere iki alt gruba bölmeyi önermiştir (14). 1960'larda lityum tedavisinin yaygınlaşması ve bipolar hastalarda etkinliğinin gösterilmesi ile farmakoloji ve etiyojolojiye yönelik araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. 1970'lerde bu hastaların tümü için 'duygudurum bozukluğu' tanımı kabul görmüştür. 1976 yılında Dunner ve daha sonra 1981 yılında Klermen bipolar spektrum içinde 6 grup bozukluk tanımlamıştır. Bunlar; hipomani ve depresyon, mani ve depresyon, siklotimik kişilik, ilaca bağlı hipomani ya da mani, ailede bipolar bozukluk öyküsüyle birlikte olan depresyondur. 1993–2003 yılları arasında Angst ve Akiskal bipolar bozukluk alttiplerini ve spektrum kavramını ortaya atmıştır (15).

2.1.2 Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk toplumda % 1.3 yaygınlığında görülür (16). Bipolar spektrum olarak ele alındığında ise oran % 5'i geçmektedir (17). Ülkemizde bipolar bozukluk yaygınlığına ilişkin yapılmış yakın zamanlı bir çalışmada İzmir kent merkezinde, DSM-IV tanı ölçütlerine göre, psikotik bulgulu depresyon ve bipolar bozukluk I tanı kategorisi için yaygınlık % 0.92 olarak bildirilmiştir (18). Son

dönemde yapılan çalışma verilerine göre hastalığın yirmili yaşlarda başladığı kabul edilmektedir (19). Aile öyküsünün varlığında başlangıç yaşı daha erkendir (20). Hastaların % 20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, 50 yaşından sonra başlayan olguların sıklığı %10 olarak bildirilmektedir (21).

BPB yaklaşık olarak her iki cinsiyette eşit görülmesine karşın hastalık süreci ve klinik özellikler açısından farklılık göstermektedir. BPB I bozuklukta yaygınlık açısından cinsiyetler arası fark yokken; BPB II kadınlarda daha yaygındır (22). Evli olma oranları bipolar kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir (23). Depresif atak, karma atak, disforik durumlar, hızlı döngülülük ve mevsimsel özellikler kadınlarda daha sık ortaya çıkmaktadır (24).

BPB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında BPB görülme sıklığı 10 kat kadar artmaktadır. Hem annede hem de babada BPB varsa duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-70 arasındadır (25).

BPB sosyal statü ile çok ilgili görünmemektedir. Yüksek sosyoekonomik düzeyde daha sık görüldüğünü belirten çalışmalar olsa da, bunu desteklemeyen çalışmalar da vardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da bu durum doğrulanmamıştır (26,27).

Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında BPB tanılı hastalarda evli olma oranı daha düşüktür. Kadın cinsiyette evlilik oranı daha yüksektir (28).

Kentsel alanda yaşama BPB hastalarında daha yüksek oranda bulunmuştur (28).

2.1.3 Bipolar Bozuklukta Tanı

Bipolar bozukluk (iki uçlu bozukluk) yaşam boyu süren, kronik seyirli, ataklarla giden, ataklar arasında kişinin sağlıklı duygudurumuna dönebildiği bir beyin hastalığıdır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer almaktadır. Tekrarlayıcı seyir gösterir, yüksek oranda kronikleşir ve yeti yitimine neden olur (29).

Bipolar bozukluklar DSM-IV-TR’de duygudurum bozuklukları başlığı altında yer almaktadır. Duygudurum bozuklukları kişinin her zamanki duygudurumundan farklı bir duygudurum içinde olduğu, haftalar ya da aylar sürebilen, ataklar halinde gelen hastalık dönemleriyle karakterize ve kişinin işlevselliğinin bozulduğu bozukluklardır (30).

DSM-IV-TR’ de Duygudurum Bozuklukları; Depresif Bozukluklar (unipolar depresyon), Bipolar Bozukluklar ve etyolojilerine göre Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu ve Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu olarak alt başlıklara ayrılır (30).

DSM-V’te ise Duygudurum Bozuklukları üst başlığı kaldırılmış, Depresif Bozukluklar ve Bipolar ve İlişkili Bozukluklar için tanı ölçütleri ayrı iki bölümde verilmiştir. DSM-IV-TR’ de ki Diğer Duygudurum Bozuklukları (Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu ve Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu) genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan klinik tablolar her iki tanı seti için alt grup olarak tanımlanmıştır (30,31).

Bipolar bozukluk, depresif, manik / hipomanik, karma denilen duygudurum dönemleriyle karakterizedir. Bipolar bozukluk tip I manik, karma ve depresif dönemlerle; bipolar bozukluk tip II hipomanik ve depresif dönemlerle seyreder.

DSM-V’te bipolar bozukluk hastalık dönemlerine ait tanı ölçütlerinde de değişiklikler yapılmıştır; mikst (karma) dönem ayrı bir hastalık dönemi olarak tanımlanmaktan çıkarılmış, depresyon ve mani dönemlerinin belirleyicilerinden biri olarak tanımlanmıştır. Major depresif döneme ait tanı ölçütlerinde bir değişiklik yapılmazken, manik ve hipomanik dönemlerin A tanı ölçütlerine kabarmış duygudurumun yanında amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte artışın olması eklenmiştir. DSM-5’teki önemli bir diğer farklılık, mani/hipomani belirtilerinin, antidepresan bir tedavi (örn: elektrokonvülsif tedavi, ilaç tedavisi) sırasında ortaya çıkması ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde sürmesi durumunda manik/hipomanik epizod tanısı için yeterli kabul edilmesidir (31).

Tablo 1: DSM IV- DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

DSM IV	DSM V
Duygudurum bozuklukları grubu	İki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları
Mani dönemde A tanı kriterinde kabarmış bir duygudurumun olması	Kabarmış duygudurum ve etkinlik ile içsel güçte artış olması
Ayrı bir karma dönem	Dönem içi karma özellikler gösteren belirteci
Distimik bozukluk	Süreğen depresif bozukluk
	Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, Aybaşı öncesi disfori bozukluğu

Tablo 2: DSM-IV-TR ve DSM-5 BİPOLAR BOZUKLUKLAR İÇİN TANI ÖLÇÜTLERİ SETLERİ

DSM IV	DSM V
Bipolar I Bozukluğu Bipolar II Bozukluğu Siklotimik Bozukluk Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk	İki uçlu I Bozukluğu İki uçlu II Bozukluğu Siklotimi Bozukluğu Maddenin/ilacın yol açtığı iki uçlu ve ilişkili bozukluk Başka bir sağlık durumuna bağlı iki uçlu ve ilişkili bozukluk Tanımlanmış diğer / Tanımlanmamış bir iki uçlu ve ilişkili bozukluk

Tablo 3: DSM V' E GÖRE MANİK DÖNEM TANI ÖLÇÜTLERİ

A.Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün (çabuk kızan duygudurum varsa dördünün) belirgin derecede varlığı.

1. Benlik saygısında abartılı artış ya da büyüklük düşünceleri
- 2.Uyku gereksiniminde azalma.
- 3.Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
- 4.Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbiri ardı sıra gelmesi.
- 5.Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da gözlenir.
- 6.Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikodevinimsel kışkırtma.
- 7.Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn.aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve gereksiz iş yatırımları)

C.. Duygudurum bozukluğu toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. Not: Antidepresan tedavi (örn. İlaç, elektrokonvulsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi için, dolayısıyla iki uçlu I bozukluğu için yeterli bir kanıttır.

Tablo 4: DSM V' E GÖRE DEPRESİF DÖNEM TANI ÖLÇÜTLERİ

A. İki haftalık bir dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha çoğu) bulunmuş ve önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da artık zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse hergün, günü büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunur.

3.Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma, ya da neredeyse hergün , yeme isteğinde azalma, ya da artma

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma ya da yavaşlama

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları .

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama

9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da başka bir sağlık durumun doğrudan fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Manik dönemin klinik özellikleri

Manik dönemde hasta canlı, hareketli, abartılı davranışlar gösterebilir. Düşünce akışı hızlanmıştır, konuşma hızlı ve yüksek seslidir. Araya girmek, soru sormak güç olabilir.

Benlik duygusu ve kendine güven abartılı artmıştır. Duygulanıma coşku, neşe veya öfke hakimdir. Duygudurumda labilite sıktır. Karma özellik gösteren hastalarda mani ve depresyon belirtileri birlikte görülür. Taşkınlık, öfke ve saldırganlık hastaların büyük çoğunluğunda bulunur.

Başlangıçta dikkat ve bellek artmış gibi görünürken; giderek dikkati yoğunlaştırma ve sürdürme bozulur. Anlık dikkat artmış görünürken, istemli dikkat azalmıştır. Düşünce süreci hızlanmış ve artmıştır. Fikir uçuşmaları olabilir.

Hastaların %75'inde sanrılar vardır. Sanrı ve varsanılar çoğunlukla duyguduruma uyumlu olabileceği gibi, uyumsuz da olabilir. Schneideryan belirtiler görülebilir.

Psikomotor hızlanma, amaçlı riskli aktivitelere katılma, zevk veren uğraşlara ilgi ve bunun sonucunda tehlikeli davranışlar olabilir. Nadiren çok şiddetli manide katatoni görülebilir.

Mani dönemi sırasında uyku gereksiniminde azalma olur. Cinsel istekte artış vardır. Yemek yemeye vakit bulamazsa kilo kaybı görülebilir.

2.1.4 Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevler

Bilişsel bozukluk bir çok ruhsal hastalıkta görülebilmemesine rağmen en çok şizofreni alanında araştırmalar yapılmıştır. Kraepelin işlevsellik kaybının şizofrenide sürekli, manik depresif hastalıkta ise yalnızca hastalık dönemleriyle sınırlı olduğunu belirtmiştir (32). Günümüzde bu görüş kabul edilmemektedir.

Ruhsal hastalıklarda araştırılan başlıca bilişsel işlevler bellek, dikkat, dikkatin sürdürülmesi, yürütücü işlevler, psikomotor hız alanlarıdır. Son yıllarda BPB' da hastalık belirtilerinin sürmediği remisyon döneminde de bilişsel bozukluğun devam ettiği gösterilmiştir (33-36). Böylelikle bilişsel işlev bozukluklarının tek başına duygudurum değişiklikleri ile açıklanamayacağı, başka faktörlerin de etkili olduğu

görüşü gündeme gelmiştir. Bipolar bozukluk hastalarının hastalık arası dönemde; sosyal ve mesleki işlevselliklerinin hastalık öncesi döneme göre tam olarak düzelmemesi bu görüşü desteklemektedir (37).

Bipolar bozuklukta bilişsel işlevlerde en belirgin bozukluk alanları; yürütücü işlevler, sözel bellek, işleme hızı, işlem belleği, dikkatin sürdürülmesi, yanıt inhibisyonu ve psikomotor hız olarak belirtilmektedir (38). İyilik döneminde saptanan bozukluklardan en önemlilerinden biri sözel bellek bozukluğudur (39,40). Sözel bellek değerlendirilmesinde en sık kullanılan değerlendirme araçları; Rey İşitsel Sözel Öğrenme Testi (Rey Auditory Verbal Learning Test), Kaliforniya sözel öğrenme testi (California Verbal Learning Test)' dir. Bu testlerde bir liste kelime okunur ve okuma bitince kelimeleri tekrar edilmesi istenir. Birkaç kez tekrarlanan bu bölümdeki performans sözel öğrenmeyi yansıtmaktadır. Öğrenme aşaması sonrası liste okunmaksızın kelimelerin ezberden tekrar edilmesi istenir. Bu performans da erken hatırlamayı yansıtır. Başka testler sonrası aynı listedeki kelimelerin tekrar hatırlanması ise geç hatırlamayı yansıtmaktadır. Son olarak listede olan ve olmayan kelimeler arasından listede olanları seçebilme performansı, tanımayı yansıtır. İki uçlu bozuklukta bilişsel işlev bozuklukları ile ilgili en tutarlı sonuçlar sözel bellek ile ilgili testlerden elde edilmiştir (42-44). Hastalığın her döneminde ve hatta ötimik dönemde de görülmektedir. Görsel bellekte bozukluk saptayan çalışmalar da olmuştur (41).

BPB' da yaygın görülen bir diğer bilişsel bozulma yürütücü işlevler alanındadır. Yürütücü işlevler prefrontal kortikal bölgelerde nöral etkinliği yansıtan yukarıdan aşağı işlemlerdir. Yüksek bilişsel işlevler grubu olarak tanımlanır. Bilgi işleme sürecinin kontrolü, davranışın düzenlenmesi, önemli aktiviteler için sorumluluk alma (bir sorun çözümü, karar verme ve planlama) işlevleri vardır (45).

Çalışma belleği, bilişsel esneklik gibi frontal lobla ilişkili bilişsel yetelerde bozukluklar bipolar bozukluk hastalarında bildirilen bir diğer bilişsel işlev bozukluklarıdır (46-49). Wisconsin Kart İşleme Testi (Wisconsin Card Sorting Test), Blok Tasarımı, Londra Kulesi Testi, Sözel ve sözel olmayan problem çözme testleri, Stroop Testi (Stroop Test), İz sürme görevleri (Trail Making Test), sözel akıcılık ve şekil akıcılığı testi (Verbal Fluency Test) ve çeşitli kumar görevleri yürütücü işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılır.

WKET çalışma belleği yetisini değerlendiren en sık kullanılan testtir. En sık bildirilen WKET puanları tamamlanan kategori sayısı (kaç değişik kurala göre gerekli yanıt sayısının tamamlandığı) ve perseverasyon (yanıt kuralının değişmiş olmasına karşın, deneğin önceki kurala göre verdiği yanıtlar) sayısıdır. WKET’ de perseveratif hatalar bilişsel esnekliğin kaybını gösteren bir veri olabilmektedir (50). Stroop Test i seçici dikkati değerlendiren bir testtir, frontal lob yetilerinden özellikle baskın yanıtın bastırılma başarısını değerlendirir. İz sürme Testi, psikomotor hız ve dikkati değerlendirir, ayrıca frontal lob işlevlerini de gösterir.

İşlem belleği yargılama, soyutlama, planlama, dil gibi yüksek bilişsel işlevlerin alt yapısını oluşturur. Kısa süreli bellek olarak da adlandırılır. En başlıca görevi bilgiyi depolamak ve depolanmış o bilgilerin üzerinden işlemler yapmaktır. Kısa süreli bellekte bilgiler yeniden kodlanır. Bu kodlama işi sessel, görsel veya sözel olarak yapılmaktadır (51-53).

Dikkat ve dikkatin sürdürülmesi; Stroop, dikotik dinleme, Sürekli Performans Testi (Continuous Performance Test), SPAN gibi testlerle değerlendirilir. CPT’de bilgisayar ekranında bir komutlu uyarana yanıt vermesi ve diğer harflere yanıt vermemesi istenir.

İşleme hızı; farklı beyin bölgelerinin koordine çalışmaları ile sonucu ortaya çıkar. Rakam Sembol Değişimi, İz Sürme Testi, Stroop Testi gibi testlerle değerlendirilir.

BPB’ da ki bilişsel bozulmalar dönemden bağımsızdır, ötimik dönemde bilişsel performans düzeyi manik ve depresif döneme göre daha iyi olmakla birlikte; hiç hastalanmamış kişilerden daha kötüdür (54). Ataklar arası dönemdeki bilişsel performans puanları hiç hastalanmamış kişilerin puanları ile manik ve depresif dönemdeki kişilerin puanları arasındadır. Remisyonda olan hastalarda yürütücü işlev, dikkat/konsantrasyon, dikkatin sürdürülmesi, görsel uzamsal organizasyon, bilişsel esneklik, öğrenme ve bellek alanlarında bilişsel işlev bozuklukları saptanmıştır (55,56). Bir izlem çalışmasında; bipolar bozukluğu olan genç erişkinlerin, henüz hastalığın başlamadığı ergenlik döneminde; sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında Wisconsin Kart Testinde daha düşük skorlar elde ettiği gösterilmiştir. Son yıllardaki araştırmalar hastalık semptomları başlamadan önce de bilişsel işlevlerde bozulma olabildiğini belirtmektedir. Ayrıca hastalıktan etkilenmemiş akrabalarda da

nörobilişsel bozukluklar görülmesi bilişsel bozuklukların endofenotip adayı olabileceğini gündeme getirmiştir (57).

Bilişsel bozuklukların klinik süreçlerle yakından ilişkisi vardır. İşleme hızı ve impuls inhibisyonunda bozulma olan hastalar daha fazla sayıda hastalık dönemi geçirmekte ve bu ataklar yatarak tedavi görmeyi gerektirecek ölçüde daha şiddetli olmaktadır. Bilişsel bozukluğu olan kişilerde psikoz özellikleri gösteren hastalık dönemi sayısı daha fazladır (58). İmpuls inhibisyonunda bozulma ve daha düşük dikkat düzeyinin olması hastaneye daha fazla yatış sayısı ve daha fazla hipomanik epizot sayısı ile ilişkili bulunmuştur. Yatarak tedavi gören hastalarda ayaktan tedavi gören hastalara göre yürütücü işlevlerin daha fazla bozulmaktadır. Mevcut bulgular hastalık şiddeti ile bilişsel işlevler arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Bir diğer önemli bilişsel işlev emosyon tanıma becerisidir. Bipolar bozuklukta tüm hastalık dönemleri sırasında ve hatta ataklar arası dönemde yüz emosyonlarını tanıma becerisi bozulmuştur. Emosyon tanıma yetisi yürütücü işlevlerle yakından ilişkilidir. BPB I hastalarında sağlıklı kişilere göre korku, mutluluk, şaşırma alttestlerinde ve toplam skorda yüz emosyonlarını tanıma performansları daha düşüktür (59). Emosyonel işleme sosyal bilişin önemli bir boyutudur. Sosyal biliş; içsel durumların temsili olan kendilik duygusunun ve ötekinin farkında olma, kişilerarası ilişkilere motive olarak uygun sosyal etkileşimde bulunmaktır (60). Sosyal biliş ve dolayısıyla psikososyal işlevsellik için, uygun emosyonel düzenlemenin varlığı gerekir. Uygun bir emosyonel yanıt verildiği takdirde etkili bir sosyal iletişim sağlanır. Depresif dönemde emosyonel işlev bozuklukları işlevselliği olumsuz yönde etkilemektedir. İşlevselliğin öznel olarak olumsuz yönde değerlendirilmesinde en önemli öngördürücünün depresif semptomlar olduğu görülmüştür (61,62).

Bilişsel işlevler işlevsellik ve yaşam kalitesi için oldukça önemlidir. İlk atak manik hastalarda remisyon döneminde girdikleri sırada yapılan bir çalışmada sürdürülebilir dikkat, sözel bellek, işlem belleği ve yürütücü işlevler yaşam kalitesi için öngördürücü bulunmuştur (63). Yalnızca duygudurum semptomları yaşam kalitesi üzerinde %30-40 oranında etkiliyken; bilişsel yetiler duygudurum semptomlarına ek olarak, yaşam kalitesinde belirgin rol oynar. Bilişsel işlevler

özellikle bağımsız yaşayabilme, iş başarısı, psikososyal beceri edinme gibi nesnel işlevsellik alanlarında etkilidir.

Son yıllarda bilişsel bozukluklar alanında görüntüleme çalışmaları ön plana çıkmıştır. BPB’da sözel bellekle yakından ilişkili olan hipokampüste yapısal değişiklikler ve hacim küçülmesi olmaktadır (64). Ayrıca frontal, temporal ve limbik alanlarda kortikal kalınlık azalması tespit edilmiştir. Kortikal kalınlık ile hastalığın başlangıç yaşı, bilişsel işlem hızı, yürütücü işlevler ve depresyonun şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (65). Diğer görüntüleme çalışmalarında lateral ve üçüncü ventrikül genişlemesi, sulkuslarda genişleme, subkortikal hiperintensitelerde artış, frontal beyaz cevher ve serebellar volüm kaybı, paralimbik alanlarda gri madde azalması (anterior singulat, bilateral insula), sağ insula, orta ve üst temporal girus, temporopolar bölge, pars operkularis, pars triangularis ve inferior frontal girus’ da gri madde kaybı saptanmıştır (66).

2.2. Dilbilim

2.2.1 Tanım

Dilbilim dili evrimsel, tarihsel, sosyal ve yapısal yönden inceleyen bir bilim dalıdır. Sinirdilbilim (nörolinguistik) ise; dilin beyindeki gelişimini ve diğer bilişsel işlevlerle ilişkisini inceler. Nöropsikolojik açıdan dil, sosyal gelişme sürecinde yaratılan kodlar sistemidir. Bu sistem sesbilim (fonoloji), biçimbilim (morfoloji), sözdizim (sintaks), anlambilim (semantik) ve kullanımbilim (pragmatik) düzlemlerinden oluşur. Dil bütün bu düzlemlerin aktif kullanımı ve beynin tümünün katılımıyla ortaya konur (67).

2.2.2 Dil Sisteminin İşleyişi

Dil yalnızca bir sözcükler yığını değil, kendi içinde bağımsız sistemlerin diğer sistemlerle bağlantısıyla ortaya çıkan büyük bir sistemdir. İnsan kendi anadilinde oluşturulmuş sonsuz sayıda cümleyi anlayabilme ve üretebilme yetisine sahiptir. Yaşama özgü tüm imgeleri oluşturan özellikler nöronlar aracılığıyla saklanır ve anımsama, kullanma gerektiğinde ‘yeniden yaratı’ olur (68).

Modern dilbilim çalışmaları, dilin işleyişinde dört önemli bileşenin bulunduğunu ortaya koymuştur. Bunlar sesbilimsel, sözdizimsel, anlambilimsel ve kullanımbilimsel bileşenleridir. Dildeki bu bileşenlerin birçok kuralı vardır ve bu kuralları, gelişen çocuk zaman içinde içselleştirir. Düşünce ve bunun somut dile dökülmesi sürecinde bu aşamalar bulunur. Beyin dilin anlatım özelliğini; tümceleri tamamen depolayarak değil, tümceleri oluşturan sözcükleri, ses birimlerini, onların anlamlarını, ayırıcı özelliklerini ve sözcükleri yerleştireceği örüntüleri depolayarak gerçekleştirir. Dilin anlatım özelliği için depolanan bu örüntüler dilbilgisel olarak doğrudur ancak anlamsal olarak kabul edilemez olabilirler.

Anlambilimsel bileşen aracılığıyla sözcükler arası ve cümleler arası ilişkiler kurulur. Yaşanılanlar, deneyimler, kültürel öğeler dilin anlambilimsel bileşenine yansır (69). Beyinde dilin diğer üç bileşeninin çalışmasıyla oluşan iletişimsel veriler somuta dökülüp öteki tarafından algılanma sürecine girildiğinde kullanımbilimsel bileşen devreye girer. Bu bileşen karşı tarafın zihinsel durumunu anlayarak; dinleyicinin çıkarımlarının, konuşmacının amacı ile yakın biçimde örtüşmesini sağlar. Konuşma esnasında dilin dört bileşeni de devrededir.

2.3 Ruhsal Hastalarda Konuşma ve Dil

Konuşma dediğimiz şey aslında düşüncenin doğrudan ya da dolaylı olarak yansımasıdır. Konuşma bozukluğu ise düşünce sürecindeki bozukluğun dile çevrilmiş halidir. Düşünce sürecinde işlev bozukluğu olan bir kişi konuşurken bunu kullandığı dile yansıtacaktır. Sözcük, cümle, düşünce ve fikirlerin bir araya getirilişinde ki her türlü sapma ve normalden farklılık ya da yetersizlik düşünce bozukluğu olarak tanımlanmakta; bilişsel işlevleri ölçen testlerde ve konuşmada görülen sapmalar bu yetersizliğin işareti sayılmaktadır. Güncel bir çalışmada konuşma bozukluklarının bilişsel işlevlerle ilişkisi araştırıldığında; özellikle blok gibi belli konuşma özelliklerinin bilişsel bozulmanın konuşmada ortaya çıkış şekli olabileceği savunulmuştur (70). Konuşmada görülen sapmalar, yapısal bozulmalar bilişsel süreçle yakından ilişkilidir.

100 yıl önce Kraepelin iradede bozulma, duygu dışavurumunda bozulma ve düşünce bozukluğu gibi mental eksiklikleri tanımlayarak, ‘dementia preacox’ olarak

adlandırmıştır. Daha sonraları şizofreni bir düşünce bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Kraepelin iletişim kopukluğunu şizofreninin çekirdek semptomu olarak tanımlamışken, Bleuler şizofrenide dezorganize konuşmayı tanımlamış ve bunu bir düşünce bozukluğu olarak adlandırmıştır. Bipolar bozukluk ise o dönemde yalnızca affektif bozukluk olarak bilinmiştir (71).

Bleuler' in şizofrenik dil bozukluğu tanımında; çağrışımların ilişkisinde kayıp (assosiyasyonlarda) mevcuttu. Andreasen ise formal (yapısal) düşünce bozukluğu kavramını oluşturup, bunu dezorganize konuşma ile eşleştirmişti. Andreasen, Grove ve Hoffman bu kavramı kullanarak; herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerini karşılamayan psikiyatrik hastalarda da konuşma bozukluklarının görülebildiğini gözlemlemişlerdir (72).

Andreasen düşünce ve dil bozukluklarını iki grupta toplayarak; pozitif yapısal düşünce bozukluğunda baskılı konuşma, raydan çıkma, teğetsellik mantıksızlık ve amacın yitirilmesi; negatif yapısal düşünce bozukluğunda konuşma ve konuşma içeriğinin yoksullaşması alttiplerini belirlemiştir. Hoffman ve arkadaşları ise düşünce bozukluğunu; dinleyen kişinin konuşmayı bir anlam bütünlüğü içinde kavrayabilmesini zorlaştıran bir iletişim özelliği olarak tanımlayarak iki alt gruba ayırmıştır. Hofman'ın tanımında daha çok maniklerde görülen tipte, fikirler hızla birbirini izlemekte ve arada anlam bütünlüğü sıklıkla korunmaktadır, şizofrenik konuşmalarda ise birbirini izleyen fikirler arasındaki bağlantılar zayıflamış ya da kopmuş olup anlamlı bütünler oluşturulamamaktadır (73).

Yüzyıl önce başlayan dil süreci ile ilgili bu gelişmeler, görüntüleme ve nörofizyoloji çalışmalarıyla hız kazanmıştır. Sağlıklı bireylerde dil işleminin anatomik yolağı ilk defa Broca ve Wernicke tarafından keşfedilmiştir. Bilateral oksipital kortekslerin dil işleme için görsel girdi yolağı işlevini gördüğü; primer işitsel korteks ve Wernicke olarak adlandırılan sol üst temporal alanın ise sözcük üretiminde sessel kodu sağlayan bölge olduğu bulunmuştur. Sol angular girus ise görsel sözcük formlarının belleği işlevini gören bölge olarak tanımlanmıştır (74-77).

Dil bozukluğu ve düşünce bozukluğu birbirinden bağımsız da olabilmekte ancak çoğunlukla üst üste çakışmaktadır. Düşünce bağımsız olan linguistik (dilsel) faktörler; sessel (fonotaktik), sözdizimsel (sintaktik) ve biçimsel (morfoloji) özellikler olarak sınıflandırılabilir. Fonoloji ses kümelerinin güncel dile

uygun olup olmamasıyla ilgilenir. Morfoloji dilin çekimiyle ilgili kurallarla ilgilenir. Sintaktik ise anlamlı kelimelerin dildeki ve cümledeki kurallarıyla ilgilenir. Bu faktörler ne konuşulduğuyla değil de daha çok nasıl konuşulduğu ile ilgilidir. Semantik ise içeriği belirler, ne hakkında ve hangi sözcüklerle konuşulduğuyla ilgilidir.

Dil ve konuşmayla ilgili çalışmalar dilbilimleri, psikiyatri, sosyal bilimciler ve mühendislik birimleri gibi birçok alanın ilgisini çekmiş ve bu alanda çalışmalar yapılmıştır. Son dönemde psikiyatri alanında yapılan çalışmalar; ruhsal hastalıklarda konuşmanın yapısal özellikleri, konuşmanın anlam ve içerik özellikleri, konuşmayla ilgili nörofizyoloji ve görüntüleme çalışmaları olarak üç gruba ayrılabilir. Bu alandaki çalışmalar şizofreni ile başlamış olup, son yıllarda duygudurum bozuklukları da incelenmiştir ancak halen duygudurum bozukluklarında konuşma özellikleri ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Şizofrenide eylemin ve düşüncenin yürütülmesi sekteye uğramakta ve cümle gruplarının oluşumunda bozulma olmaktadır. Bu durumda kişi ya daha yüzeysel ve basit cümlelerle konuşmakta ya da karmaşık cümle kurmaya çalıştıkça giderek artan oranda anlam ve yapı hataları yapmaktadır. Şizofrenideki konuşma bozukluğu için oluşturulan çeşitli hipotezler arasında karşısındakini okuyamama, gereksinimlerini hissedememe, konuşma isteğinin olmaması ve dil üretiminin bilgi işlem sürecindeki bozukluklar bulunmaktadır (78).

Şizofrenide konuşmanın yapısal ve içerik özellikleri

Şizofreni hastalarının konuşma örnekleri incelendiğinde sözdizimsel (sintaktik) karmaşıklıkta ve konuşma akıcılığında azalma, anlamsal bütünlüğü olmayan sözcelerde artış görülmüştür (79). Kronik negatif semptomlu şizofreni hastalarının konuşmalarının daha az akıcı olduğu, yapısal olarak daha az karmaşık cümle kurabildikleri bilinmektedir. Bu durumun dikkatte azalma ve kısa süreli bellek yetisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Konuşmanın anlaşılmasında önemli olan konuşma özelliklerinden tutarlılık ve bağlantı özelliklerinde bozulmalar bulunmaktadır. Halliday ve Hasan'a göre 'bağlantı' konuşma içindeki elementleri birbirine bağlayarak anlamsal ilişkiyi sağlar. Kohezyon (bağlantı) yapısal dil bilgisi sistemi ve sözcük bilgisi ile ilişkilidir. Kaynak gösterme, yerine koyma, eksilti,

birleştirme ve sözcüksel bağlantı olmak üzere başlıca bağlantı tipleri tanımlanmıştır (80). Ragin ve Oltmanns akut alevlenmeli şizofreni hastalarında, cümlenin kendi içindeki sözcüksel bağlantılarında, mani ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla azalma olduğunu göstermişlerdir. Bir başka çalışmada cümleler arasındaki sözcüksel bağlantılar açısından şizofreni ve affektif bozukluklar grubu kontrol grubundan farklı bulunmamıştır (81). Docherty ve arkadaşları, negatif semptomlu hastaların tedaviye daha az yanıt verdiği gözleminde yola çıkarak konuşma çıktılarındaki cümleler arası ve cümle içindeki yetersiz bağlantıların negative semptomu olan ve olmayan hastalarda farklı patofizyolojik süreçler nedeniyle oluştuğunu öne sürmüşler ve bu farklılığın tedaviye yanıtı belirlediğini belirtmişlerdir (82).

Şizofrenide dilbilgisi alanındaki çalışmalarda ise; isim ve fiillerin üretiminde bozulma olduğu gösterilmiştir. Sözcüksel düzeyde telaffuzda bozulma, zıt anlamlıların karıştırılması; cümlesel düzeyde ise özne yüklem uyumsuzluğu, isimlendirmede bozulma, zaman seçiminde bozukluk saptanmıştır. Sözdizimsel olarak di'li ve miş'li geçmiş zaman ile durumsal fiillerin daha fazla kullanıldığı, edilgen fiillerin, zaman bağlaçlarının ve bağlantı cümlelerinin daha az kullanıldığı belirtilmiştir (83,84). Stephane ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmaya dayanarak şizofreni hastalarının yapısal, anlamsal, sözdizimsel ve söylemsel düzeyde sözcüklerde yanlış olanı fark edebilme yetisinde azalma olduğu söylemişlerdir. Doğru olmayan dilbilginin farkına varamama, anormal konuşmanın düzeltilebilmesini engellemektedir (85).

Yapısal çalışmalar dışında çeşitli bilgisayar programları kullanılarak tanısız sınıflama çalışmaları da yapılmıştır. Psikiyatri hastalarının söylemlerinin yapısal analizi ile farklı çalışmalarda farklı oranlarda söylem üzerinden doğru tanıya ulaşılmıştır. Mete ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yapısal düşünce bozukluğunu araştıran kapama yöntemi ile farklı tanı gruplarındaki hastaların tanısı yordayabilmiştir (86).

Bipolar bozuklukta ve Depresyonda konuşmanın yapısal ve içerik özellikleri

Uzun yıllar düşünce bozukluğunun sadece şizofrenide görüldüğü düşünülse de klinik çalışmalar mani ve depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda da

sıklıkla yer aldığını göstermiştir. Çağrışımların kaybı, uyaklama, yineleyici, somut konuşma, konuşmanın gücünde azalma gibi çeşitli düşünce bozukluğu tipleri mani ve depresyonda da görülmektedir. Bipolar bozuklukta daha önceleri bilişsel işlevlerde bozulmanın ve dolayısıyla konuşma sürecindeki bozulmanın yalnızca duygudurum dönemiyle ilişkili olduğu düşünülmekteyken, son dönemde remisyon dönemindeki hastalarla ve hastalıktan etkilenmemiş akrabalarla yapılan çalışmalar bu hipotezi çürütmüştür. Ötimik BPB hastalarında dilin üretimi ve içeriğinde, sözdizimsel ve anlamsal bozukluklar görülmüştür. Bu bozulmaların yürütücü işlevler ve epizodik bellek gibi diğer bilişsel yetilerle ilişkil olduğu düşünülmektedir (87). Ancak yine de duygudurum dönemlerinde bilişsel yetiler, ötimik dönemden daha kötü görünmektedir. Manik dönemlerde hastalık şiddetinin bilişsel yetileri dolayısıyla konuşmayı etkilediği söylenebilir. Mete ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da manide konuşma içeriğindeki duygu yükü artışı ile düşünce sürecindeki bozulmanın şiddetinin arttığı görülmüştür. Yine Mete ve arkadaşlarının başka bir konuşma içerik çalışmasında; manik hastaların duygu yükü yüksek, kendisini ön plana çıkaran içerikle konuştukları, şizofrenlerin ise günlük yaşamdan uzak, soyut konularla ilgili konuştukları görülmüştür. Bu çalışmada manik ve depresiflerin konuşma içeriklerinde maniklerde daha belirgin olmak üzere yakın çevre ile uğraşın bulunması ortak bir bulgudur. Manikler yüksek bir duygu yükü ile kendilerini ön plana atarak konuşurlarken; depresif hastaların en belirgin özelliği karamsarlıkları olmuştur (88).

Depresif hastalarda uygun ve işlevsel olmayan inançların bulunduğu bilinmektedir. Manik hastaların depresif hastalara göre kendilerini tanımlarken daha olumlu cümleler kurdukları gözlenmişse de serbest geri çağrışimli tasklarda manik hastaların depresif hastalar kadar olumsuz cümle kurdukları ve depresif hastalar gibi kendiliklerine olumsuz atıflarda buldukları saptanmıştır. Bu çekirdek olumsuz inançlar manik dönemde bile bulunabilmektedir (89-91). Bu sonuçlara göre manik savunma teorisine benzer şekilde; manik semptomların, hastayı depresif düşüncelerden koruduğu düşünülebilir. Depresif hastalarda ise düşünce baskılanması yoluyla olan bir manik savunmadan söz edilebilir. Bipolar hastalar arasında düşünce baskılanması negatif düşüncelerin uygun yollarla maskelenmesinde işe yarıyor olabilir ancak stres ve zorluk durumlarında; düşünce baskılanması sürecinde olumsuz

bilişler yoğunlaşmaktadır. Bipolar bozukluk hastalarının da depresif hastalara benzer bilişsel incinebilirlik ve olumsuz kendilik şemaları oldukları açıklanmış ve BPB patogeneğinde “Bilişsel incinebilirlik Stres Modeli” tanımlanmıştır. Bu teoriye göre uygun olmayan kognitif şemalar, stresli yaşam olayı varlığında daha ciddi depresif ve manik semptomların ortaya çıkma riskini arttırmaktadır. Manik hastaları uygun olmayan inanışlar ve zedelenebilirlik açısından depresif hastalarla karşılaştıran bir çalışmada mani grubunda kişilerarası ilişkilerde kırılabilirlik skorları yüksek bulunmuştur (92).

Konuşmanın yapısal özellikleri açısından bakıldığında bipolar bozukluk hastalarının konuşmalarında akıcılık kaybı olduğu bilinmektedir. Ötimik hastalarda dahi dilin üretimi, kavrayışı, soyutlama, sözel akıcılık alanlarında bozulma olabilmektedir. Manik hastalar daha az kelime çeşidi kullanmakta ve cümleleri daha az karmaşık görünmektedir. Manikler eylem bildiren fiilleri, sıfatları, somut isimleri daha fazla kullanırken, depresifler durumsal fiilleri, değiştirici zarfları, birinci tekil kişi ve zamirleri daha fazla kullanmaktadırlar. Depresif konuşma daha üstü kapalı, yeterli, kişinin kendisiyle meşguliyetini gösterirken; manik konuşma daha renkli, somut ve diğer insanlara ilgiyi içermektedir. Bipolar bozukluk, şizofreni ve depresyon hastalarını karşılaştıran bir çalışmada; söylemin mantıklılığı ve tutarlılığı açısından en kötü grup şizofreni olurken, onu bipolar bozukluk izlemiştir. Konuşmanın gücü açısından bakıldığında depresyon ile bipolar bozukluk arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Dilsel bozukluğun şiddeti açısından depresyon ve bipolar bozukluk hastaları benzer bulunmuştur (93). Hoffman ve arkadaşlarının geliştirdiği söylem analizi ile yapılan araştırmada; manide bir söylem ile diğer söylem arasındaki tutarlılıkta kayma olduğu, şizofrenide ise söylemlerin kendi içinde yapısında bozulma olduğu belirtilmiştir (94). Konuşmanın yapısal açıdan incelendiği bir başka çalışmada; konuşmanın ayrıntı seviyesinin düşük olması, sözdizimsel karmaşıklıkta azalma ve daha uzun duraklamalarla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca düşük sözdizimsel karmaşıklık, daha uzun duraklama ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişkilerin gücü manik ve depresif hastalar arasında farklılık göstermemiştir (95). Çalışma belleğinin işleviyle ilişkili olduğu düşünülen cümlenin yapısal olarak karmaşıklığı ve duraksamalar (pause) dil üretim sürecinden birlikte etkilenirler. Sağlıklı kişilerde özellikle ikili görev örnekleri gibi çalışma belleği kapasitesine

yönelik girişimler sözdizimsel karmaşıklığı azaltmakta, duraksamaları arttırmaktadır. Sözdizimsel karmaşıklık bilgi işlem sürecinin artışı ile ilişkilidir ve çalışma belleği işlevlerine bağlıdır.

Ruhsal hastalıklarda emosyonun dil üzerine etkisi

Emosyonların pek çok ruhsal hastalıkta bilişsel performansı etkilediği bilinmektedir. Dolayısıyla konuşmayı da biçim ve içerik olarak etkileyecektir. Emosyonların konuşma ve düşünce üzerine etkisiyle ilgili yapılan bir çalışmada; manik hastalar sağlıklı ve depresif hastalardan farklı olarak, emosyonel yüklü görüşmeye daha fazla reaksiyon vermişler ve konuşmalarında daha fazla bozulma olmuştur. Ötimik hastalarda da emosyonel yüklü görüşme sırasında manik hastalardan daha az oranda olacak şekilde konuşma bozukluğunda artış görülmüştür (96). Docherty ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreni hastalarının olumsuz duygulanım oluşturan konulardan bahsederken daha fazla düşünce ve iletişim hatası yaptıkları görülmüştür (97).

Ruhsal hastalıklarda konuşmanın sessel özellikleri

Konuşmanın yapısal özellikleri dışında ses (fonetik) özellikleri de önemlidir. Ses ruhsal duruma ilişkin ipucu sağlar. Depresif hastaların hastalık ve iyileşme dönemindeki konuşmalarının ses çözümlemesi yapılarak; duraklama yüzdesi, sesin temel frekans dağılımından sapmalar, sesin hız değişiklikleri ile klinik tablo arasında ilişkiler saptanmıştır. BPB hastalarında sesin analizi ile duygudurum düzeyinin tahmin edilebilmesi üzerine bir çalışmada hazırlanan algoritma; konuşma sinyallerinin otomatik parçalara ayrılması ve elektrotografik sinyaller üzerinden duygudurum düzeyinin tahmin edilmesine dayanmaktadır. Böylelikle sesin özelliklerinin analiz edilmesi ile duygudurum dönemi tahmin edilebilmektedir. Şizofrenide semantik akıcılık, fonetik akıcılıktan daha belirgin bir göstergedir. BPB' da ise çalışma yapmanın zorluğu nedeniyle sessel akıcılık bozukluklarının doğası pek gösterilememiştir. Küçük çaplı birkaç çalışmada fonetik bozulmanın anlamsal bozulmadan daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Bir metaanalizde, BPB'da hem fonetik akıcılıkta hem de semantik akıcılıkta bozulma olduğu gösterilmiştir (98-100).

Ruhsal hastalıklarda konuşma bozukluklarının klinik özelliklerle ilişkisi

Tüm bu anlatılanların ışığında konuşmanın yapısal ve içerik özelliklerinin klinik değişkenlerle de ilişkili olabileceği beklenmektedir. Şizofrenik konuşma çıktısının sözdizimsel karmaşıklığı ile hastalığın başlangıç yaşı arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Erken başlangıçlı şizofreni hastaları sözdizimsel olarak daha az karmaşık cümleler kurabilmekte, karmaşık cümlelerde zorlanmaktadırlar (101). Yapısal düşünce bozuklukları ile maninin şiddeti, ailesel yüklülük, dikkat dağınıklığı, distraktibilite gibi klinik değişkenlerin ilişkisini araştıran bir çalışmada; dikkat bozukluğu yapısal düşünce bozukluğunun birçok unsuru ile ilişkili bulunmuştur (102). Yapısal düşünce bozukluğu ve ailesel hastalık yükü arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yeni başlangıçlı psikozda yapısal düşünce bozukluğu ile hastalık süreci, prognoz ve semptom şiddeti ilişkisinin incelendiği bir araştırmada süreç içinde pozitif düşünce bozukluğunun aşama aşama düzeldiği, negatif düşünce bozukluğunun ise daha süregelen olduğu görülmüştür. Konuşma içeriğinin kaybı, kötü prognozla ilişkili bulunmuştur. Negatif düşünce bozukluğu kronik ve dirençli hastalığı öngörmektedir. Hastalığın başlangıcındaki düşünce içeriğinin gücü, süreç içinde hastalığın şiddeti, yatış sayısı ve sosyal işlevsellikle ilişkili görünmektedir (103-105). Thomas ve arkadaşları kronik şizofreni hastaları ile yaptıkları geniş çalışmada; dil beceri azalmasının hastalık süreci ve prognoz ile ilişkili olduğunu, yatış sayısı ve süresiyle ise ilişkisinin olmadığını ifade etmişlerdir (106). Benzer olarak King ve arkadaşları üç yıllık izlem çalışmasında hastalık süreciyle birlikte özellikle sözdizimsel alanda olmak üzere, dil işlevlerinde ilerleyici bozulmalar olduğunu gözlemlemiştir. Farklı dilsel süreçler farklı düşünce bozuklukları alt tipleri ile ilişkili olarak sınıflandırılmıştır. Dil yetisi hastalığın başlangıç yaşı ve hastalık tipine göre değişmektedir.

Özetleyecek olursak; konuşma bozuklukları genellikle kroniktir ve tedaviye dirençli olma eğilimi gösterir ayrıca kötü prognozla ilişkilidir. (107-109).

Ruhsal hastalıklarda görülen düşünce ve konuşma bozukluklarında beyin görüntüleme ve nörofizyolojik çalışmalar

Son yıllarda ruhsal hastalıklarda görülen bilişsel işlev bozukluklarının beyin görüntüleme ve elektrofizyolojik yöntemlerle araştırılması alanında önemli

araştırmalar yapılmıştır. Sol işitsel korteks işitme, dil ve konuşma işlevinden sorumludur, şizofreni ve bipolar bozuklukta bu bölgede yapısal ve fonksiyonel bozulmalar olduğunu gösteren birçok kanıt bulunmaktadır. Sağlıklı insanlarda dil işlem süreci sol kortekste lateralizedir. Psikotik hastalarda ise dil lateralizasyonunun azaldığı ve sağ hemisferde dil aktivitesinde artış olduğu saptanmıştır (110-113). Sözel akıcılık taskı esnasında şizofreni hastalarında frontal ve temporal lobta sola lateralizasyonda azalma ve görsel işlem belleği taskı esnasında frontal korteks lateralizasyonunda azalma saptanmıştır (114). Dilin kortekste lateralizasyonundaki farklılışmanın psikoz için durumsal yatkınlık belirteci olabileceği düşünülmektedir. Hastalıktan etkilenmeyen şizofreni ikizlerinde de benzer lateralizasyon görülmüştür. şizofreni açısından artmış riskli olan yakın akrabalarda anlamsal (semantik) karar verme, kelime sınıflandırma ve görsel tanıma, kelime üretme taskları sırasında sağ alt frontal hemisferde aktivite artışı bulunmuştur. (115-116). şizofreni hastaları ve birinci derece yakınlarında, Broca ile diğer dil işlem bölgeleri bağlantısını sağlayan yollarda azalmış aktivite bulunmuştur. Son dönemde yapılan bir araştırmada; şizofreni, timik BPB hastaları ve kontrol grubunun Heschl girus ve planum temporale' deki beyin aktivitesi Proton MR spektroskopisi ile değerlendirilmiş ve BPB grubunda sol üst temporal kortekste Glu, Naa, Kre, inositol düzeyleri anlamlı olarak düşük izlenmiştir. Bu alanlardaki düşük metabolitlerin hastalığın şiddetini gösteren klinik değişkenlerle ilişkili olduğu saptanmıştır (117).

Uygun olmayan dil işlem sürecinin bipolar bozuklukta kalıcı bir durum olduğu bilinmektedir. Ötimik BPB hastalarında bilişsel performans gerektiren konuşma taskları sırasında sağlıklı kontrollere göre frontal kan akımında azalma olduğu saptanmıştır. Farklı tasklar sırasında sözcüklerin anlamsal ve yapısal işlem süreci de FMRI ile araştırılmıştır. Anlamsal task görevleri esnasında sol inferior frontal girusun trianguler kısmında ve orta üst temporal girusun arka parçasında, yapısal task görevlerinde ise; sol frontal operkulumun alt parçası ile inferior frontal ve inferior precentral girusun kesişme kavşağında aktivasyon artışı olmaktadır. İşlevsel düzeyde dilin anlaşılması ve dilin üretimi farklı ve birbirinden ayrı alt işlem süreçleridir. Bir çok modele göre; sözlük-anlamsal süreç ile sözdizimsel işlem süreci birbirinden bağımsızdır. İsim, fiil ve sıfat gibi içerik sözcükleri anlamsal bilgiyi taşırlar. Ekler, edatlar, bağlaçlar, çekim ekleri gibi fonksiyonel sözcükler ise

öncelikle yapısal bilgiyi taşırlar ve cümledeki kelimeler arasındaki sözdizimsel ilişkiyi gösterirler. Anlamsal işlem sırasında kelimeler algılanırken sol alt frontal bölgede aktivasyon artışı görülmektedir. Anlamsal sözel bellek işlevleri sırasında sol dominant hemisferde alt frontal bölgede aktivasyon artışı olmaktadır (118). Yapılan birçok semantik çalışmada task görevlerine göre farklı beyin bölgelerinde (alt frontal ve temporal bölgelerde) aktivasyon gözlenmiştir (119).

Dil bozukluklarını nörofizyolojik düzeyde inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Dil içerik çalışmalarında N400 ve 'Geç Pozitif Kısım' olarak iki temel olay ilişkili potansiyel kullanılmıştır. N400 kısmı; önce gelen semantik içerikle uyumlu ve uyumsuz kelime tarafından yanıtlanan, 'geç pozitif kısım' ise özelleşmemiş anlamsal ve daha genel bilişsel süreçlerle ve yapısal süreçle ilişkili olan olay ilişkili potansiyellerdir. Olaya ilişkin potansiyellerden özellikle N400 komponenti sağlıklı kişilerde ve şizofrenide dil kavrayışının zamanlamasını araştırmakta kullanılmıştır. N400 amplitüdü semantik içerikte depolanan materyalin geri çağırılma yetisini gösterir. Şizofrenide görülen azalmış N400 amplitüdü anlamsal işlemelemedeki bozulmayı göstermektedir. Bu azalmış etki; yapısal düşünce bozukluğu olan hastalarda otomatik veya kontrollü bilişsel görevler sırasında gösterilmiştir. N400 nörolingüistik alanında en çok araştırılan olaya ilişkin potansiyeldir. Nöropsikolojik düzeyde dil bozukluğu ile ilgili şizofrenide bir çok bilgi var iken, tersine bipolar bozuklukta bu konuda az şey bilinmektedir. N400' ün depresyon ve distimide korunduğu, BPB' da ise anlamsal hazırlama tasklarında bozulduğu gösterilmiştir. Yalnızca bir çalışmada N400 amplitüdünün BPB'da korunduğu gösterilmiştir. Remisyonda olan bipolar bozukluk hastalarında anlamsal hazırlamanın bozulmuş olduğu görülmüştür. Anlamsal hazırlık bir metnin veya görevin ön hazırlığını okuma ve mümkün olduğunca hızlı bir şekilde yanıtlamadır. Diğer bir deyişle hazırlama etkisi, kendinden önce benzer bir kelime geldiğinde; benzemeyen bir kelime gelmesine göre daha kısa reaksiyon zamanında yanıtlamayı sağlar. Şizofrenide hazırlık ve yanıt arasındaki süre kısadır ve bu durum otomatik olarak artmış bir aktivasyona ve kontrol süreçlerinde azalmaya neden olmaktadır. Bir çalışmada, manik dönemde hazırlık işlem sürecinin etkisinin azaldığı veya kaybolduğu yorumu yapılmıştır (120-122).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Örnekleme / Çalışma Grupları

Çalışmaya 1 Şubat 2013 ve 1 Ağustos 2014 tarihleri arasında Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören ve ayaktan başvuran 18-64 yaşları arasında, hastalığın akut döneminde olan Bipolar Bozukluk, manik epizod tanısı almış 30 hasta ile cinsiyet, yaş ve eğitim yılı açısından eşleştirilmiş, öz ve soy geçmişlerinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan 30 sağlıklı gönüllü ardışık olarak alındı.

Ek psikiyatrik tanısı olanlar, mental retardasyonu olanlar, daha önceden kafa travması veya beyin kanaması geçirmiş olan merkezi sinir sistemini etkileyen tıbbi hastalığı olanlar, konuşma bozukluğuna neden olacak fiziksel hastalığı bulunan hastalar çalışmaya alınmadı.

Tablo 5: ÇALIŞMANIN İÇLEME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

	İçleme Ölçütleri	Dışlama Ölçütleri
Hasta Grubu	<ul style="list-style-type: none">• 18-65yaş arasında olma• SCID-I ile yapılan görüşmede bipolar bozukluk tip 1 ,manik dönem tanısı alma• Çalışmaya katılmayı kabul etme	<ul style="list-style-type: none">• Ek psikiyatrik tanı• MSS ni etkileyen İntrakraniyal olay geçirmiş olma• Mental retardasyon• Fiziksel konuşma engeli
Sağlıklı Gönüllüler Grubu	<ul style="list-style-type: none">• 18-65 yaş arası• Özgeçmiş ve soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsünün olmaması• Çalışmaya katılmayı kabul etme	<ul style="list-style-type: none">• Öz ve soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü olması• SCID-I görüşmesinde geçmişte ya da şu anda ruhsal hastalık tespit edilmesi

3.2. Çalışma Materyali

Çalışmaya alınan tüm katılımcılardan, yazılı olarak çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarını belirten bilgilendirilmiş onam alındı, tüm katılımcılarla SCID ile yapılandırılmış görüşme yapıldı ve ardından Sosyodemografik Bilgi Formu dolduruldu, Manik hastalara Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulandı.

Hastalarla görüşmeler İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan bir psikiyatri asistanı tarafından yapıldı. Görüşmeler sırasında hastalar ayrı bir odaya alındı ve hastalara ne yapacaklarının anlatıldığı standart bir metin okunduktan sonra 10 dakika serbest çağrışımla konuşmaları istendi ve bu konuşmalar ses kayıt cihazıyla kaydedildi.

Okunan standart metin şöyledir “Şimdi sizden istediğiniz şekilde 10 dakika boyunca konuşmanızı istiyorum. Aklınıza gelen herhangi bir konuyla ilgili konuşabilirsiniz. Buyurun başlayın!”

Konuşmanın akışında uzun süreli susma olması durumunda “evet”, “sonra”, “devam edebilir misiniz?” şeklinde, hastada çağrışım yaratmayacak, yönlendirici olmayacak, konuşmanın devamına teşvik edici müdahaleler görüşmeci tarafından yapıldı.

Daha sonra bu kayıtlar yazılı metinler haline getirildi ve bu metinler Harvard-III Psikososyal Sözlük'ü kullanan General Inquirer (Genel Çözümleyici) isimli program aracılığıyla çözümlendi.

Tablo 6 : KATILIMCILARIN TANI GRUPLARINA DAĞILIMI

	Mani	Sağlıklı	Toplam
Planlanan sayı	30	30	60
Görüşme yapılan kişi sayısı	33	34	67
Dışlama kriterleri ile çıkarılan kişi sayısı	1	1	2
Yeterli sözcük sayısı olmaması nedeniyle çıkarılan kişi sayısı	2	3	5
İstatistiksel analizlere dahil edilen kişi sayısı	30	30	60

Çalışmamız için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 01.02.2013 tarih ve 45 karar numaralı yazısıyla, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel yönden sakınca bulunmadığı yönünde onay alındı. Etik Kurul onay yazısı ve bilgilendirme formu ekte sunuldu.

3.2.1 Veri Toplamada Kullanılan Form ve Gereçler

Sosyodemografik Bilgi Formu: Çalışmaya katılacak hastaların ve sağlıklı gönüllülerin yaşı, eğitim süresi, iş ve meslek durumu, yerleşim yeri, medeni durumu ile hastaların hastalık süresi, hastalığın başlangıç yaşı, geçirilen manik ve toplam atak sayısı, soygeçmişte ruhsal bozukluk öyküsü olup olmadığı, kullandıkları ilaçlar ve dozları, varsa diğer tedavi özelliklerinin kaydedildiği formdur.

SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders): (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme): First ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş tanı koydurucu bir ölçektir (123). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (124).

SCID-I /CV(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders): Sağlıklı gönüllüler için yapılandırılmış klinik görüşme formudur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (125).

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Manik dönemde semptomların şiddetini ölçmek için kullanılan bir ölçek formudur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Karadağ ve ark tarafından yapılmıştır (126).

Harvard-III Psikososyal Sözlük (Harvard-III psychosocial dictionary): Kullanılan bu sözlük Harvard-III Psikososyal sözlüğüdür. Bilgisayar olanaklarıyla birleştirilmiş bir çözümleme yöntemidir ve büyük örneklemi çok kısa sürede çözümleme olanağına sahiptir (127). 2 bölümden oluşmaktadır:

1) Harvard –III Psikososyal Sözlük: İngilizce’ de en çok kullanılan 5000 sözcüğü, toplumsal ve ruhsal özelliklerine karşılık gelen 83 anlam kategorisine göre sınıflamaktadır. Türkçe çevirisi yapılmıştır. Anlam kategorileri Ek 5’te sunulmuştur.

2) Genel Çözümleyici (General Inquirer): Bir bilgisayar programıdır. Metinleri sözcük köklerine indirgemekte ve bu kökleri sözlükte arayıp, her birine hangi anlam kategorisi veya kategorilerinin karşılık geldiğini belirlemektedir. Son aşamada her bir anlam kategorisinin verilen metinde hangi sıklıkta kullanılmış olduğunu saptamaktadır.

Tablo 7: ÇALIŞMADA KULLANILAN ARAÇLAR

Gruplar	Veri Toplama Araçları	Atak Şiddeti için Ölçekler	Konuşma İçeriğinin Belirlenmesi
Bipolar bozukluk, manik dönem hastaları	Sosyodemografik veri formu SCID-I	Young Mani Derecelendirme ölçeği	Harvard-III PSİKOSOSYAL Sözlük/Genel Çözümlemeci
Sağlıklı gönüllüler	Sosyodemografik veri formu, SCID-I/CV		Harvard-III PSİKOSOSYAL Sözlük/Genel Çözümlemeci

3.3. İstatistiksel İncelemeler

Veriler SPSS 16 paket programı ile çözümlendi. Grupların kategorik veriler açısından karşılaştırılması için ki-kare testi, sayısal veriler açısından karşılaştırılması için bağımsız değişkenler için t testi, tek yönlü Anova testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edildi. Manik hastalarda o sıradaki manik dönemin şiddetinin belirlenmesi için YMDÖ kullanıldı. Ölçek puanlarına göre daha önce Young ve arkadaşlarının belirlediği ölçek puanı kesme noktaları (minimal=0-13, hafif=13-25, orta=26-37, ağır=38 ve üstü) göre derecelendirme yapıldı.(128, 129). Araştırma örnekleminin küçük olması nedeniyle YMDÖ 25 ve altında olanlar minimal ve hafif, 25'in üstünde olanlar orta ve şiddetli olarak 2 gruba ayrıldı. Yöntemin grupları ne oranda ayırt edebildiğini bulabilmek, konuşma içeriğine göre tanıların ve hastalık şiddetinin sınıflandırılabilmesi için diskriminant (ayırıştırma analizi) analizi uygulandı. Araştırmada kullanılan bu analizde öncelikle Wilks Lambda'nın en aza indirgenmesi yöntemiyle (stepwise) 83 kategori arasından $p < 0.05$ ve üzerinde anlamlı kategori seçildi ve bu kategorileri içeren bir fonksiyon belirlendi.

3.3.1 Araştırmanın Değişkenleri:

- Konuşma içerik kategorileri (Genel Çözümleyici ile Çözümlenen)
- Tanı grupları
- Demografik veriler (cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim düzeyi.)
- Klinik veriler (hastalığın başlangıç yaşı, manik ve toplam epizot sayısı, tedavisiz geçen süre, tedavi modalitesi, ailede ruhsal hastalık öyküsü)
- Klinik semptom şiddeti (YMDÖ)

4. BULGULAR

4.1 Tüm Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran veya serviste yatarak tedavi gören, bipolar bozukluk manik epizot tanısı almış 30 hasta ardışık olarak alındı. Hasta grubu ile cinsiyet, yaş ve eğitim açısından eşleştirilmiş, öz ve soy geçmişlerinde bipolar bozukluk öyküsü olmayan 30 sağlıklı kontrolde çalışmaya alındı.

Çalışmada 60 katılımcının (30 manik, 30 sağlıklı gönüllü) verileri analiz edildi. Çalışmamızdaki katılımcılardan hem manik hastaların hem de sağlıklı gönüllülerin 17'si kadın (%56.7), 13'ü erkek (%43.3)'ti. Manik hastaların yaş ortalaması 38.8 ± 12.9 , sağlıklı gönüllülerin yaş ortalaması 35.8 ± 10.5 idi. Manik hastaların 14'ü (%46.7) bekar, 16'sı (%53.3) evliyken; sağlıklı gönüllülerin 11'i (36.7) bekar, 19'u (%63.3) evliydi. Manik hastaların 17'si (%56.7) kent merkezinde, 13'ü (%43.3) ilçede yaşıyorken; sağlıklı gönüllülerin tamamı kent merkezinde yaşıyordu. Manik hastaların 16'sı (%53.3) işsiz, 6'sı emekli (%20), 8'i (%26.6) çalışıyordu. Sağlıklı gönüllülerin 4'ü (%13.3) işsiz, 3'ü (%10) emekli, 23'ü (%76.6) çalışıyordu. Manik grubun eğitim süreleri 5-15 yıl arasında ve ortalama $9,4 \pm 0,6$ yıl iken; sağlıklı gönüllülerin eğitim süreleri 5-15 yıl arasında ve ortalama $9,9 \pm 0,6$ yıldır.

Her 2 grup cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek gibi sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldı. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($\chi^2=0.0$, $df=1$, $p=1$). Yaş ortalamaları gruplar arasında anlamlı istatistik farklılık göstermedi ($t=1$, $df=58$, $p=0.3$). Eğitim süresi açısından anlamlı farklılık yoktu ($t=0.6$, $df=58$, $p=0.6$).

Tanı gruplarının demografik özellikleri tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: TÜM KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

	Mani (s=30)	Sağlıklı (s=30)	p*
Cinsiyet (K/E)	% 56.7/43.3 (s=17/13)	% 56.7/43.3 (s=17/13)	p=1 $\chi^2=0.00$
Yaş(ort)	38.8±12.9	35.8±10.5	p=0.3 t=1
Eğitim süresi (yıl,ort)	9,4±0,6	9,9±0,6	p=0.6 t= 0.6
Medeni durum (evli/bekar)	%53.3/%46.7 (s=16/14)	%63.3/36.7 (s=19/11)	p=0.4 $\chi^2=0.617$
Yaşadığı yer (kent merkezi/ilçe)	%56.7/43.3 (s=17/13)	%100/%0 (s=30/0)	p=0.001 $\chi^2=16.5$

*p<0.05 istatistiksel anlamlılık, **K**=kadın, **E**=erkek, **s**=sayı, **ort**=ortalama

4.2. Tanı Gruplarının Konuşma İçeriklerinin Karşılaştırılması

30 manik hasta ve 30 sağlıklı gönüllüden oluşan araştırmada mani ve sağlıklı gönüllülerin konuşma içerikleri karşılaştırıldı. Maniklerin sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında; kendisiyle ilgili konulardan (örnek olarak: ben, benim, kendim gibi sözcükleri kullanarak), ölüm ve ölümü çağrıştıran konulardan, intikam ve saldırganlık içeren konulardan, dini konulardan, eril ve otorite sözcüklerini içeren konulardan ve yüksek sosyal konumdan anlamlı olarak daha fazla bahsettikleri görüldü (sırasıyla Z=-4.304, p=0.00; Z=-4,517, p=0.00; Z=-2.014, p=0.04; Z=-3.692, p=0.00; Z=-3.316, p=0.001; Z=-3.841, p=0.00).

Manik hasta grubunun sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında vücut organlarını (beden) içeren sözcükleri, ilaç ve tedavi ile ilgili sözcükleri, güçsüzlük, zayıflık belirten sözcükleri, giyim kuşamla ilgili sözcükleri, korkutucu öğeleri, aşağılama sözcüklerini, güç işaretleri taşıyan sözcükleri, zıtlık içeren bağlaçları ve

sözcükleri, ihlal sözcüklerini anlamlı olarak daha fazla kullandıkları kaydedildi (sırasıyla $Z=-3.163$, $p=0.002$; $Z=-2.437$, $p=0.015$; $Z=-2.893$, $p=0.004$; $Z=-3.116$, $p=0.002$; $Z=-3.655$, $p=0.00$; $Z=-3.359$, $p=0.001$; $Z=-3.042$, $p=0.002$; $Z=-1.983$, $p=0.05$; $Z=-3.692$, $p=0.00$; $Z=-2.919$, $p=0.004$).

Araştırma gruplarının konuşma içeriği açısından karşılaştırılması tablo 9’da sunuldu. 83 adet kategorinin tabloya alınma zorluğu nedeniyle sadece anlamlı olan bulgular aktarıldı.

Manik hastaların konuşma örnekleri:

“*kendi (ben)*” kategorisine ait hasta konuşma örneği:

“Hiçbiriniz *benim* babamın oğlu da değilsiniz ama sen bana kalkıp ilaç da verme açık söyleyeyim *ben* istemiyorum iğnemi de keserim bundan sonra olacaklardan da sen sorumlusun. Yanlış anlama *ben* seni de sorumlu tutarım. *Benim* kimseye bir zararım yok git şimdi sor, *ben* ayırım yapmıyorum, *ben* dedim şu dakika penaltı oldu, ama atamadı penaltıyı. Konsantre olunca çok rahat biliyorum olacakları. Bir arkadaş dedi 100e kadar bil diye, *ben* bildim.”

“*Ölüm teması*” kategorisine ait hasta konuşma örneği:

“Babam acımasızdı, despottu, ama Allah rahmet eylesin 1991den beri ben işte annemde kendi de *ölmüştü*. İkiside benim elimde *can vermişlerdi*, *toprak* oldular. Herkes korkuyordu *ölüm*den ben korkmuyordum”.

“Muska yapıyordu. 2 tanesi iyi geldi gece korkularım vardı. Bir kere *mezarlıktaydık* tam çıkarken siyah bir görüntü olmuştu *mezarlığın* arkasına birde affedersiniz işemiştin filan. Dayımın oğlu kandırmıştı 4 kişiydik. *Mezarın* üstüne çıkarmıştı bu hapiste askerdeki arkadaşım öyle babası şey yapan kalp krizi geçiren arkadaşım kandırdı *mezarın* içine *düştü* filan.”

“Çünkü *topraktan* geldik ve *toprağa* gideceğiz. Bununla ilgili yine onun sözlerinden birini Facebook da yazmıştım şey diyor yani ayakkabılarınızı çıkarın ki diyor *toprak* rahmet görsün diyor. Yani makyaj maskelerinizi indirin ki daha iç içe yaşayın. Çünkü baktığımız zaman dünyada bir karış *toprak* yok her yer bina ve hepsi kendi cukkalarının dolması içindir”.

“Şu anda müthiş arada küfür de ediyorum o da bana şey yapıyor falan çok güzel ve merhametli bir *toprak* ana doğuşu simgeliyor. Ve ümidi simgeliyor diyor ki aslında bu saf gelen bedenler *gömülmeyi* dahi hak etmiyor *toprağı* hak etmiyor o kirli bedenler yakın diyor kendinizi ama tabı güzellikleri olan müthiş harikası cennet ise yani bilemiyorum ama bir o derecede *cehennem* denilen o şey *sonsuz*”

kadar ikisi de hiç bitmeyecek. Cennet hiç bitmeyecek. Zaman sınırı yok, şey yok. İnanılmaz güzel insanların yaşadığı, işte şeylerden tutun arka nurlardan, işte ne bileyim Frank Sinatra'dan, Bukowski'lerden, Mevlana'lardan, bütün ne üstatlar varsa, ömür boyunca yani *sonsuz* kadar onlarla olabilmek, yine nacizane Tanrı'nın şeyidir''.

''İntikam ve saldırganlık'' kategorisine ait hasta konuşma örneği:

'' Abdullah bıçakçılarla takılıyordu. Bıçakçılar şeyinde bozuldu. Babası üç defa kalp krizi geçirtti. Genelde öyle oldu. En sonunda kandırdılar. Askeri odada askerden kaçıyordu. Tellerin şey tırmanmış işte nöbetçi görünce yakaladılar''.

'' Babam gene de babam *döverken* nenem geliyordu oklavayı elinden alırken şey yapmıyordu. Babam sandım bana iyi davranmıyordu, herhalde bilmiyorum bana öyle geliyordu. Oklavayla *dövmekle* sonuçta adam olunmuyordu''.

''Din'' kategorisine ait hasta konuşma örnekleri:

''*Dinimiz Müslümanlık, Müslümanlığın* içinde iki temel esas var. Amentü, *imanın* altı şartları, *İslam'*ın şartları. Herkes bunlara uymak zorunda, uyulmazsa dengeler değişir, bozukluklar başlar. *Allah'*ın da Esmâ-İ Hüsnâ'sı var. Esmâ-İ Hüsnâ'sında isimler var, vasıflar var, nitelikler var. Bunlardan yeteri kadar bilmek zorunda. Bunlar bilmedi mi yine dengeler bozulur, insanlar yavaş yavaş hastalığa doğru gider, hasta olurlar. Şimdi, bu hastalıklar iki çeşittir hastalıklar.''

''*Helal* rızık kapıları var, *haram* rızık kapıları var. Bunlar helal rızık kapıları hayır, helal rızık kapıları şer. Hangisine giderse onun karşılığını alırsın. insanlar hayatlarını buna göre düzenliyor. Neticede her şey *Allah' tan*. *Allah' ımız* yaratıyor ve o hayatın içinde bizler varız ve hayatımızı yaşıyoruz. *Allah'* ımıza saygılı olacağız, saygılı olacağız, *Muhammed Efendimiz' in ümmetinden* olduğumuzu söyleyeceğiz.''

''Aşağılama- değersizleştirme'' temalı kategoride hasta konuşma örnekleri:

''Ben annemi babamı yargılayamam neden yargılayamam onlar *cahil, bilinçli değil*, okuma, eğitim görmemiş köyde insan ne görmüş ki eğitim temelden bir de temelde temelimizde kökümüzde var *bozukluk*. Her zengin her fakirin elinden tutsa memlekette fakir fakir kalır mı kalmaz.

''*Saflık*, ama bizim Türkiye'de insanlar *saflara aptal* gözüyle bakıyorlar. Sen bunu kabul ediyorsun dimi. Hani böyle *saf*, temiz kalpli iyi niyetli insanları, mesela ben *safım* ama hani şeytana da pabucu ters giydiririm. *Cahillik* kadar kötü birşey yok. Ben biliyor musun Tepecik Hastanesi'ne gittim

bayrak var ya be Türkiye Cumhuriyeti'nde yaşıyorum kaç tane yıldız var diye sordu bilemedim ya. 5 tane yıldız bilemedim. Ben nasıl cumhuriyetinde yaşıyorum ya yazıklar olsun. Kendimden utandım bir an ya düşünsene''.

Sağlıklı gönüllüler manik hasta grubuyla karşılaştırıldığında; iş ve uğraşla ilgili konulardan, vicdan, sorumluluk ve yerine getirilmesi gereken vazifelerle ilgili konulardan anlamlı olarak daha fazla bahsettikleri; akademik değer ve unvan içeren sözcükleri anlamlı olarak daha fazla kullandıkları görüldü (sırasıyla $Z=-3.076$, $p=0.002$; $Z=-2.811$, $p=0.005$; $Z=-2.557$ $p=0.01$)

Sağlıklı gönüllülerin konuşma örnekleri:

“İş” kategorisi ile ilgili konuşma örnekleri:

“Merhaba ben Yeşilyurt Devlet Hastanesi'nde *çalışıyorum*. Temizlik personeliyim. *Çalıştığım* yerdeki bütün doktorlarım herkes çok iyiler, anlayışlılar, sevecenler. Çalışma arkadaşlarımız aynen o şekilde. İşte bu hastanede 10 senedir *çalışıyorum*. 10 senedir buradayım, güzel. *Emekliliğimize* az bir zaman kaldı. Yaşım genç ama tabii ki günlerim dolu olduğu için bayağı bir zaman aldı. Yani 5 gün yine yaklaşıyor. 2010 yılında başladı sigortam şey pardon 2000 yılında başladı. İşte ondört yıllık sigortam var. Hesaplayın işte. Ondört onbeş yılda kaç gün yapıyorsa, o şekilde. Genç yaşta *emekli* olacağız”.

“Yorucu bir *işimiz* var, stresli bir *işimiz*. Tabii onun stresini de bazen taşıyoruz üzerimizde. Ama hani *işimizi* de severek yapıyoruz. Bazen eğlenceli onlarla vakit geçirmek, bazen yorucu, bazen stresli. Yani *çalıştığımız* için böyle çok bir sosyal hayatımız olmuyor. Biraz asosyaliz yani. Ev ev *iş* o kadar “.

Tablo 9: KATILIMCILARIN KONUŞMA İÇERİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

	Mani (s=30) (ortanca)	Sağlıklı Gönüllü (s=30) (Ortanca)	Z	p*
Ben (kendi)	40,20	20,80	Z=-4,304	p=0,000, m>s
Beden	37,62	23,38	Z=-3,163	p=0,002, m>s
Giyim	36,53	24,47	Z=-3,116	p=0,002, m>s
Tıp ilaç	35,98	25,02	Z=-2,437	p=0,015 ,m>s
Zayıflık işareti	37,02	23,98	Z=-2,893	p=0,004 ,m>s
Otorite teması	37,57	23,43	Z=-3,137	p=0,002, m>s
Ölüm teması	40,65	20,35	Z=-4,517	p=0,000, m>s
Saldırganlık	35,02	25,98	Z=-2,014	p=0,04, m>s
Din	38,80	22,20	Z=-3,692	p=0,000, m>s
Olumsuz eki	34,93	26,07	Z=-1,983	p=0,05, m>s
İhlal	37,07	23,93	Z=-2,919	p=0,004, m>s
Eril tema	35,13	25,87	Z=-2,091	p=0,04, m>s
Kovmak- çıkarmak	35,78	25,22	Z=-2,729	p=0,006, m>s
Sahip olmak	35,17	25,83	Z=-2,072	p=0,04, m>s
Erkek rolü	37,97	23,03	Z=-3,316	p=0,001, m>s
Güç işareti	37,35	23,65	Z=-3,042	p=0,002, m>s
Yüksek konum	39,15	21,85	Z=-3,841	p=0,00, m>s
Tehlike teması	38,67	22,33	Z=-3,655	p=0,00, m>s
Normalden sapma	38,03	22,97	Z=-3,359	p=0,001, m>s
İş	23,58	37,42	Z=-3,076	p=0,002, m<s
Amaç görev	27,50	33,50	Z=-2,811,	p=0,005, m<s
Akademik	24,17	36,83	Z=-2,557	p=0,01, m<s

*İstatiksel anlamlılık p<0,05, m=mani, s=sağlıklı

4.3. Manik Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

30 katılımcıdan oluşan manik hastaların 12'sinde (%40) psikotik özellikler varken, 18'inde (%60) yoktu. Birinci derece akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü 19 kişide (%63.7) tanımlanmamışken; 11 kişide (%36.7) pozitif aile öyküsü vardı. Hastalığın başlangıç yaşı 10-58 yaşları arasında ortalama 28.77 ± 2.38 ; hastalık süresi ise 1-32 yıl arası ortalama 10.03 ± 1.65 yıldır. Hastaların yaşam boyu geçirdiği manik, depresif, hipomanik toplam hastalık dönemi sayısı 1-38 arası atak ve ortalama 9.9 ± 1.97 iken; yaşam boyu geçirilen manik dönem sayısı 1-29 arası ortalama 6.97 ± 1.46 'ydı. Hastalık başladıktan sonra tedavisiz geçen süre ortalama 1.93 ± 0.3 yıldır. Şimdiki hastalık dönemi sırasındaki YMDÖ puanı 10-43 arası ortalama 24.6 ± 1.7 olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan manik hastaların 22'si (%73,3) hem duygudurum dengeleyici hem antipsikotik, 6'sı (%20) yalnızca duygudurum dengeleyici, 2'si (%6.7) yalnızca antipsikotik kullanıyordu. Hastaların almakta oldukları ilaç tedavileri grafik 1 de gösterilmiştir.

Birinci derece akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü ile şimdiki dönem sırasında psikotik özellik bulunup bulunmayışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($\chi^2=0.2$, $df=1$, $p=0.7$). Psikotik belirti bulunup bulunmaması açısından cinsiyetler arası anlamlı fark yoktu (χ^2 , $df=1$, $p=0.6$).

Manik hastalarda o sıradaki manik dönemin şiddetinin belirlenmesi için YMDÖ kullanıldı. Ölçek puanlarına göre daha önce Young ve arkadaşlarının belirlediği ölçek puanı kesme noktaları (minimal=0-13, hafif=13-25, orta=26-37 ağır=38ve üstü) göre derecelendirme yapıldı.(128, 129). Araştırma örnekleminin küçük olması nedeniyle YMDÖ 25 ve altında olanlar minimal ve hafif, 25'in üstünde olanlar orta ve şiddetli olarak 2 gruba ayrıldı. Cinsiyetler arasında mani şiddeti açısından farklılık yoktu ($\chi^2=0.5$, $df=1$, $p=0.5$). Psikotik belirtisi olanlarda, o sıradaki manik dönem anlamlı olarak daha şiddetli bulundu ($\chi^2=10.8$, $df=1$, $p=0.001$). Birinci derece akrabalarında hastalık öyküsü ile manik dönem şiddeti arasında anlamlı bir ilişki yoktu.

Manik dönem şiddet skorları grup içinde normal dağılımda olmadığı için (shapiro wilk testinde $p=0.00$); nonparametrik test (Mann Whitney U testi) yapıldı. Manik dönem şiddetine göre ayrılan iki grupta yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler benzerdi (sırasıyla $p=0,771$ $Z=-0,291$; $p=0.5$, $\chi^2=0.475$;

p=0,298 Z=-1,041). Hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, toplam manik dönem sayısı, tedavisiz geçirilen süre, toplam hastalık dönemi sayısı gibi klinik özellikler açısından anlamlı fark yoktu (sırasıyla Z=-0.92, p=0.36; Z=-1.168, p=0.24; Z=-0.378, p=0.71; Z=-0.178, p=0.90; Z=-1.232, p=0.22). Hastalık şiddetine göre manik katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması tablo 10'da sunuldu..

Tablo 10: HASTALIK ŞİDDETİNE GÖRE AYRILAN MANİK KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

	Minimal-hafif derecede manisi olanlar s=16	Orta-şiddetli derecede manisi olanlar s=14	p*
Cinsiyet (E/K)	%37.5/ 62.5 (6/10)	%50.0/50.0 (7/7)	p=0.53 $\chi^2=0.475$
Yaş (ort, yıl)	37,75 ± 13,14	40,00±13,05	p=0,771 Z=-0,291
Eğitim (ort, yıl)	10,00±3,25	8,79±3,44	p=0,298 Z=-1,041
Psikotik belirti (var/yok)	%12.5/87.5 (2/14)	%71.4/28.6 (10/4)	p= 0.001 $\chi^2= 10.804$
Medeni durum (bekar/evli)	%50/50 (8/8)	%42.9/57.1 (6/8)	p=0.696 $\chi^2=0.153$
Hastalığın başlangıç yaşı (ort)	26,62±11,60	31,21±14,50	p=0.359 Z=-0.916
Hastalık süresi (ort, yıl)	11,12±9,09	8,79±9,15	p=0.243 Z=-1.168
Toplam mani sayısı (ort)	6,44±7,27	7,57±9,03	p=0.705 Z=-0.378
Tedavisiz geçen süre (ort, yıl)	1,88±1,50	2,00±1,75	p=0.858 Z=-0.178

Ort=ortalama, s=sayı , *İstatiksel anlamlılık p<0,05

4.3.1. Manik Grupta Hastalık Şiddeti ile Konuşma İçeriği Karşılaştırılması

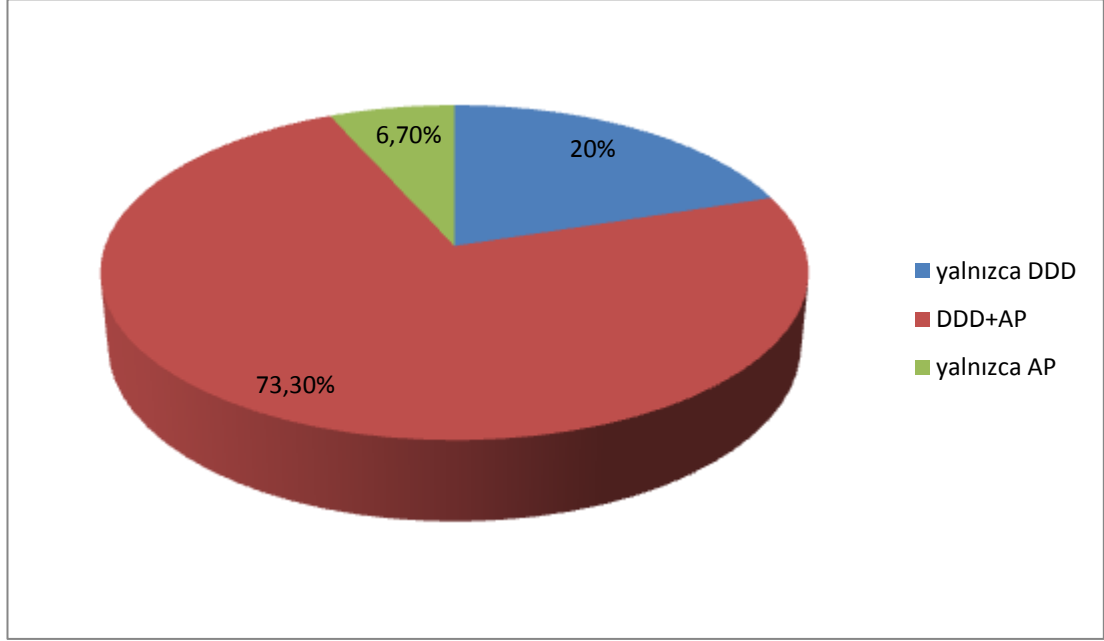
Hastalığın klinik şiddetinin konuşma içeriğini nasıl etkilediği araştırıldı. Orta ve ağır şiddette manisi olanlarda vücut organları (beden), din, yazım ve metin, eril kimlik, korku ve normalden sapma ile ilgili konuşma içeriği minimal-hafif şiddette manisi olanlardan anlamlı olarak daha fazla bulundu (sırasıyla $Z=-2.23$, $p=0,026$; $Z=-2.56$, $p=0,01$; $Z=-2,231$, $p=0.026$; $Z=-2,480$, $p=0.013$; $Z=-2.194$, $p=0.028$; $Z=-2.106$, $p=0.035$). Tıbbi konular ve özelliği olmayan sözlükte bulunmayan nesnelere ilgili konuşmalar ise minimal- hafif şiddette manisi olanlarda; şiddetli manisi olanlardan anlamlı olarak daha fazla bulundu (sırasıyla $Z=-2.582$, $p=0.01$; $Z=-3.065$, $p=0.004$).

Tablo 11: HASTALIK ŞİDDETİNE GÖRE AYRILAN MANİK HASTALARDA KONUŞMA İÇERİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

	Minimal-hafif mani s=16	Orta-ağır mani s=14	p*
Vücut organları (ort)	12.16	19.32	$Z=-2.23$ $p=0,026$, oa>mh
Din (ort)	11.66	19.89	$Z=-2.56$ $p=0,01$, oa>mh
Yazım ,metin, edebi (ort)	12.16	19.32	$Z=-2,231$ $p=0.026$, oa>mh
Eril kimlik (ort)	11.78	19.75	$Z=-2,480$ $p=0.013$, oa>mh
Korku teması (ort)	12.22	19.25	$Z=-2.194$ $p=0.028$, oa>mh
Normalden sapma (ort)	12.34	19.11	$Z=-2.106$ $p=0.035$, oa>mh
Tıbbi konu, ilaç (ort)	19.38	11.07	$Z=-2.582$ $p=0.01$, mh>oa
Özelliksiz nesnelere (ort)	19.72	10.68	$Z=-3.065$ $p=0.004$ mh>oa

Ort=ortanca, s=sayı, mh=miniman-hafif mani, oa=orta-ağır mani, *İstatiksel anlamlılık $p<0,05$

Grafik 1: Hastaların Almakta Oldukları İlaç Tedavileri



DDD=duygudurum düzenleyicisi, AP=antipsikotik

4.4 Tanı Gruplarının(sağlıklı--mani) Konuşma İçeriğine Göre Sınıflandırılması

Araştırmada kullanılan yöntemin tanı gruplarını ne oranda ayırt edebildiğini araştırmak için diskriminant (ayırt etme) analizi uygulandı. Öncelikle Wilks Lambda' nın en aza indirgenmesi yöntemiyle (stepwise) 83 kategori arasından $p < 0.05$ ve üzerinde anlamlı 8 kategori seçildi ve bu kategorileri içeren bir fonksiyon belirlendi. Fonksiyon 1 kategorileri giyim-kuşam, ilaç ve tıp, din, kendi (ben), kovmak-çıkarmak, alet-eşya, girişim, akademik ve düşük statüydü. Öngördürücü olarak belirlenen bu değişkenlerin istatistiksel anlamlılık değerleri tablo 12 de verilmiştir.

Öngördürücü değişkenlerin sonuçları tahmin etme gücü %81 olarak hesaplandı. Diğer bir deyişle bu diskriminant fonksiyonu tanı gruplarının konuşma içeriği farkının %81'ini açıklamaktadır (canonical correlation=0.907, Eigen value=4.622). Bu model tanı gruplarını ayırt etme açısından istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.000$, $df=9$, Wilks Lambda =0.178). Tanı gruplarının fonksiyondaki ortalamaları ve etki gücü tablo 13'de görülmektedir. Fonksiyonu oluşturan

kategorilerden ‘ben(kendi)’ ve ‘düşük statü’ kategorilerinin en büyük etki gücüne sahip olduğu görüldü.

Tablo 12: MANİK ve SAĞLIKLI GRUBU AYIRTEDEN FONKSİYON KATEGORİLERİ

Fonksiyon 1	p değeri
Ben (kendi)	p=0.000 F= 24,799
Tıp-ilaç	p=0.000 F= 19,701
Din	p=0.000 F= 23,290
Akademik	p=0.000 F= 22,421
Girişim	p=0.000 F= 22,732
Alet-eşya	p=0.000 F= 23,307
Düşük statü	p=0.000 F= 21,522
Giyim	p=0.000 F= 22,584
Kovmak-çıkarmak	p=0.000 F= 20,392

Tablo 13: TANI GRUPLARINI AYIRTEDEN FONKSİYONDAKİ GRUP ORTALAMALARI VE ETKİ BÜYÜKLÜKLERİ

Anlam kategorisi	Fonksiyon 1
Ben (kendi)	1.107
Tıp-ilaç	0.798
Din	0.751
Akademik	-0.660
Girişim	-0.424
Alet-eşya	0.491
Düşük statü	-0.835
Giyim	0.499
Kovmak-çıkarmak	0.631

Tablo 14: MANİK VE SAĞLIKLI GRUBUN FONKSİYON DEĞERLERİ

	Fonksiyon 1
Mani	2.114
Sağlıklı	-2.114

Fonksiyon 1 kullanılarak yapılan sınıflama analizi ile katılımcılar manik ya da sağlıklı olarak değerlendirildiler. Bu yöntemle belirlenen tanılar ile SCID ve klinik görüşme ile belirlenmiş tanılar arasındaki uyuşma düzeyi tablo 15’de sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi en yüksek doğruluk oranı ile öngörülen grup %100 oranı ile maniklerdir. Her 2 grup için ortalama doğru tanısız sınıflandırma oranı % 98.3’tür.

Tablo 15: TANI GRUPLARININ SINIFLANDIRILMASI

	Mani(tahmin)	Sağlıklı gönüllü(tahmin)
Mani(SCID ile)	% 100 s=30	% 0 s=0
Sağlıklı gönüllü(SCID ile)	% 3.3 s=1	% 96.7 s=29

s=sayı

4.5 Konuşma İçeriği ile Hastalık Şiddetinin Sınıflandırılması

Konuşma içeriğinin hafif ve şiddetli maniyi hangi oranda ayırt edebildiğini araştırmak için diskriminant (ayırt etme) analizi uygulandı. Öncelikle Wilks Lambda’ nın en aza indirgenmesi yöntemiyle (stepwise) 83 kategori arasından $p < 0.05$ ve üzerinde anlamlı 7 kategori seçildi ve bu kategorileri içeren bir fonksiyon belirlendi. Fonksiyon 1 din, öfke, doğadaki nesnelere, diğeri, özelliği olmayan nesnelere, eğlence, eş statü kategorilerinden oluşmaktaydı. Öngördürücü olarak belirlenen bu değişkenlerin istatistiksel anlamlılık değerleri tablo 16’da verilmiştir.

Öngördürücü değişkenlerin sonuçları tahmin etme gücü yaklaşık %77 olarak hesaplandı. Diğer bir değişle bu diskriminant fonksiyonu hastalık şiddetine göre ayrılan grupların konuşma içeriği farkının %77’sini açıklamaktadır (canonical correlation=0.880, Eigen value=3.446). Bu model tanı gruplarını ayırt etme açısından

istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.000$, $df=7$, $\chi^2=36.554$, Wilks Lambda =0.225). Tanı gruplarının fonksiyondaki ortalamaları ve etki gücü tablo 17’de görülmektedir. Fonksiyonu oluşturan kategorilerden ‘eğlence’, ‘özelliği olmayan nesnelere’ ve ‘öfke’ nin en büyük etki gücüne sahip olduğu görüldü.

Tablo 16: MİNİMAL-HAFİF MANİ İLE ORTA-AĞIR MANİYİ AYIRTEDEN FONKSİYON KATEGORİLERİ

Fonksiyon 1	p değeri
Özelliksiz nesnelere	p=0.003 F=10,597
Diğeri	p=0.000 F=10,611
Din	p=0.000 F=10,899
Eğlence	p=0.000 F=10,170
Öfke	p=0.000 F=9,924
Eş statü	p=0.000 F=10,097
Doğadaki nesnelere	p=0.000 F=10,830

Tablo 17: HASTALIK ŞİDDETİNE GÖRE GRUPLARI AYIRT EDEN FONKSİYONUN GRUP ORTALAMALARI VE ETKİ BÜYÜKLÜKLERİ

Anlam kategorileri	Fonksiyon 1
Özelliksiz nesnelere	-1.141
Diğeri	0.735
Din	0.799
Eğlence	1.466
Öfke	1.030
Eş statü	-0.711
Doğadaki nesnelere	-0.673

Tablo 18: MİNİMAL-HAFİF MANİ İLE ORTA-ŞİDDETLİ MANİ GRUPLARININ FONKSİYON DEĞERLERİ

	Fonksiyon 1
Minimal- hafif mani	-1.678
Orta-ağır mani	1.917

Fonksiyon 1 kullanılarak yapılan sınıflama analizi ile katılımcıların hastalık şiddeti minimal-hafif ya da orta-şiddetli mani olarak değerlendirildi. Bu yöntemle belirlenen o sıradaki manik dönem şiddetleri ile YMDÖ ile belirlenmiş dönem şiddetleri arasındaki uyuma düzeyi tablo 19’da sunuldu. Tabloda görüldüğü gibi en yüksek doğruluk oranı ile öngörülen grup %100 oranı ile minimal- hafif şiddette manik hastalardır. Her 2 grup için ortalama doğru tanısall sınıflandırma oranı % 96.7’dir.

Tablo 19: KONUŞMA İÇERİĞİNE GÖRE HASTALIK ŞİDDETİNİN SINIFLANDIRILMASI

	Minimal-hafif mani (Tahmin edilen)	Orta-ağır mani (Tahmin edilen)
Minimal-hafif mani (YMDÖ ile) S=16	%100 S=16	%0 S=0
Orta-ağır mani (YMDÖ ile) S=14	%7.1 S=1	%92.9 S=13

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Harvard III psikosozyal sözlük ve genel araştırmacı kullanılarak; bipolar bozukluk tanılı o sırada manik dönemde olan hastalar ile birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü bulunmayan sağlıklı gönüllülerin konuşma içerikleri karşılaştırıldı. Ayrıca manik hastaların Young Mani derecelendirme ölçeği ile belirlenen hastalık şiddetleri ile konuşma içerikleri karşılaştırıldı.

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında manik hastaların sözlükteki ‘Ben’ kategorisinde bulunan, kendisiyle ilgili cümleleri daha fazla kullandıkları, ağırlıklı olarak kendilerinden söz ettikleri, kendi bedenleriyle ilgili sözcükleri kullandıkları görüldü. Sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında manik hastaların, büyüklük ve güç içeren sözcüklerle daha yüksek konumu ifade eden sözcükleri daha fazla kullandıkları ve duygusal katılımı yüksek konuşmalar yaptıkları görüldü. Maniklerin konuşmalarına eril kimlik, otorite, din ve ölüm gibi özellikli temalar hakimdi. Sağlıklı gönüllülerin konuşma içeriğine ise; günlük hayatta yapılması gereken görevler, idealler, sorumluluklar, ahlaki değerler ve mesleki konular daha hakimdi. Sağlıklı gönüllülerin kendisini ön plana çıkarmadan günlük olaylardan bahsettikleri, emosyonel açıdan yüksüz konuşmalar yaptıkları görüldü.

Araştırmanın bulguları bu alanda yapılan sınırlı sayıda çalışmaların bulgularıyla uyumludur. Mete ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da çalışmamıza benzer olarak; maniklerin duygu dışavurumu yüksek konuşmalar yaptığı görülmüştür. Yalnızca bir çalışmada manik hasta konuşma içeriğinin kendisiyle meşguliyetten ziyade diğer insanlara ilgiyi içerdiği belirtilmiştir (92). Bu çalışmadaki farklı bulgular serbest çağrışıma önem verilmemesi ve hastanın araştırmacı tarafından yönlendirilebilmesi ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda hastaların konuşma içeriklerini yönlendirecek müdahalelerde bulunulmadı.

Manik hastaların depresif hastalara göre kendilerini tanımlarken daha olumlu cümleler kurdukları bilinen bir durumdur. Buna rağmen serbest çağrışimli görevlerde manik hastaların en az depresif hastalar kadar olumsuz cümle kurdukları bazı çalışmalarda gösterilmiştir (123). Birinin ölümüyle ilgili bir paragraf yazması istenen manik hastaların daha savunucu yanıtlar verdikleri ve zorlandıkları görülmüştür (124). Manik hastaları uygun olmayan inanışlar ve zedelenebilirlik açısından depresif

hastalarla karşılaştıran bir başka çalışmada mani grubunda kişilerarası ilişkilerde kırılganlık skorlarının yüksek olduğu ve maniklerin kendileriyle ve çevreyle ilgili olumsuz bilişlerinin olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da manik hastaların ölüm ve korku teması içeren sözcüklerle, güçsüzlük, zayıflık içeren sözcükleri daha fazla kullandıkları kaydedilmiştir. Bu bulgular manik dönemde bile çekirdek inançların olumsuz olduğunu belirten yazarların görüşleriyle uyumludur (125). Manik savunma teorisine benzer olarak manik semptomların hastayı bu çekirdek depresif düşüncelerden koruduğu, temelde kendiyile ve çevreyle ilgili olumsuz düşüncelerin varolduğu düşünülebilir.

Çalışmanın ikinci aşamasında yöntemin tanı gruplarını ne oranda ayırt edebildiği sınıflandırma analizi ile araştırıldı. Kullanılan yöntem ile sağlıklı ve hasta grubun konuşma içeriğine göre birbirinden %98.3 oranında ayrılabilirdiği görüldü. Tanı gruplarını öngören konuşma içerik kategorileri; giyim-kuşam, ilaç ve tıp, din, kendi(ben), kovmak-çıkarmak, alet-eşya, girişim, akademik ve düşük statüydü. En öngördürücü bileşen 'kendi' (ben) kategorisi olarak belirlendi. Manik hastalar kendisiyle ilgili sözcükleri kullanmaları, ilaç ve tedavi hakkında konuşmaları ile sağlıklı katılımcılardan ayırt edildiler. Sağlıklı katılımcılar ise akademik, işle, günlük yaşamla ilgili ve daha entelektüel konularda konuşmaları ile manik katılımcılardan ayırt edildiler.

Mevcut çalışma bulguları literatürü destekler niteliktedir. Mete ve arkadaşlarının yaptığı konuşma içeriğine göre sınıflandırma çalışmasında tanı grupları %72.5 oranında doğru sınıflandırılmışlardır. Sınıflandırma oranının daha düşük olması bipolar, depresif, şizofreni tanılı hastalar ve kontrol grubundan oluşan daha fazla sayıda farklı gruptan katılımcıların sınıflandırma analizine dahil edilmiş olmasından olabilir. Literatürde psikiyatrik hastalıkların konuşma içeriğine göre sınıflandırılmasıyla ilgili olan az sayıda çalışmada öngörme oranları %70-96 arasında değişmektedir. Çalışmalarda yöntemsel ve örneklem seçimiyle ilgili farklılıklar bulunmaktadır. Konuşma içeriğine göre sınıflandırmanın yapıldığı çalışmaların yanında, konuşmanın yapısal özelliklerine göre yapılan çalışmalarda bulunmaktadır (126).

Çalışmamızda ayrıca hastalık şiddetinin konuşma içeriği ile ilişkisi araştırıldı. Orta ve ağır şiddette manisi olanlar, hafif şiddette manisi olanlara göre daha fazla

beden ve organlarla ilgili sözcükler kullanıyor, somatik yakınmalarından bahsediyorlardı ve konuşmalarına din, eril kimlik, korku, anormalite-normalden sapma temaları hakimdi. Hastalık şiddeti daha hafif olan katılımcılar ise tıbbi konulardan, hastalıklarından ve kullandıkları ilaç tedavilerinden bahsetmekte ve konuşma metinlerine herhangi bir özelliği olmayan(sözlükte bulunmayan) sözcükler hakimdi. Hastalık dönemi daha şiddetli olan grupta temaya korku, din gibi konuların hakim olması, psikotik belirtilerin bu grupta daha fazla saptanmış olması ile açıklanabilir. Manik dönemi daha hafif şiddette olan grubun ise ilaç tedavilerinden ve hastalıklarından bahsediyor olmaları içgörülerinin daha fazla olması, hastalık şiddetinin daha hafif olması nedeniyle dikkati daha iyi sürdürebiliyor olmaları ve psikotik belirtilerin daha az bulunması ile açıklanabilir. Hafif şiddette manik dönemi olan hastaların sağlıklı gönüllü grubuna benzer şekilde daha yüksüz(nötr), duygu dışavurumu daha az, daha özelliiksiz içerikte konuşmalar yaptıkları görüldü.

Konuşma içeriğinin hafif ve şiddetli maniyi hangi oranda ayırt edebildiğini araştırmak için uygulanan sınıflama analizinde her iki grup %96.7 oranında doğru olarak sınıflandırıldılar. Konuşma içeriğinde din, öfke, doğadaki nesnelere, diğeri, özelliği olmayan nesnelere, eğlence, eş statü kategorileri hastalık şiddetini öngören kategoriler olarak belirlendi. Orta- ağır şiddette manisi olanlar daha öfkeli, daha dışa dönük olmaları, din ve eğlence temalarından daha fazla bahsetmeleri ile minimal-hafif şiddetli maniden ayırt edildiler. Minimal hafif şiddette manik dönemde olanlar ise karşısındakiyle eş statüde olduğunu belirten konuşmalar yapmaları, doğadaki sözcükleri ve sözlükte olmayan az rastlanan sözcükleri ve özel isimleri kullanmaları ile daha ağır maniklerden ayırtdıldılar. Bu sonuçlara göre hafif şiddette manisi olan hastaların konuşmaları sağlıklı bireylerin konuşmalarına benzer olarak yorumlanabilir. Hastalık şiddeti arttıkça duygu dışavurumu artmakta, daha öfkeli konuşmalar olmakta, ötekiyle iletişim artmakta, belli özellikli temalardan daha yoğun olarak bahsedilmektedir. Hastalık şiddeti arttıkça iletişim ve günlük olaylarla ilişkili temalardan uzaklaşmaktadır. Bu çalışmaya göre konuşma içeriği ile hastalık şiddetini tahmin edilebilmektedir. Konuşma içerik analizi ile hastalık şiddetine dair önemli bilgiler elde edilebilmiştir.

Düşünce ve dil bozuklukları maninin çekirdek özelliği olarak tanımlanmıştır. fikir uçuşması, baskılı, enkoheren konuşma, hızlanmış, gevşek veya teğetsel düşünceler, fazla konuşkanlık, basınçlı konuşma gibi özelliklerden bahsedilmiştir. Dilin işlevlerinden olan içerik özelliklerine odaklanan çalışma sayısı azdır. Aslında bipolar hastalarda klinik belirtiler yanında konuşmanın ve dolayısıyla düşüncenin değerlendirilmesi önemlidir. Konuşma içeriğinde ve yapısında bozulmalar tedavi direnci, semptomların kronikleşmesi ve kötü prognozla ilişkilidir (127). Bu nedenle tedavi hedefleri belirlenirken gözden kaçırılmaması gereken bir durumdur. Bazı araştırmacılar konuşma bozukluklarını ayrı bir sendrom olarak tanımlamaktadır (93).

Bipolar bozuklukta konuşma içeriği alanında yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Hastalığın doğası ve örneklem seçiminde yaşanan zorluklar buna neden olmaktadır. Son yıllarda konuşmanın içeriği ve yapısına dayanarak tanı koydurucu sözlük ve bilgisayar programları geliştirilmiş ve bu alanda merak uyandırıcı araştırmalar planlanmıştır. Bilgisayar teknolojilerinin konuşmanın yapısal özelliklerini ve bozukluklarını klinik ölçeklerden ve klinisyenden daha fazla duyarlılıkta ve güvenilirlikte analiz ettiği gösterilmiştir (70,128).

Kişilerin kullandığı sözcükler; onların kişilik özellikleri, zekası, ruhsal ve fiziksel durumu, sosyal statusu, hitap ettikleri kişilerle ilgili bilgiler taşır. Konuşan kişinin ya da bir metni yazan yazarın yakın ya da mesafeli, dışa dönük ya da kapalı olduğunu, yeni deneyimlere açık olup olmadığını önceki deneyimlerimize dayanarak sezebiliriz. İnsanların birşeyler anlatırken kullandıkları sözcüklerin kişilikleriyle ilişkisine dair ilk görüşler 1900'lü yıllarda Freud tarafından öne sürülmüştür. Parapraksi yani sürçme kavramı ile kişilerin konuşurken yaptıkları hataların onların derinde yatan bilinçdışı korku ve isteklerine işaret ettiğini belirtmiştir. Lacan ise dilin bilinçdışına yani onun tanımıyla Gerçek' e giden bir köprü olduğunu ifade etmiştir.

Dil ve konuşma ile ilgili çalışmalarda kelimelerin nasıl kullanıldığı veya hangi içerikte konuşulduğu araştırılır. Sözcüklerin kullanım şekli ile ilgili iki yaklaşımdan bahsedilebilir.

1.Kalitatif Yaklaşım: Gözlemci ile dinleyici arasındaki ilişki analiz edilir. Bu yöntemle çalışma yapmak, konuşanın yargılarını içermesi nedeniyle zordur.

2.Kantitatif Yaklaşım: Son yıllarda daha fazla başvurulan araştırma yöntemidir. Bu yöntemin esası kelime sayısının toplanarak analiz edilmesine dayanır. Metinde geçen sözcüklerin sayılması, metinde hangi sözcüklerin en geniş yer kapladığının saptanması, evrimsel olarak geliştirilen kodlama sistemine göre anlatının anlamsal olarak yorumlanmasını içeren çeşitli teknikleri vardır.

Stone ve arkadaşları tarafından geliştirilen genel çözümleyici ‘General Inquirer’, bilgisayarlı metin analiz programlarının babası olarak bilinmektedir. Kelime toplama stratejisini kullanır. Hem gereksinim temelli, hem de psikanalitik yöntemlerle bilgi veren metin analiz aracı olarak dizayn edilmiştir. Bu araç kullanılan sözcük sayısını tespit ederken, bu sözcükleri kategorilere ayırmadan önce metnin içerik temasıyla bağlantılı olup olmadıklarını tespit eder ve bağlantılı olan sözcükleri sayar. Diğer sözcükleri ise belirsiz grubuna atar. Örneğin : ‘‘kazanmaya kararlıyım’’ şeklindeki başarı temalı cümledeki kararlıyım sözcüğünü genel çözümleyici ilk aşamada ‘‘belirsiz ihtiyaç sözcüğü ve kazanmak sözcüğünü de belirsiz yarışmak sözcüğü olarak nitelendirir. Çünkü bu sözcükler ayrı ayrı kullanıldığında başarı temasına işaret etmiyor olabilirler. Başarı durumu olarak kodlanması için ikisinin bir arada bulunup bulunmadığına bakar. Söyleme bağımlı olan kelimeleri sayması ve bu esnekliği sayesinde genel çözümleyici alanında önemli yer edinmiştir (129).

Konuşma içeriklerinin karşılaştırıldığı bizim çalışmamızda da genel çözümleyici kullanılmış olup, genel çözümleyicinin söylemin temasına bağımlı olan kelimeleri sayması ve bu şekilde kategorilere yerleştirmesi sayesinde içerik analizinin güvenilirliği artmıştır.

Çalışmamızın kesitsel olması ve katılımcıların o andaki konuşmalarının dahil edilmesi çalışmanın kısıtlılıklarındandır ancak kişilerin gün içinde tekrarlayıcı konuşmalarının alındığı ve uzun süreli haftalar süren konuşma kaydının analiz edildiği araştırmalara göre ise; kişilerin konuşma özellikleri gün içinde yüksek oranda sabit kalmakta ve haftalar süresince kullanılan kelimeler kararlılığını korumaktadır. Gün içinde ve haftalar içinde tekrarlayıcı konuşma örneklerinin alındığı çalışmalarla bu duruma işaret edilmiştir. (130). Psikolinguistik çalışmaların gösterdiği gibi kişilerin sözcük seçimlerinin zaman içinde aynı kalması ve konu ve

metin boyunca istikrarını koruması bizim çalışmamızda olduğu gibi bu alanda kesitsel çalışmalara da olanak sağlamaktadır.

Genel çözümleyici dışında emosyonel ton ve soyutlamayı ölçen TAS/C psikoterapi seanslarında içgörü süreçlerini ve regresyon sırasındaki emosyonu analiz etmek amaçlı kullanılmıştır. Weintraub' un sözel davranışları analiz etmek için geliştirdiği ölçüm aracı, stres anındaki savunma mekanizmalarını analiz etmektedir. Psikanalitik yönelimli psikoterapilerde kullanılabileceği belirtilmektedir. Bir başka konuşma çözümleme yönteminde ise politik konuşmalar DICTION programı ile analiz edilmektedir (131,132). Benzer programlar ruhsal tanılarda ve başka alanlarda kullanılmaktadır.

Sözcük kullanımı kişisel farklılıklardan etkilenmektedir. İlerleyen yaşın sözcük kullanımını nasıl etkilediği bir çok metin yazarının ve şairin eserlerinin incelenmesi ile araştırılmıştır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte olumlu duygu sözcüklerinin arttığı, olumsuz duygu sözcüklerinin azaldığı, birinci tekil şahısın daha az kullanıldığı, daha az geçmiş zaman fiilinin, daha fazla gelecek zaman fiilinin kullanıldığı görülmüştür. Ayrıca yaşın artması metnin bilişsel karmaşıklığının artışıyla ilişkilidir. Konuşma özellikleri açısından cinsiyetler arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Kadınların konuşmalarında daha fazla rica sözcüklerinin olduğu, daha sık soru cümleleri kullandıkları, daha dolaylı anlatımlarının olduğu görülmüştür. Erkekler ise daha doğrudan, kesinlik içeren sözcükler, yargılayıcı sıfatlar ve emir cümleleri kullanmaktadır ve duygusal katılımları daha az olmaktadır (133,134). Bu alanda çalışma yaparken farklılıklar gösterebilmesi nedeniyle sosyodemografik özelliklerin dikkate alınması gerekmektedir. Çalışmamızda gruplar demografik özellikler açısından benzerdir.

Ruhsal hastalıklarda dilin kullanımı ve içeriği ile ilgili çalışmalarda bilgisayar destekli çözümleme araçları kullanılmıştır. Depresif hastaların birinci tekil şahıs sözcüklerini fazla olarak kullandıkları, ağırlıkları olarak kendilerinden bahsettikleri görülmüştür. Bu durumun depresyonun diğerleriyle iletişimi azaltan doğasından kaynaklandığı düşünülebilir. Suisid mektuplarında ve suicidal şiirlerde de "ben" sözcüğünün fazlasıyla kullanıldığı görülmüştür (135). Manik hastalarla yapılan bir çalışmada maniklerin de depresiflere benzer şekilde birinci tekil şahıs daha fazla

kullandıkları görülmüştür (136). Bizim çalışmamızda da manik hastaları sağlıklılarından ayıran en öngördürücü kategori 'BEN' kategorisi olmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına ve literatür örneklerine dayanarak manide de depresyonda olduğu gibi kişinin yoğun bir şekilde kendiyile meşguliyeti vardır denebilir. Çalışmamıza göre manik dönemin şiddeti arttığında ise kişinin ilgisi bir miktar diğer insanlara kaymaktadır. Bu durum psikotik özelliklerle de yorumlanabilir. Erotomanik, perseküsyon gibi sanrılar kişinin ilgisini ötekiye kaydırabilir.

Literatürde hastalık şiddetiyle konuşma içerik özelliklerinin ilişkisini karşılaştıran bildiğimiz kadarıyla başka bir araştırma bulunmamaktadır. Konuşma özelliklerinin aynı bireyde nasıl değiştiğini araştırmak için aynı atak döneminin farklı şiddetteki evrelerinde ve ötimik dönemde konuşma metinleri kaydedilip; bir izlem çalışması yapılabilir. Böyle bir izlem çalışmasının sonuçları daha güvenilir olacaktır. Çalışmamızda aynı hastaların farklı hastalık şiddeti dönemindeki konuşmalarının araştırılmamış olması çalışmanın kısıtlılığıdır. Yine hastalık şiddetinin sınıflandırıldığı diskriminant analizinde örneklem sayısının az olması bir diğer kısıtlılıktır.

Psikodilbilim; son dönemde üzerinde durulan, klinik dışında birçok alanda merak uyandırıcı araştırmaların yapıldığı bir çalışma alanı haline gelmiştir. Politikacıların siyasi süreç içinde söylemlerinin araştırılması, hukukta yalancı tanıklık alanında kullanılması, toplumsal olayların ve travmaların bireyleri nasıl etkilediğinin araştırılması, eşler arasındaki ilişkinin vasfının araştırılması, yazarların eserlerinin yıllar içinde uğradığı değişikliklerin araştırılması, dini kitapların ve dinle ilgili konuların araştırılıp mukayese edilmesi son yıllarda popüler olan başlıca konulardır.

Ötimik dönemde bilişsel işlevlerde bozulmanın sürdüğü hatta hastalıktan etkilenmeyen bireylerde de bilişsel işlev bozukluklarının görülebildiği bilinmektedir. Konuşma bir nevi bilişsel işlevlerin kendini ele verdiği bir alan olduğuna göre hastalıktan etkilenmeyen akrabalarda da konuşma özelliklerinin yapısal ve içerik yönünden araştırılması önem taşımaktadır.

Yöntemin klinik olarak tanısal anlamda kullanılması açısından henüz makina becerisi, insan becerisinin yerine geçememiş görünmekte; bu alanda yeni klinik çalışmalara ve teknolojik açıdan araştırma geliştirme çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Gelecekte daha gelişmiş programlar aracılığıyla ruhsal hastalıklarda konuşmanın yapısal, anlamsal ve sessel özelliklerinin bir arada incelendiği araştırmalar umut vaadedici olacaktır.

6. ÖZET

MANİK HASTALARDA BİLGİSAYAR PROGRAMI ARACILIĞIYLA KONUŞMA İÇERİĞİNİN ANALİZİ VE KONUŞMA İÇERİĞİ İLE HASTALIK ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİ

Günlük hayatta kullanılan sözcükler kişilerin psikolojik durumlarından ve sosyal bakış açılarından önemli izler taşır. Bilgisayar teknolojileri kullanılarak yapılan metin içerik analizleri söylem özelliklerinin incelenmesini sağlar. Literatürde manik hastalarda konuşmanın özelliklerini araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda konuşmanın anlamsal, yapısal ve sessel özellikleri araştırılmıştır. Bu çalışmada manik hastalarda konuşma içeriğinin incelenmesi ve sağlıklı gönüllülerin konuşma içerikleri ile karşılaştırılması amaçlandı. Konuşma içeriği ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki araştırıldı.

Çalışmada bipolar bozukluk manik epizot tanılı hastaların ve onlarla yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş, birinci derecede akrabalarında ruhsal hastalık öyküsü olmayan sağlıklı gönüllülerin serbest konuşma metinleri, içerik analizi yapan Harvard III psikososyal sözlük ve genel çözümleyici adlı bilgisayar programı ile incelendi. Manik dönemim şiddetinin belirlenmesinde Young Mani Derecelendirme Ölçeği kullanıldı.

Manik hastaların zihinlerinin sağlıklı kontrollerden daha farklı konularla meşgul olduğu, duygusal katılımı yüksek konuşmalar yaptıkları ve ağırlıklı olarak kendilerinden söz ettikleri, kendilerine atıfta bulduklarını gösteren ‘ben’, ‘benim’ gibi sözcükleri sağlıklı gruptan daha fazla kullandıkları görüldü. Hastalık şiddeti minimal-hafif düzeyde olan manik hastaların konuşma içerikleri sağlıklı gönüllülere benzer şekilde daha yüksüz ve daha az duygu içerikliydi. Hastalık şiddeti orta-şiddetli düzeyde olan grubun konuşma içeriğine ise hastalık şiddeti daha hafif düzeyde olan gruba göre; dini temalar, eril kimlik teması ve korkutucu temalar anlamlı olarak hakimdi.

Çalışmamızda kullanılan yöntemle manik hastalar ve sağlıklı gönüllüler tanısal olarak doğru şekilde sınıflandırılmış ve hastalık şiddetine göre ayrılan iki grup konuşma içerikleri ile ayırtedilebilmiştir. Gelecekte konuşmanın sessel, yapısal ve anlamsal özelliklerinin bir arada incelendiği, daha gelişmiş bilgisayar teknolojilerinin kullanıldığı araştırmalar umut vaat edici olacaktır.

Anahtar özcükler: mani, konuşma içeriği, semantik, genel çözümleyici, dil

7. SUMMARY

CONTENT ANALYSIS OF SPEECH WITH USING GENERAL INQUIRER IN PATIENTS WITH MANIA AND THE RELATIONSHIP BETWEEN SPEECH CONTENT AND SEVERITY OF DISEASE

The words people used in their daily lives can reveal important aspects of their social and psychological status. Context analysis allows to assess features of speech by using computer technology. There are limited studies which investigate the speech features in patients with mania. In these studies phonetic, semantic and syntactic components of speech have been analyzed. We aimed to examine speech content in patients with mania and to compare it with speech content of healthy volunteers. The relationship between speech content and severity of disease was investigated.

In this study free speech samples were analyzed comparatively in patients which were diagnosed with type I bipolar disorder (n=30) and in healthy controls which were matched by age, gender and educational level with first degree relatives with no history of mental illness (n=30) by using Harvard III Psychosocial Dictionary and General Inquirer content analysis program. The severity of disease was evaluated with young mania rating scale.

Patients with mania were preoccupied with different matters from healthy controls. First person singular self references like 'me', 'mine' were used higher in manics group compared to healthy controls. Their talking was more emotional and self-directed. The content of speech was less emotional and more neutral likewise healthy group, in patients with minimal-mild severe mania compared to patients with moderate-severe mania. Topics about religious, dangerous things and male identity were higher in speech of patients with moderate-severe mania compared to speech of patients with minimal-mild severe mania.

Groups of participants (mania and healthy control) were correctly classified into the diagnostic groups and severity of disease could be foreseen with content of speech by using this method. Future researches that investigate different levels of linguistic processing, such as phonological, syntactical and semantical together will be hopeful.

Key Words: content of speech, general inquirer, language, mania, semantic

8. KAYNAKLAR

1. Andreasen , Nancy C, Grove, William M. Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis., Schizophrenia Bulletin, 1986; Vol 12(3) : 348-359
2. Viney, Linda L. The assessment of psychological states through content analysis of verbal communications. Psychological Bulletin, 1983 ; Vol 94(3) :542-563
3. Maher B. A. Language Disorders in Psychoses and Their Impact on Delusions ,Psychopathology and Philosophy 1988; 109-120
4. Oxman, Thomas E.; Rosenberg, Stanley D.; Schnurr, Paula P. et al. Linguistic dimensions of affect and thought in somatization disorder. The American Journal of Psychiatry 1985; 142(10): 1150-1155.
5. Oxman TE, Rosenberg SD, Schnurr PP, Tucker GJ. Somatization, paranoia, and language. J Commun Disord. 1988 ; vol. 21 (1) : 33-50
6. Rosenberg, S. D., & Tucker, G. J. Verbal behavior and schizophrenia: The semantic dimension. Archives of General Psychiatry 1979; 36(12): 1331-1337.
7. Oxman, Thomas E., et al. The language of altered states. The Journal of nervous and mental disease 1988; 176: 401-408.
8. Ogilvie, Daniel M., Philip J. Stone, and Edward Francis Kelly. Computer-aided content analysis. A handbook of social science methods 2 1982 ; 219-246.
9. Mete L, Doğaner İ, Erol A, Sorias S, Ertaş M. şizofreni, Mani ve Depresyonda Konuşma İçeriği. Türk Psikiyatri Dergisi 1993; 4:2
10. Mete L, Dođaner İ, Erol A, Sorias S. řizofreni ve Manide dűřünce bozukluđunun dođası 1993; 4:1
11. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Disord 2001; 67: 3-19.
12. Saddock BJ, Saddock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2000; 1284-1289.
13. Işık E. Depresif ve Bipolar Bozukluklar Rotatıp Basımevi 2013: 327-330
14. Kraepelin E. Manic depressive insanity and paranoia. The Journal of Nervous and Mental Disease

15. Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H. J., Hirschfeld, R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of affective disorders* 2000; 59: 5-30.
16. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid*, 1995; 30: 279-292.
17. Akiskal HS. The bipolar spectrum: research and clinical perspectives. *Encephale*, 1995; 21 (6): 3- 11.
18. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA et al. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Turk Psikiyatri Derg* 2012; 23:149-160.
19. Kessing LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004; 6:421-425.
20. Yüncü Z, Kesebir S, Akdeniz F, Vahip S. Anticipation in bipolar disorder: a comparison between two generations. *Turk Psikiyatri Derg* 2008; 19:349-357.
21. Bellivier F, Golmard J, Rietschel M. Age at onset in Bipolar I Affective Dis Further evidence for three subgroups *Am J Psych*. 2003; 160: 999-1001.
22. Benazzi F. Gender differences in bipolar-II disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:67-71.
23. Lieberman DZ, Massey SH, Goodwin FK. The role of gender in single vs married individuals with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2010; 51:380-385.
24. Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., Cengiz, F. Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5(2):220-231
25. Belmaker RH. Bipolar disorder. *N Engl J Med* 2004; 351: 476- 486.
26. Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, ikinci baskı 2007*
27. İbiloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, bipolar-II ve majör depresif bozuklukta ayrışan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. *Turk Psikiyatri Derg* 2011; 22:159-165.
28. Weissman NM, Bland RC, Canino GJ. Cross- national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293- 299

29. Sachs GS, Thase ME, Otto MW, Bauer M, Miklowitz D, Wisniewski SR et al. Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry* 2003; 53(11): 1028-42.
30. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), Duygudurum bozuklukları. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001; 151-191.
31. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), İkiuçlu (bipolar) ve İlişkili Bozukluklar, tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013; 63-91.
32. Kraepelin E *Clinical psychiatry: A text book for students and physicans*. New York, NY; 1904 The Macmillan Co.
33. Cavanagh JT, Van Beck M, Muir W ve ark. Case control study of neurocognitive function in euthymic bipolar disorder: an association with mania. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 320-326.
34. Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 313-319.
35. Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P ve ark. A metaanalysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2006; 93: 105-115.
36. Zubieta JK, Huguelet P, O'Neil RL, Giordani BJ. Cognitive function in euthymic bipolar I disorder. *Psychiatry Res* 2001; 102:9-20.
37. Martino DJ, Marengo E, Igoa A, Scápola M, Ais ED, Perinot L et al. Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: A prospective 1 year follow-up study. *J Affect Disord* 2009; 116:37-42.
38. Torres, I. J., Boudreau, V. G., & Yatham, L. N. Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 116(s434), 17-26.
39. Bearden CE, Glahn DC, Monkul ES. Sources of declarative memory impairment in bipolar disorder: Mnemonic processes and clinical features. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 47-58.
40. Robinson LJ, Ferrier IN. Evolution of cognitive impairments in bipolar disorder: a systemic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disord* 2006; 8: 103-116.

41. Deckersbach T, McMurrich S, Ogutha J ve ark. Characteristics of nonverbal memory impairment in bipolar disorder: the role of encoding strategies. *Psychol Med* 2004; 34: 823-832.
42. Martínez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Salamero, M. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(2):262-270.
43. Basso, M. R Lowery N., Neel, J, Purdie, R.,Bornstein, R. A. Neuropsychological impairment among manic, depressed, and mixed-episode inpatients with bipolar disorder. *Neuropsychology* 2002; 16(1): 84.
44. van Gorp, W. G., Altshuler, L., Theberge, D. C, Mintz, J Declarative and procedural memory in bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 1999; 46(4):525-531.
45. David D, Petresco D, Soeiro-de-Souza M. G Facial emotion recognition and its correlation with executive functions in bipolar I patients and healthy controls. *Journal of affective disorders* 2014; 152: 288-294.
46. Watson S, Thompson JM, Ritchie JC Neuropsychological impairment in bipolar disorder: the relationship with glucocorticoid receptor function. *Bipolar Disord* 2006; 8:85-90.
47. Zubieta JK, Huguelet P, O'Neil RL Cognitive function in euthymic bipolar I disorder. *Psychiatry Res* 2001;102: 9-20.
48. Bora E, Vahip S, Gonul AS . Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001;112: 110-116.
49. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 2002; 72: 209-226.
50. Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M Cognitive function across manic or hypomanic, depressed and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:262-270.
51. Fuster JM. *Memory in the cerebral cortex: An empirical approach to neural networks in the human and nonhuman primate.* Cambridge, MA, USA: The Mit Press 1995.
52. Ericsson KA, Delaney PF. Long-term working memory as an alternative to capacity models of working memory in everyday skilled performance: In Miyake A, Shah P (editors). *Models of working memory: Mechanisms of activemaintenance and executive control.* NY, USA: Cambridge University Press 1999, 257–297.
53. Kognitif nörobilimler. S. Karakaş Nobel tıp kitabevi 2010; 3. Baskı, s:20-24

54.] Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez- Moreno J, et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatr* 2004;161:262-70.
55. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatr* 2003;160:636-45.
56. Deckersbach, T., McMurrich, S., Ogutha, J., Savage, C.R., Sachs, G., Rauch, S.L., Characteristics of non-verbal memory impairment in bipolar disorder: the role of encoding strategies. *Psychol Med* 2004; 34 (5): 823–832.
57. Antila, M., Tuulio-Henriksson, A., Kieseppa, T., Eerola, M., Partonen, T., Lonnqvist, J., Cognitive functioning in patients with familial bipolar I disorder and their unaffected relatives. *Psychological Medicine* 2006;37 (5):679–687.
58. Clark L, Sarna A, Goodwin GM. Impairment of executive function but not memory in first-degree relatives of patients with bipolar I disorder and in euthymic patients with unipolar depression. *Am J Psychiatr* 2005;162:1980-2
59. de Almeida Rocca, C. C, de Macedo-Soares, M. B., Gorenstein, C., Tamada, R. S., Isller, C. K., et al Verbal fluency dysfunction in euthymic bipolar patients: a controlled study. *Journal of affective disorders* 2008; 107(1):187-192.
60. David, D. P., Soeiro-de-Souza, M. G., Moreno, R. A., & Bio, D. S. Facial emotion recognition and its correlation with executive functions in bipolar I patients and healthy controls. *Journal of affective disorders* 2014; 152:288-294.
61. Amodio, D.M,Frith,C.D., Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition.*Nat.Rev.Neurosci* 2006;7:268–277.
62. Simonsen C, Sundet, K., Vaskinn, A., Ueland, T., Romm, K.L., Hellvin, T.,Melle,I, Friis, S.,Andreassen, O.A, Psychosocial functioning schizophrenia and bipolar disorder: relationship to neurocognition and clinical symptoms. *J.Int. Neuropsychol.Soc* 2010;16:771–783.
63. Brissos, S., Dias,V.V., Carita, A.I., Martinez-Aran, A, Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Res* 2008;160:55–62.
64. Otten, Mara, Martijn Meeter. "Hippocampal structure and function in individuals with bipolar disorder: A systematic review." *Journal of affective disorders* 2015; 174:113-125.
65. Oertel-Knöchel, V , Reuter J., Reinke B, Marbach K., Feddern R., Alves G. Et al. Association between age of disease-onset, cognitive performance and cortical thickness in bipolar disorders. *Journal of affective disorders* 2015; 174: 627-635.

66. Yu K, Cheung C, Leung M, Li Q., Chua S, McAlonan G. Are bipolar disorder and schizophrenia neuroanatomically distinct? An anatomical likelihood meta-analysis. *Frontiers in human neuroscience* 2010; 4:1–12.
67. Kognitif nörobilimler. S. Karakaş Nobel tıbbi kitabevi, 3. Baskı, 2010 s:169-172
68. Damasio A.R. Descartes' in yanılması . İstanbul: Varlık/Bilim 1999.
69. Akmajian A. Linguistics: An introduction to communication. Cambridge: MIT Press 1995.
70. Cohen AS, McGovern JE., Dinzeo TJ, Covington, MA. Speech deficits in serious mental illness: A cognitive resource issue?. *Schizophrenia research* 2014; 160(1):173-179.
71. Bleuler E. Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias. New York, International Universities Press 1911.
72. Hoffman RE, Stopek S, Andreasen NC. A comparative study of manic vs. schizophrenic speech disorganization. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:831–838.
73. Mete L, Doğaner İ. Düşünce Bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1):33-38
74. Blank S, Catrin. Speech production: Wernicke, Broca and beyond. *Brain* 2002; 125.8: 1829-1838.
75. Buchman A S, Garron D C, Trost-Cardamone J E, Wichter M D, Schwartz M. Word deafness: one hundred years later. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1986; 49:489–499
76. Levelt W. J. M, Praamstra P, Meyer A. Helenius P, Salmelin R. An MEC study of picture naming. *Journal of Cognitive Neuroscience* 1998; 10: 553–567
77. Hickok G, Poeppel D. The cortical organization of speech processing. *Nature Reviews Neuroscience* 2007;8: 393–402
78. Mete L, Doğaner İ, Erol A, Sorias S. Şizofreni ve Manide Düşünce Bozukluğunun Doğası. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4(1)
79. Morice R, McNicol D. Language changes in schizophrenia: A limited replication. *Schizophr Bull* 1986; 12:239–251.
80. Halliday MA, Hasan R. Cohesion in English. London, Longman 1976.
81. Ragin AB, Oltmanns TF. Communicability and thought disorder in schizophrenics and other diagnostic groups. A follow-up study. *Br J Psychiatry* 1987;150:494–500.

82. Docherty NM, DeRosa M, Andreasen NC. Communication disturbances in schizophrenia and mania. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:358–364
83. Marvel CL, Schwartz B, Isaacs KL. Word production deficits in schizophrenia. *Brain and Language* 2004; 89:182–191
84. Woods S.P, Weinborn M, Posada, CO'Grady J. Preliminary evidence for impaired rapid word generation in schizophrenia. *Brain and Language* 2007; 102 (1): 46–51
85. Stephane M, Pellizzer G, Fletcher C. R, McClannahan K. Empirical evaluation of language disorder in schizophrenia. *Journal of psychiatry & neuroscience* 2007; 32(4):250.
86. Erol A, Mete L, Doğaner İ. Şizofrenik bozukluk ve mizaç bozukluklarında konuşmanın yordanabilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992;4:249-253
87. Radanovic M, Nunes PV, Forlenza OV, Ladeira RB, Gattaz WF. Cognitive–linguistic deficits in euthymic elderly patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders* 2013; 150(2): 691-694.
88. Mete L, Erol A, Doğaner İ, Sorias S. Şizofreni, mani, ve depresyonda konuşma içeriği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4(3):171-175
89. Lyon HM, Startup M, Bentall RP. Social cognition and the manic defense: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1999;108:273-282.
90. Miklowitz DJ, Alatiq, Geddes JR, Goodwin GM, Williams JMG. Thought suppression in patients with bipolar disorder. *Journal of abnormal psychology* 2010; 119(2):355.
91. Goldberg JF, Gerstein RK, Wenzel SJ, Welker TM, Beck AT. Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients: Implications for cognitively based psychotherapeutics. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2008; 196: 207-210
92. Goldberg, JF, Wenzel SJ, Welker TM, Steer RA, Beck, A. T. Content-specificity of dysfunctional cognitions for patients with bipolar mania versus unipolar depression: a preliminary study. *Bipolar disorders* 2005; 7(1):49-56.
93. Lott PR, Guggenbühl S, Schneeberger A, Pulver A. E, Stassen, HH. Linguistic analysis of the speech output of schizophrenic, bipolar, and depressive patients. *Psychopathology* 2002; 35(4):220-227.

94. Hoffman RE, Stopek S, Andreasen NCA comparative study of manic vs schizophrenic speech disorganization. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43(9): 831-838.
95. Barch Deanna M, Berenbaum H. Language generation in schizophrenia and mania: The relationships among verbosity, syntactic complexity, and pausing. *Journal of Psycholinguistic Research* 1997; 26.4:401-412.
96. Tai S, Haddock G, Bentall R. The effects of emotional salience on thought disorder in patients with bipolar affective disorder. *Psychological medicine* 2004; 34(05): 803-809.
97. Hall MJ, Docherty NM. Parent Coping Styles and Schizophrenic Patient Behavior as Predictors of Expressed Emotion. *Family process* 2000;39(4): 435-444.
98. Vanello N, Guidi A, Gentili C, Werner S, Bertschy G, Valenza G at al. Speech analysis for mood state characterization in bipolar patients. In *Engineering in Medicine and Biology Society* 2012; IEEE:2104-2107
99. Erol A, Mete L, Doğaner İ, Sorias S. Bilgisayar içerikli çözümleme yönteminin psikiyatrik tanıda kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995;6(4):263-268
100. Bokar CE, Goldberg TE. Letter and category fluency in schizophrenic patients: a meta-analysis. *Schizophrenia research* 2003; 64(1): 73-78.
101. Barch DM, Berenbaum H. Language generation in schizophrenia and mania: The relationships among verbosity, syntactic complexity, and pausing. *J Psycholinguist Res* 1997; 26:401–412
102. Cuesta MJ, Peralta V. Testing the hypothesis that formal thought disorders are severe mood disorders. *Schizophrenia bulletin* 2011; sbr092.
103. Wilcox J, Winokur G, Tsuang M. Predictive value of thought disorder in new-onset psychosis. *Comprehensive psychiatry* 2012;53(6): 674-678.
104. Mercado, Johannesen JK, Bell MD Thought disorder severity in compromised, deteriorated, and preserved intellectual course of schizophrenia *J Nerv Ment Dis* 2011; 199(2):111-116
105. Morice RD, Ingram JC Language complexity and age of onset of schizophrenia. *Psychol Res* 1983; 9:233-242.
106. Thomas P, Kearney G, Napier E, Ellis E, Leudar I, Johnston M: Speech and language in first onset psychosis. Differences between people with schizophrenia, mania, and controls. *Br J Psychiatry* 1996;168:337-343.

107. Thomas P, King K, Fraser WI, Kendell RE: Linguistic performance in schizophrenia: A comparison of acute and chronic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 156:204-210, 214-215.
108. King K, Fraser WI, Thomas P, Kendell RE: Re-examination of the language of psychotic subjects. *Br J Psychiatry* 1990;156:211-215.
109. Cohen AS, Brown LA, Minor KS The psychiatric symptomatology of deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia research* 2010; 118(1):122-127.
110. Van Veelen NM, Vink M, Ramsey NF, Sommer IE, van Buure M., Hoogendam J, et al Reduced language lateralization in first-episode medication-naive schizophrenia 2011; 127(1):195-201.
111. Sommer IEC, Vd Veer AJ, Wijkstra J, Boks MPM, Kahn RS. Comparing language lateralization in psychotic mania and psychotic depression to schizophrenia; a functional MRI study. *Schizophrenia research* 2007;89(1):364-365.
112. Diederens KM, De Weijer AD, Daalman K, Blom JD, Niggens SF, Kahn RS et al. Decreased language lateralization is characteristic of psychosis, not auditory hallucinations. *Brain* 2010; 133(12):3734-3744.
113. Mitchell RL, Crow TJ. Right hemisphere language functions and schizophrenia: the forgotten hemisphere?. *Brain* 2005; 128(5):963-978.
114. Li X, Branch CA, Nierenberg J, DeLisi LE. Disturbed functional connectivity of cortical activation during semantic discrimination in patients with schizophrenia and subjects at genetic high-risk. *Brain imaging and behavior* 2010; 4(1):109-120.
115. Li X, Branch C, Ardekani B, Bertisch H, Hicks C, Delisi LE. fMRI study of language activation in schizophrenia, schizoaffective disorder and in individuals genetically at high risk. *Schizophrenia Research* 2007; 96:14-24.
116. Sommer IE, Ramsey NF, Mandl RC, van Oel CJ, Kahn RS Language activation in monozygotic twins discordant for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:128-135
117. Whyte MC, Whalley HC, Simonotto E, Flett S, Shillcock R, Marshall I et al. Event-related fMRI of word classification and successful word recognition in subjects at genetically enhanced risk of schizophrenia. *Psychological Medicine* 2006; 36:142-1439
118. Atagün Mİ, Şikoğlu EM, Can SS, Karakaş-Uğurlu G, Ulusoy-Kaymak S, Çayköylü A et al. Investigation of Heschl's gyrus and planum temporale in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A proton magnetic resonance spectroscopy study. *Schizophrenia research* 2015;161(2): 202-209.
119. Curtis VA, Thompson JM, Seal ML, Monks PJ, Lloyd AJ, Harrison L et al. The nature of abnormal language processing in euthymic bipolar I disorder: evidence for

a relationship between task demand and prefrontal function. *Bipolar disorders* 2007; 9(4):358-369.

120. Cermolacce M, Faugère M, Micoulaud-Franchi JA, Belzeaux R, Maurel M, Naudin J et al Natural speech comprehension in bipolar disorders: An event-related brain potential study among manic patients. *Journal of affective disorders* 2014; 158:161-171.

121. Kuperberg GR, Kreher DA, Ditman T. What can event-related potentials tell us about language, and perhaps even thought, in schizophrenia?. *International Journal of Psychophysiology* 2010;75(2):66-76.

122. Ryu V, An SK, Ha RY, Kim JA, Ha K, Cho HS Differential alteration of automatic semantic processing in treated patients affected by bipolar mania and schizophrenia: An N400 study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2012; 38(2):194-200.

123. Lyon HM, Startup M, Bentall RP. Social cognition and the manic defense: attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *Journal of abnormal psychology* 1999; 108(2):273.

124. Winters KC, Neale JM. Mania and low self-esteem. *Journal of Abnormal Psychology* 1985; 94(3):282.

125. Goldberg JF, Gerstein RK, Wenze SJ, Welker TM, Beck AT. Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients: Implications for cognitively based psychotherapeutics. *The Journal of nervous and mental disease* 2008; 196(3):207-210.

126. Fraser WI, King KM, Thomas P, Kendell RE. The diagnosis of schizophrenia by language analysis. *The British Journal of Psychiatry* 1986; 148(3):275-278.

127. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58(2):165-171.

128. Cohen AS, Elvevåg B. Automated computerized analysis of speech in psychiatric disorders. *Current opinion in psychiatry* 2014; 27(3):203-209.

129. Pennebaker JW, Mehl MR, Niederhoffer KG. Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves. *Annual review of psychology* 2003; 54(1):547-577.

130. Mehl MR, Pennebaker JW. The sounds of social life: a psychometric analysis of students' daily social environments and natural conversations. *Journal of personality and social psychology* 2003; 84(4):857.

131. Buchheim A, Mergenthaler E. The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based

text analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research* 2000; 10(4):390-407.

132. Hart RP. Redeveloping DICTION: theoretical considerations. *Progress in communication sciences* 2001;43-60.

133. Pennebaker JW, Stone LD. Words of wisdom: language use over the life span. *Journal of personality and social psychology* 2003; 85(2):291.


134. Thomson R, Murachver T, Green J. Where is the gender in gendered language?. *Psychological Science* 2001; 12(2):171-175.

135. Stirman SW, Pennebaker JW. Word use in the poetry of suicidal and nonsuicidal poets. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63(4):517-522.

136. Lorenz M, Cobb S. Language behavior in manic patients. *AMA Archives of Neurology & Psychiatry* 1952; 67(6):763-770.

9. EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı








 İZMİR KATİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU*

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNCÜLE OLARAK FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
KARAR BELGELERİ	Karar No: 45	Tarih: 01.02.2013				
	İzmir Katip Celebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği beklimlerinden Doç Dr Levent METE sorumluluğunda yapılması planlanan "Manide Konuşma İçeriğinin Atak Şiddeti ile İlişkisi" adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

CALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyileştirici Klinik Uygulamaları Kolevizi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof Dr Recep SÜTÇÜ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Clasifikasyon		Araştırma Değeri		Katılım *		İmza
Prof Dr Recep SÜTÇÜ / Başkan	Tıbbi Biyokimya	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç Dr Yusuf Cem KAPLAN / Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. D. Barış KILIÇCIOĞLU / Raporör	Adli Tıp	Sağlık Bakanlığı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç Dr Tülay KURT İNCESU / Üye	Nöroloji	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç Dr Yasemin TOKEM / Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd Doç Dr Orhan GÖKALP / Üye	Kalp Damar Cerrahisi	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd Doç Dr Ebru KÜÇÜKYILMAZ / Üye	Çocuk Diş Sağlığı	İKÇÜ Diş Hekimliği Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd Doç Dr Özge KARAĞEÇE / Üye	Ticaret Hukuku	İKÇÜ İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

Sayfa 2

EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Manide Konuşma İçeriğinin Atak Şiddeti ile İlişkisi

Araştırmanın İçeriği: Mani sık karşılaşılan bir psikiyatrik sendromdur. Hastalığın seyri boyunca hem hastalığın bir özelliği olarak, hem de bilişsel işlevlerdeki yetersizlikler nedeniyle düşünce ve konuşma bozuklukları sık görülür. Bu araştırmada manik hastalarda konuşma içeriği hastalık atak şiddeti açısından incelenecektir.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı, manide konuşma içeriği özelliklerinin atağın şiddetiyle nasıl bir ilişki içinde olduğunun araştırılmasıdır. Atağın şiddeti arttıkça mizaca özgü konuşma içeriği özellikleri daha belirgin hale mi gelmektedir?

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 30 manik hasta ve 30 sağlıklı gönüllü

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi: Çalışmaya katılacak hastalara hastalık tanılarının netleştirilmesi için SCID-I adlı bir klinik görüşme uygulanarak tanılarının netleştirilecektir ve ardından hastalığının şiddetinin ölçülmesi için Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulanacaktır. Son olarak da serbest çağrışımla hastalardan 10 dakika konuşması istenecek ve konuşma kayıt altına alınarak, özel bir

psikoloji sözlüğüyle incelenecektir. Her zaman yapılan olağan tedaviniz sırasında, olağan tedavinizi etkilemeyecek şekilde testler uygulanacaktır.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR): Bu araştırmayla konuşma içeriğiyle hastalığın şiddetinin öngörülebilmesi amaçlanmaktadır. Hastalığın şiddetinin bu şekilde tespit edilebilmesi, bu alanda bilgisayar programlarının geliştirilmesi ve şiddetli hastalık durumlarının daha kolay tespit edilmesi ve hastalığın olumsuz sonuçlarına erken müdahale edilmesini kolaylaştıracaktır.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Herhangi bir girişimsel işlem uygulanmayacaktır.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Araştırma sonucunda elde edilen tıbbi kanıtlar, sık görülen bir hastalık olan maninin tanısı, erken müdahalesi ve izleminde faydalı olacaktır.

5.GEBELİK

Gebelik durumu bu araştırmaya katılmaya engel teşkil etmemektedir.

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Araştırma sırasında herhangi bir girişimsel işlem veya ilaç kullanılmayacaktır.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Araştırma sırasında uygulanacak işlemleri tam ve doğru olarak tamamlayamayan kişiler bu araştırma dışında bırakılacaktır.

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Bu çalışma sırasında herhangi bir girişimsel işlem olmayacaktır ve sosyal güvenlik/sigorta kurumunuza herhangi bir ek yük getirmeyecektir.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Uzm.Dr. Dr. Levent Mete

1.Telefon: 02322*****/2381

2.Telefon: 05324*****

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu çalışmaya katıldığınız için bir zarar görme durumunuz bulunmamaktadır.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Araştırma sırasında tarafınızda edinilecek kişisel bilgilerin tümü, sadece araştırma yapan araştırmacılar tarafından görülebilecek ve başka hiç kimseyle paylaşılmayacaktır.

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin
Adı- Soyadı:
İmzası:
Görevi:
Tarih:

EK 3. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Adı-soyadı:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Yaşadığı yer: 0: kent merkezi 1: ilçe 2: köy

Eğitim durumu(yıl olarak) :

İşi: 0: ev hanımı 1: işsiz 2: memur 3: işçi 4: serbest 5: emekli 6: diğer
(mevsimlik iş, geçici iş vb.)

Medeni durumu: 0: bekar 1: evli

Tanısı :

Psikotik bulgu : 0. var 1. yok

Hastalığın başlangıç yaşı:

Psikiyatrik hastalığının süresi (ilk başlangıçtan bu yana geçen süre-yıl olarak):

Tedavisiz geçen hastalık süresi:

Toplam manik dönem sayısı

Toplam atak sayısı

Birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü: 0: yok
1: var

Kullandığı ilaçlar:

Young mani derecelendirme skoru:

EK 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

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

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

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

5) İritabilite

0. Yok

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

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

7) Düşünce yapı bozukluğu

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

8) Düşünce içeriği

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

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

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

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

EK 5: HARVARD III PSİKOSOSYAL SÖZLÜK KATEGORİLERİ

SELF
SELVES
OTHER
MALE ROLE
FEMALE ROLE
NEUTER ROLE
JOB ROLE
SMALL GROUP
LARGE GROUP
BODY PART
FOOD
CLOTHING
TOOL
NATURAL OBJECT
NON-SPECIFIC
OBJECTS
SENSORY REFERENCE
TIME REFERENCE
SPACE REFERENCE
QUANTITY REFERENCE
SOCIAL PLACE
NATURAL WORLD
IDEAL VALUE
DEVIATON VALUES
ACTION NORM
MESSAGE FORM
THOUGHT FORM
SENSE
URGE
AFFECTION
PLEASURE
DISTRESS
ANGER
AROUSAL
THINK
IF
EQUAL
NOT
CAUSE
DEFENCE MECHANISM
GOOD
BAD
OUGHT

COMMUNICATE
POSSES
GUIDE
CONTROL
FOLLOW
ATTACK
AVOID
ATTEMPT
APPROACH
GET
EXPELL
WORK
MOVE
ACADEMIC
ARTISTIC
COMMUNITY
ECONOMIC
FAMILY
LEGAL
MEDICAL
MILITARY
POLITICAL
RECREATIONAL
RELIGIOUS
TECHNOLOGICAL
HIGHER-STATUS
PEER-STATUS
LOWER-STATUS
OVERSTATE
UNDERSTATE
SIGN-STRONG
SIGN-WEAK
SIGN-ACCEPT
SIGN-REJECT
MALE-THEME
FEMALE-THEME
SEX-THEME
ASCEND-THEME
AUTHORITY-THEME
DANGER THEME
DEATH-THEME
NULL