

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EPİLEPTİK PSİKO-SENDROMLU YETİŞKİNLERDE
BİLİŞSEL SÜREÇLER, AFEKTİF SÜREÇLER VE SOSYAL
ÇEVREYLE İLİŞKİLERİN YÖNETİCİ İŞLEV
BECERİLERİNE GÖRE İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Alev KIZIL**

**Danışmanı
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Bayhan ÜGE**

İstanbul – 2015

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Flav KIZIL..... tarafından hazırlanan
“Farklılık Psikolojisi, Sendromlu Yetkinlerde Bireysel Süreçler, Etik-ül Süreçler ve.....
Sosyal Çevreyle İlişkilerin Yönetimi İstenen Becerilerin Çözümlenmesi.....”
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 18./02/2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bayhan ÜS.E.
Danışman: İstanbul Bilim Üniv. Psikoloji ASD/ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Serap Lemay BİLALIN
..... Haliç..... Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Zehra İonu SAYINER
..... Haliç..... Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:
..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:
..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

TEŞEKKÜR

Kendisini tanımaktan büyük mutluluk ve onur duyduğum, tez danışmanım Sayın **Yrd.Doç.Dr. Mehmet Bayhan ÜGE**'ye; henüz tezin başlangıç aşamasında değerli fikir ve önerilerini paylaşan saygıdeğer Sayın **Prof.Dr. Öget ÖKTEM TANÖR**'e; hastanede bulunduğum sürede yardımcı olan Sayın **Doç.Dr. Mustafa Tansel KENDİRLİ**'ye; bana Rorschach testini öğreten, bu alanda desteğini ve bilgi paylaşımını hiçbir zaman esirgemeyen Sayın **Uzman Psikolog Perihan Mutlu ESENTÖRK HACIOSMAN**'a, araştırmaya katılmayı içtenlikle kabul eden tüm epilepsi hastalarına ve son olarak, yaşamımda her koşulda yanımda hissettiğim babam ve anneme teşekkür ederim.

İstanbul, 2015

Alev KIZIL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.2.1. Alt Amaçlar	3
1.3. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi	4
1.4. Sayıtlılar	5
1.5. Sınırlılıklar	5
1.6. Tanımlar	5
BÖLÜM II	7
İLGİLİ LİTERATÜR	7
2.1. Epilepsi	7
2.1.1. Belirti ve Bulgular	7
2.1.2. Epileptik Sendromlar ve Sınıflandırılması	8
2.1.3. Epilepside Görülen Psikiyatrik Bozukluklar	12
2.2. Yönetici İşlevler	13
2.2.1. Yönetici İşlevler Modeli	14
2.2.2. Yönetici İşlevlerden Sorumlu Mekanizmalar	16
BÖLÜM III	19
YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Modeli	19
3.2. Araştırma Örnekleme	19
3.3. Veri Toplama Araçları	20
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	20
3.3.2. Rorschach Testi	20
3.3.2.1. Bilişsel Süreçler	21
3.3.2.2. Afektif Süreçler	23
3.3.2.3. Sosyal Çevreyle İlişkiler	26
3.3.2.4. Patolojik Yanıtlar	27
3.3.2.5. Özel Fenomenler	27
3.3.3. Stroop Testi TBAG Formu	29
3.3.4. İz Sürme Testi	30
3.3.5. Kategori Akıcılık Testi	30
3.3.6. KAS Akıcılık Testi	31
3.4. Verilerin Toplanması	31

3.5. Verilerin Analizi	32
BÖLÜM IV	33
BULGULAR VE YORUM.....	33
4.1. Sosyodemografik Bilgilere Göre Dağılım	33
4.2. Bilişsel Süreçlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	35
4.3. Afektif Süreçlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	36
4.4. Sosyal Çevreyle İlişkilerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	37
4.5. Patolojik Yanıtların Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	37
4.6. Agnoisse Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	38
4.7. Özel Fenomenlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	39
4.8. Yönetici İşlev Becerilerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	40
4.9. Bilişsel Süreçler ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	42
4.10. Afektif Süreçler ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	44
4.11. Sosyal Çevreyle İlişkiler ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	44
4.12. Patolojik Yanıtlar ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	44
4.13. Agnoisse Düzeyi ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	45
BÖLÜM V	46
SONUÇ VE ÖNERİLER	46
5.1. Sonuç.....	46
5.1.1. Bilişsel Süreçlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması ...	46
5.1.2. Afektif Süreçlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması ..	48
5.1.3. Sosyal Çevreyle İlişkilerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	49
5.1.4. Patolojik Yanıtların Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	50
5.1.5. Agnoisse Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	50
5.1.6. Özel Fenomenlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	51
5.1.7. Yönetici İşlev Becerilerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	51
5.1.8. Bilişsel Süreçler ve Yönetici İşlev Becerilerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	52
5.1.9. Afektif Süreçler ve Yönetici İşlev Becerilerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	53
5.1.10. Diğer Bulguların Tartışılması	54
5.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR	56
EKLER.....	62
EK 1: Katılımcı Bilgilendirme ve Onay Formu.....	63
EK 2: Sosyodemografik Bilgi Formu	64
EK 3: Rorschach Testi	65
EK 4: Stroop TBAG Formu	66
EK 5: Stroop TBAG Kayıt Formu	70
EK 6: İz Sürme Testi.....	71

EK 7: Kategori (Hayvan) Akıcılık Testi Kayıt Formu.....	75
EK 8: KAS Akıcılık Testi Kayıt Formu.....	76
EK 9: Etik Kurul Onayı	77
ÖZGEÇMİŞ	78

KISALTMALAR

- ILAE** : International League Against Epilepsy (Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği)
- Yİ** : Yönetici işlevler.
- PFK** : Prefrontal korteks.
- OPFK** : Orbitoprefrontal korteks.
- AS** : Anteriyor singulat.
- R** : Toplam cevap sayısı.
- G** : Bütün yanıt.
- D** : Parça yanıt.
- Dd** : Detay-detay yanıt.
- DbI** : Boşluklara verilen yanıt.
- F** : Biçim, form yanıt.
- F+** : İyi form yanıtı.
- F-** : Kötü form yanıtı.
- C** : Saf renk yanıtı.
- CF** : Renk hakim form yanıtı.
- FC** : Form hakim renk yanıtı.
- Clob** : Gölge yanıtı.
- FClob** : Form hakim gölge yanıtı.
- ClobF** : Gölge hakim form yanıtı.
- KClob** : Obje hakim gölge yanıtı.
- Ext.** : Beck'in extratensivite formülü.
- A** : Hayvan yanıtı.
- H+Hd** : İnsan ve insana ait kısımlara ait toplam yanıt sayısı.
- Ban.** : Banal yanıt.
- Triade** : 3. 5. ve 8. kartlara verilen toplam banal yanıt sayısı.
- S.C.** : Sosyal kontakt formülü.
- Obj.** : Obje/nesne yanıtı.
- Geog.** : Coğrafya yanıtı.

Nat. : Doğaya ait yanıtlar.

Plt. : Bitki yanıtları.

Anat. : Anatomi yanıtları.

Os. : Kemik anatomisi yanıtı.

Sex : Seks yanıtı.

Sg. : Kan yanıtı.

K/C : (Erlebnis Typus): Afektivitenin yönünü tespit formülü.

Kadinsky: "Regression"un $K > Ka + Kobj.$ ile tespit formülü.

Maturite: "Afektif maturite"nin $F > CF + C$ ile tespit formülü.

STBAG: Stroop Testi TBAG Formu

İST : İz Sürme Testi

KAT : Kategori Akıcılık Testi

KASAT: KAS Akıcılık Testi

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 2.1 : Epilepsi ve Epileptik Sendromlar Sınıflaması.....	8
Tablo 2.2 : Yİ Modeli	14
Tablo 2.3 : Frontal Subkortikal Devreler	17
Tablo 4.1.1. : Epilepsi ve Kontrol Grubunun Cinsiyet ve Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	33
Tablo 4.1.2 : Epilepsi ve Kontrol Grubunun Yaş Ortalaması.....	34
Tablo 4.1.3 : Epilepsi Grubunun Nöbet Sıklığına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.1.4 : Epilepsi Grubunun Hastalık Süresine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.2.1 : Rorschach Testindeki Bilişsel Süreçlerin Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	35
Tablo 4.2.2 : Rorschach Testindeki Ego Fonksiyonlarının Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	36
Tablo 4.3.1 : Rorschach Testindeki Afektif Süreçlerin Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	36
Tablo 4.4.1 : Rorschach Testindeki Sosyal Çevreyle İlişkilerin Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	37
Tablo 4.5.1 : Rorschach Testindeki Patolojik Yanıtların Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	38
Tablo 4.6.1 : Rorschach Testindeki Agnoisse Düzeylerinin Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	38
Tablo 4.7.1 : Rorschach Testindeki K/C “Erlebnis Typus”un Ki-Kare Analizi İle Değerlendirilmesi.....	39
Tablo 4.7.2 : Rorschach Testindeki Afektif Maturite Formülünün Betimsel Değerlendirilmesi.....	39
Tablo 4.7.3 : Rorschach Testindeki “Kadinsky Regression” Formülünün Frekans Analizi	40
Tablo 4.8.1 : KAT ve KASAT Sonuçlarının t-test ile Karşılaştırılması	40
Tablo 4.8.2 : STBAG Sonuçlarının t-test ile Karşılaştırılması	41
Tablo 4.8.3 : İST Sonuçlarının t-test ile Karşılaştırılması.	42
Tablo 4.9.1 : Epilepsi Grubunda Rorschach Testindeki Bilişsel Süreçler ve Yönetici İşlev Becerilerinin Korelasyon Tablosu.....	43
Tablo 4.9.2 : Epilepsi Grubunda Rorschach Testindeki Ego Fonksiyonları ve Yönetici İşlev Becerilerinin Korelasyon Tablosu.....	43
Tablo 4.10.1 : Epilepsi Grubunda Rorschach Testindeki Afektif Süreçleri ve Yönetici İşlev Becerilerinin Korelasyon Tablosu.....	44
Tablo 4.13.1 : Epilepsi Grubunda Rorschach Testindeki Agnoisse Düzeyleri ve Yönetici İşlev Becerilerinin Korelasyon Tablosu.....	45

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Alev KIZIL
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Mehmet Bayhan ÜGE
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Aralık 2015

EPİLEPTİK PSİKO-SENDROMLU YETİŞKİNLERDE BİLİŞSEL SÜREÇLER, AFEKTİF SÜREÇLER VE SOSYAL ÇEVREYLE İLİŞKİLERİN YÖNETİCİ İŞLEV BECERİLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

ÖZET

Epilepsi, merkezi sinir sistemindeki nöronların artmış uyarılabilirliğinden kaynaklanan beynin fokal ya da jeneralize karakterde, ani paroksizmal tepkisiyle belirgin bir nörolojik hastalıktır. Planlama, organizasyon, inhibisyon, hedef seçimi gibi yönetici işlev becerilerini yürüten prefrontal korteks başta olmak üzere sorumlu mekanizmalar hastalığın ikincil etkilerine maruz kalabilmektedir. Bu araştırmanın amacı, yetişkin epilepsi hastaları ve kontrol grubunun bilişsel süreçleri, afektif süreçleri ve sosyal çevreyle ilişkilerini yönetici işlev becerilerine göre incelemektir. Araştırmanın epilepsi ve kontrol grubuna 30 katılımcı atanmıştır. Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu, Stroop TBAG Formu, KAS Akıcılık Testi, Kategori Akıcılık Testi, İz Sürme Testi ve Rorschach Testidir. Araştırma sonuçlarına göre, epilepsi ve kontrol grubunda, yönetici işlev becerilerini ölçen testlerden yalnızca, İz Sürme Testi-B Bölümü puanları ve KAS Akıcılık Testi-“K” harfi puanları farklılaşmıştır. Bununla beraber, Rorschach Testinde, kontrol grubuna göre epilepsi grubunda reaksiyon zamanında uzama, tepki sayısında azalma, bilişsel fonksiyonlarda bozulma (G ve F+ yanıtlarında düşme, Dd, Dbl, F- yüzdelerinde artma), afektif süreçlerde bozulma (Cn renk sayımı ve artmış CF) ve sosyal çevreyle ilişkilerde bozulmalar (düşük Triade, K ve Ban. yanıtları) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, meticolosite (kılı kırk yarma), commontoire (test hakkında fikir bildirme), perseverasyon ve description (betimleme) görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Yönetici İşlev Becerileri, Rorschach Testi.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Alev KIZIL
Field : Psychology
Program : Applied Psychology
Supervisor : Assoc.Prof.Dr. Mehmet Bayhan ÜGE
Degree Awarded and Date : Master's Degree (MSc.) – December 2015

THE EXAMINATION OF COGNITIVE FUNCTIONS, AFFECTIVE PROCESSES AND SOCIAL CONTACT CONCERNING EXECUTIVE FUNCTIONS IN ADULTS WITH EPILEPTIC PSYCHO-SYNDROM

ABSTRACT

Epilepsy is one of the neurological illnesses characterized with sudden unexpected paroxysmal response of brain (either focal or generalized) which is induced by nerve hyper excitability. Executive functions such as planning, organization, inhibition, goal setting have been dominated by prefrontal cortex; can be caused by epilepsy adversely. The aim of the current study is to examine cognitive functions, affective process and social contact in terms of executive functions within epilepsy and control groups. Each sample group is consisted of 30 adults. Data collecting instruments are Socidemographic Information Formu, Stroop TBAG, Verbal Fluency Test, Categorical Fluency Test, Trial Making Test and Rorschach Test. According to results of the research, in the epilepsy and control group, among the tests which measure executive functions, only the scores of the Trail Making Test-B Part and KAS Fluency Test-“K” varied. However, in the Rorschach Test, extension in the reaction time, decrease in the number of reactions, impairment in cognitive functions (drop in G and F+ responses), increase in Dd, Dbl, F- ratios), dysregulation in affective processes (Cn color counts and increased CF response), inadequacy in social contact (low Triade, K and Ban responses) have been found statistically significant. Additionally, “commentaire” (to make comment on the test), “meticulosite” (to give more details), perseveration and description have been observed in epilepsy group with Rorschach Test.

Keywords: Epilepsy, Executive Functions, Rorschach Test.

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Epilepsi, bir kişinin tekrar tekrar epileptik nöbet geçirmesiyle belirgin bir klinik durumları ifade eden geniş bir sendrom grubunu ifade etmektedir. Epilepsi nöbetinde, farklı nedenlere bağlı olarak, merkezi sinir sistemindeki nöronların artmış uyarılabilirliğinden (nöronal hiperekstabilite) kaynaklanan beynin bölgesel ya da yaygın (jeneralize) karakterde ani paroksizmal bir tepki sözkonusudur (Niedermeyer, 1987). Epilepsi; klinik seyir, prognoz ve etiyolojisi yönünden oldukça farklı özellikler gösterebilen bir merkezi sinir sistemi hastalığı olduğundan, salt semiyolojik nöbet sınıflaması yeterli olmamıştır. Epileptik psikosendromlar farklı epilepsi türlerini içeren daha geniş bir tanı grubunu ifade etmektedir. Bu sebeple, epileptik sendromların sınıflandırılması klinikte daha kullanışlıdır. Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE, 1989), bilinen tüm epileptik sendromlar için elektroensefalografik sınıflandırma önermiş olup epileptik psikosendrom bu tanılanmış epilepsi türlerinin davranışsal belirtilerini ifade etmektedir (ILAE, 2010).

Epileptik psikosendromda gözlenen klinik belirtilerin hastalığın türüne bağlı olarak birbirinden farklı seyir göstermesi hastalığın tanılanmasını oldukça güçleştirmektedir. Ek olarak, davranışsal olan her durumun aynı zamanda nörolojik olması sebebiyle duygudurum bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, psikotik bozukluklar başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukların ayırıcı tanısının yapılması önemlidir (DSM-V, 2014). Bununla beraber, epilepsi tanılanması tüm medikal tetkiklere rağmen görüldüğü kadar kolay değildir.

Epileptik psikosendromun mistisizm, erotizm, eretizm, başta olmak üzere birtakım epileptik kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Dinçmen, 1984; Anastasiadis, 1975). Davranışsal olan her durumun nöropsikolojik bir karşılığı olarak epilepside gerek hastalığın prognozu ve sağaltımı gerek adli hususların ele

alınmasında değerlendirilmesi gereken birincil nörolojik fonksiyon yönetici işlev becerileridir.

Yönetici işlev (Yİ) becerileri (*executive functions*) davranışsal ve bilişsel açıdan önemli olan karmaşık dikkat, inhibisyon, işleyen bellek, bilişsel esneklik, hedef seçimi, planlama ve organizasyon becerilerini içeren bir dizi nörokognitif süreci içermektedir (Lezak, 1995). Bu içeriğiyle Yİ becerileri, davranışı denetleyen ve izleyen birbiri ardına gelen karmaşık bir süreçtir. Bu süreçler strateji ve hedef oluşturma, plan ve hareketlerin gereğine uygun davranma gibi yetilere işaret etmektedir. Lezak'a (1995) göre oluşturulan hedeflere ulaşmak amacıyla müdahaleyi kontrol eden ve performansı takip eden Yİ becerileri, hedefleri aktif bellekte tutarak birbiriyle ilişkili becerileri entegre eden, bireysel hedef oluşturmaya imkan sağlayan bilişsel süreçlerdir. Prefrontal korteksin planlama, planları işleme koyma ve çeldiricileri inhibe etme (dikkatin dışında tutabilme) işlevleriyle birlikte Yİ becerileri kapsamı genişletilmiştir (Fuster, 1989; Goldman-Rakic, 1987; Luria, 1966; Akt.Karakaş ve Karakaş, 2000).

Yİ becerileri, irade, planlama, amaçlı eylem ve etkili performans olarak bilinen dört alt bileşenden oluşmakta ve her bileşen kendisiyle ilişkili alt beceriler dizisini içermektedir (Lezak, 1995). Yİ becerileri sadece kognitif süreçler yönüyle değil, davranışsal ve afektif süreçler yönüyle de büyük öneme sahiptir. Davranışın planlanması, değiştirilmesi ve inhibisyonu üzerindeki mekanizmalar öğrenme ve sosyal davranış üzerindeki etkilerden ileri gelmektedir (Carrion, Orza, ve Santamaria, 2004). Lezak'a göre (1995) toplumsal sorumluluk sahibi olunmasında, doğru kabul edilen ve hayatı sürdürmeye yönelik davranışlar gösterilmesinde Yİ becerileri bütünlüğü gereklidir. Giderek artan sayıda yapılan çalışmalarda, pek çok kişiliğe özgü ve davranışsal problemin Yİ becerileri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Aarnoudse-Moens, Smidts, Oosterlaan ve diğerleri, 2009).

Ellenberger'a göre "üniversitelerden, laboratuarlardan, büyük kütüphanelerden uzakta, küçük bir psikiyatri hastanesinde, ne psikoloji eğitimi görmüş, ne uluslararası kongrelere katılmış, ne de resmi unvanları olan bir adam" olarak, sanatsal ve klinik yeteneklerini projektif düşünce biçimiyle tamamlamış Hermann Rorschach'nın geliştirdiği Rorschach Testi, kişiliğin dinamiklerini açıklarken ayırıcı tanıya gidebilmektedir (Akt.Anzieu ve Chabert, 2011). Rorschach'nın özgünlüğü mürekkep lekeleri testini imgelem olma testinden çıkarıp kişilik testine dönüştürmesi ve yeni yorumlama biçimini oluşturmasıdır. Projektif bir test olmasıyla başlangıçta

puanlanması, kodlanması ve yorumlanması açısından metodik zorluklar içeren Rorschach testine ilişkin geliştirilen farklı yorumlar (Beck, Klopfer, Loosli-Usteri, Piotrowski gibi), bu testi salt psikanalitik alandaki bir yöntem olmaktan çıkarıp daha objektif bir niteliğe yaklaştırmıştır. Yine Exner'in (1986) çalışmaları testin bilimsel değerini artırmış ve karşılaştırma olanağı sağlamıştır. Psikodiagnostik (tanı koydurucu) özelliğinin olması bu testi klinik psikoloji metodunun kullanıldığı alanlarda en sık tercih edilen projektif test haline getirmiştir (Anastasiadis, 1975).

Epileptik psikosendrom ise, Rorschach testinde dürtüsellik, artmış hostilite, benmerkezcilik, öfori, yapışkan davranış gibi kendine özgü bir kişilik profili olarak gözlenebilmektedir (Anastasiadis, 1975). Piotrowski (1957) bu görünümle çalışmış ve bir dizi liste oluşturarak epileptik psikosendromu ayırt etme önerisinde bulunmuştur (Akt.Anzieu ve Chabert, 2011).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, epilepsi hastaları ile sağlıklı yetişkinlerin bilişsel süreçleri, afektif süreçleri ve sosyal çevreyle ilişkilerinin yönetici işlev becerilerine göre incelenmesidir.

1.2.1. Alt Amaçlar

1. Epilepsi hastaları ve sağlıklı yetişkinlerin bilişsel süreçleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. Epilepsi hastaları ve sağlıklı yetişkinlerin afektif süreçleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3. Epilepsi hastaları ve sağlıklı yetişkinlerin sosyal çevreyle ilişkileri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4. Epilepsi hastaları ve sağlıklı yetişkinlerin yönetici işlev becerileri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

5. Epilepsi hastalarının bilişsel süreçleri ile yönetici işlev becerileri arasında bir ilişki var mıdır?

6. Epilepsi hastalarının afektif süreçleri ile yönetici işlev becerileri arasında bir ilişki var mıdır?

7. Epilepsi hastalarının sosyal çevreyle ilişkileri ile yönetici işlev becerileri arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi

Epilepsinin tanılanması ve ayırt edici tanısının yapılması farmakoterapi, klinik muayene süreçleri, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntüleme yöntemleri (EEG, PET taraması, fMRI gibi) ve hastaların sağaltımlarına ilişkin güvenilir bilgilendirme alanlarında kritik önemdedir. Etkin olmayan bir tanılama tüm bu işlemler için fazladan zaman ve kaynak planlaması anlamına gelmektedir.

Epilepsi, hemen her yaşta görülebilen ve uzun süreli tedavi ve izleme gerektiren bir hastalık olarak bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Epilepsiyle çalışan hekimlerin, epilepsili bireyler ve onların aileleri ile hastalıkla ilgili “tüm kararlara ortak katılımlarını sağlayabilecek şekilde ve onların tüm sosyo-kültürel ve özel ihtiyaçlarını gözeterek” bir iletişim kurma bilgi ve becerisine sahip olmalarının önemi bilinmektedir (Bingöl, 2007).

Epilepsi tanılanması adli psikolojik değerlendirmeler için de özel bir öneme sahiptir. Türk Ceza Kanununda (2005) tanımlı, cezai ehliyeti kaldıran ve azaltan nedenlerden birisi akıl hastalığıdır: “Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.” (TCK, madde 32). Epilepsi ve (tüm alt sendromları) doğrudan bir akıl hastalığı olmamakla beraber kişinin işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yetisi veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin etkilenmesi söz konusudur (Sercan, 2007). Çünkü epilepside ve pek çok akıl hastalığında konfüzyon (bilinç bulanıklığı) olabileceği bilinmektedir (Songar, 1976). Konfüzyon halinde kişiler çevresi ve hatta kendisi ile ilgili bilgilerin tamamını veya önemli bir kısmını kaybeder, bu durumda kişi “...hareketleri üzerindeki her türlü şuurlu kontrolü kaybettiğinden dolayı işlediği suçtan mesul tutulamaz.” (Songar, 1976). Bu noktadan hareketle, cezai ehliyet bakımından birinci derecede ele alınması gereken durum konfüzyon halidir. Adli psikiyatrik bilirkişilikte özellikle ceza ehliyetinin tayininde epilepsi konusunda zorlukların bulunduğu, “...bir epilepsi nöbeti esnasında veya nöbetin öncesinde veya sonunda oluşan konfüzyon devresi içinde işlenen suçlara

karşı hastanın cezai ehliyeti olmadığı gibi hukuki ehliyetinin de olmadığı”na dikkat çekilmiştir (Dinçmen, 1984: 84).

Bu araştırma ayrıca objektif testler ve Rorschach testini istatistiksel yorumlama ile birleştiren, epileptik psikosendromun Rorschach protokollerini betimleyici ilk çalışmadır. Bu yönüyle çalışma, Rorschach testinin diagnostik gücü ile geçerli-güvenilir bir klinik psikoloji metodolojisi olduğunu göstermesi bakımından ayrı bir öneme sahiptir.

1.4. Sayıtlar

- 1- Seçilen örneklem evreni temsil edici niteliktedir.
- 2- Araştırmaya katılan bireyler içten ve samimi yanıt vermişlerdir.
- 3- Araştırmada kullanılan ölçme araçları araştırmanın amacına yönelik veri toplama açısından uygundur.

1.5. Sınırlılıklar

1- Bu araştırma sonuçları GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesinde başvurmuş, çoklu ilaç kullanımı bulunmayan, tonik-klonik nöbetlerle seyreden jeneralize epilepsi hastaları ve gönüllü sağlıklı yetişkinlerin verileri ile sınırlıdır.

2- Bu araştırma 2015 yılına ilişkin veriler ile sınırlıdır.

3- Bu araştırma yönetici işlev becerileri, bilişsel süreçler, afektif süreçler ve sosyal çevreyle ilişkileri değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçeklerin ölçtüğü nitelikler çerçevesinde sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Epilepsi: Beyin hücrelerinde geçici anormal elektrik yayılması sonucu ortaya çıkan ve nöbetlerle karakterize bir merkezi sinir sistemi hastalığıdır (ILAE, 1989).

Epileptik Psikosendrom: Salt semiyolojik nöbet tanımı yeterli olmayan epilepsi için önerilmiş, klinik seyir, prognoz ve etiyoloji açısından farklı özellikler gösteren tüm epileptik sendromları içeren geniş bir tanı grubudur (ILAE, 1989).

Yönetici İşlev Becerileri: Davranışsal ve bilişsel açıdan önemli olan karmaşık dikkat, inhibisyon, işleyen bellek, bilişsel esneklik, hedef seçimi, planlama ve organizasyon becerilerini içeren bir dizi nörokognitif süreçtir (Lezak, 1995).

BÖLÜM II

İLGİLİ LİTERATÜR

Bu bölümde epilepsi ve yönetici işlev becerileri konularına ilişkin kuramsal açıklamalar yer almaktadır.

2.1. Epilepsi

Epi-lepsi kelime anlamı olarak Yunancadan gelmektedir. “Epi” kelimesi üstünden, üstünde anlamında, “Lepsis” kelimesi ise tutma ve sarsma anlamındadır. Nöbetleri ifade eden bu yeni birleşik kelime, -Epilepsi-, birden tutulmak, yakalanmak demektir (Eşkazan, 2008).

Epilepsi nöbeti, değişik nedenlere bağlı olarak merkezi sinir sistemindeki nöronların artmış uyarılabilirliğinden (nöronal hiperekstabilite) kaynaklanan bölgesel ya da yaygın karakterde beynin beklenmedik paroksizmal bir tepkisidir. Epilepsi ise bir kişinin tekrarlı olarak epilepsi nöbeti geçirmesiyle belirgin bir klinik durumdur (Niedermeyer, 1987).

Epilepsinin toplumda görülme sıklığı ‰ 4-10 olarak rapor edilmiştir. Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde 100.000’de 50 (Olafsson, Hauser ve Ludvigsson, 1996), gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın iki katı olduğu bilinmektedir (Lavados, Germain ve Morales, 1992). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada ise epilepsi prevalansı % 0,7 olarak belirtilmiştir (Aziz, Güvener, Akhtar ve diğerleri, 1997).

2.1.1. Belirti ve Bulgular

Epilepsi nöbetinde artmış hızlı ve bölgesel elektriksel boşalmalar söz konusudur. Bu durum belli bir zamanda, duygu, davranış, bilinç, hareket ile algılama fonksiyonlarına dair stereotipik bir bozukluk halinde seyreder (Annegers, 1994).

Kişi nöbet esnasında ne olup bittiğini hatırlamaz ve nöbet anında amneziktir (Dinçmen, 1984). Epilepsi tanısı ise herhangi bir uyaran olmaksızın iki ve üzeri nöbet geçirildiği koşulda konulur.

2.1.2. Epileptik Sendromlar ve Sınıflandırılması

Epilepsi ve epileptik sendromların pek çok türü bulunmaktadır. Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE), 1989 yılında “Epilepsi ve Epileptik Sendromlar Sınıflaması” önermiştir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Epilepsi ve Epileptik Sendromlar Sınıflaması (ILAE, 1989).

<p>I. Lokalizasyona bağlı (fokal, lokal, parsiyel) epilepsiler ve sendromlar</p> <p><i>1.1. İdyopatik (yaşa bağlı başlangıç)</i></p> <p>Sentrottemporal dikenli selim çocukluk çağı epilepsisi</p> <p>Oksipital paroksizmlili çocukluk çağı epilepsisi</p> <p>Primer okuma epilepsisi</p> <p><i>1.2. Semptomatik Temporal lob epilepsisi</i></p> <p>Frontal lob epilepsisi</p> <p>Parietal lob epilepsisi</p> <p>Oksipital lob epilepsisi</p> <p><i>1.3. Kriptojenik</i></p> <p>II. Jeneralize epilepsiler ve sendromlar</p> <p><i>2.1. İdyopatik (Yaşa bağlı başlangıç-yaş sırasına göre sıralanmıştır)</i></p> <p>Selim ailesel yeni doğan konvülsyonları</p> <p>Selim yeni doğan konvülsyonları</p> <p>Süt çocukluğunun selim miyoklonik epilepsisi</p> <p>Çocukluk çağı absans epilepsisi (piknolepsi)</p> <p>Jüvenil absans epilepsisi</p> <p>Jüvenil miyoklonik epilepsi (impulsif petit mal)</p> <p>Uyanırken gelen grand mal nöbetli epilepsi</p> <p>Diğer jeneralize idyopatik epilepsiler</p> <p>Belirli aktivasyon yöntemleriyle uyarılan epilepsiler</p>
--

Tablo 2.1 (devam). Epilepsi ve Epileptik Sendromlar Sınıflaması (ILAE,1989).

<p>2.2. <i>Kriptojenik veya semptomatik (Yaş sırasına göre)</i></p> <p>West sendromu (infantil spazmlar)</p> <p>Lennox-Gastautsendromu</p> <p>Miyoklonik astatik nöbetli epilepsi</p> <p>Miyoklonik absanslı epilepsi</p> <p>2.3. <i>Semptomatik</i></p> <p>2.3.1. Nonspesifikyoloji</p> <p>Erken miyoklonik ensefalopati</p> <p>(Supression-burst)'lu erken infantil epileptik ensefalopati</p> <p>Diğer semptomatik jeneralize epilepsiler</p> <p>2.3.2. Spesifik sendromlar</p> <p>III. Fokal veya jeneralize oldukları belirlenemeyen epilepsiler</p> <p>3.1. <i>Jeneralize ve fokalkonvülsiyonlu epilepsiler</i></p> <p>Yeni doğan konvülsiyonları</p> <p>Süt çocuğunun ağır miyoklonik epilepsisi</p> <p>Yavaş dalga uykusu sırasında devamlı diken-dalgalı epilepsi</p> <p>Edinsel epileptik afazi (Landau-Kleffnersendromu)</p> <p>Diğer belirlenemeyen epilepsiler</p> <p>3.2. <i>Net jeneralize veya fokal konvülsiyon özelliği olmayanlar</i></p> <p>IV. Özel sendromlar</p> <p>4.1. <i>Duruma bağlı nöbetler</i></p> <p>Febril konvülsiyonlar</p> <p>İzole nöbet veya izole status epileptikus</p> <p>Akut metabolik veya toksik nedenlere bağlı nöbetler</p>

Parsiyel (fokal) nöbetler beynin sınırlı bir bölgesinde ortaya çıkarak nöronal deşarjın görüldüğü nöbetler olarak bilinmektedir. Basit parsiyel nöbetlerde hastanın bilinci açıkken kompleks parsiyel nöbetlerde şuur kaybı oluşmaktadır. Bu sebeple etkilenen beyin bölgesine göre epilepsi ve nöbetlerin seyri oldukça değişmektedir. Temporal lob, oksipital lob ve frontal lob epilepsilerinin klinikte farklı görünümlere sahip olduğu ifade edilmiştir (Browne ve Holmes, 2013).

Absans nöbetleri saniyeler süren bilinç kaybı ile seyreden, ani donup kalma ile karakterize nöbetlerdir. Önceki kullanımıyla *petit mal* olarak bilinen bu

nöbetlerde kişiler günlük olağan işlevleri veya faaliyetleri içinde iken "...birdenbire yaptığı işi bırakır, durdurur, bir müddet için duraklar, kendini kaybeder, göz kapaklarını kırıştırır, dudaklarını veya dil ve yüzünü oynatır, ve bazen esner veya güler, bu esnada idrarını kaçırabilir" (Dinçmen, 1981). Nöbet esnasında kişi, uyarıyı algılayamaz ve cevap veremez. Bu tür nöbetlerin sınıflama sistemi içerisinde olduğu ve nöronal deşarjin bütün beyne yayılmadığı bildirilmiştir (Niedermeyer, 1987; Browne ve Holmes, 2013).

Jeneralize nöbetler tüm beyne yayılan nöronal deşarjı ifade eden nöbetlerdir. Halk arasında sara nöbeti olarak bilinen ve klinikte sıklıkla jeneralize tonik-klonik nöbetlerle izlenen tanısı en kolay epilepsi türüdür (Arman, 2012). Tonik-klonik nöbetlerin gözlemlendiği bu tür (grand mal tipi) epilepside hasta aniden şuurunu kaybeder ve epileptik çılgılık adı verilen şiddetli bir ses çıkararak yere yıkılır. Kasların gergin olduğu ve vücudun sertleştiği bu evreye tonik devre adı verilir. Ardından gelen klonik devre 40-50 saniye kadar sürer. Bu devrenin sonunda hasta nefes aldığı andan itibaren epilepsi koması adı verilen 5-25 dakika sürebilen devreye başlar. Epilepsi komasının ardından konfüzyonel durum yavaş yavaş açılır (Dinçmen, 1981).

Status epileptikus, arka arkaya, bir konfüzyondan açılmadan nöbet geçirme halidir; nöbet geçirdikten sonra tamamen iyileşme olmadan diğer bir nöbetin gelmesi ile karakterize ve hayati tehlike içerebilen bir durumdur. Nöbet türüne göre status epileptikusun farklı türleri vardır: Tonik-klonik (grand mal), basit parsiyel (fokal), kompleks parsiyel (psikomotor, temporal, oksipital, frontal lob) ve absans (petit mal). Bunlar içerisinde hayati en çok tehdit eden tür tonik-klonik status epileptikustur ve acil müdahale gerektirmektedir (Browne ve Holmes, 2013). Dinçmen (1984) status epileptikusta hastaların ilk nöbetten henüz açılmadan ikinci bir nöbete girebildiğini ve bu şekilde 8-10 saat içerisinde 30-40 hamle oluşabildiğini aktarmıştır.

Epileptik bireylerin nöbetleri dışında birtakım kişilik boyutları ile belirli epileptik karakter geliştirdiği alan yazında bildirilmiştir (Cloninger, Yazıcı, 2010; Bostancı, 2007; Dokur, 1991). Bahse konu çalışmalarda nörobiyolojik kişilik kuramlarıyla nörotransmitterler ve davranış arasında bir ilişkiye vurgu yapılmıştır. Bilindiği gibi, glutamat ile perseverasyon (tepkide ısrar), seratonin ile inhibisyon (teпки ketleme), dopamin ile davranışın aktivasyonu ve yeniden düzenlenmesi ilişkilidir (Akt. Bostancı, 2007). Daha spesifik olarak Meldrum (1992), epilepside bir nörotransmitter olarak glutamatın nöbetlerin başlamasında ve yayılımındaki ilişkisini

açıklamıştır. Genetik geçişli kuramlar perspektifinde, epilepsi hastalarının birinci derece akrabalarında glutamat seviyelerinin ölçüldüğü bir araştırmada yüksek düzeyler gözlenmiştir (Janjua, Itano ve Kugah, 1992).

Epileptik kişilik kavramı alan yazında üzerinde durulan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kraepelin'e göre, agresivite epilepsi hastaları ile bütünleşmiş bir kişilik boyutudur. Sjobring (1973; Akt.Ettinger ve Kanner, 2001) epileptiklerin çevresel, öfkeli, gergin, anksiyöz özellikler gösterdiğini ifade etmiş ve bu özelliklerin nöbet geçirmeyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Dinçmen (1984:83) ise bu durumu birtakım karakter özellikleriyle belirleyerek ifade etmiştir:

“Epileptik hastalarda ve bilhassa hakiki-idiopatik epilepsiye musap olanlarda, bazen, *eretism-erotism-mistisism* tabirleri ile özetlenebilen hususi bir karakter tipi oluşur. Burada aşırı iritabilite, agresiona meyil, artmış ve frenlenmeyen şehvet, yobazca ve ritüellere bağlı fanatik bir mistik tutum ile beraber “yapışkan” ve “konuya doğrudan doğruya giremeyip etrafında spiraller çizerek lüzumsuz ayrıntılara dalma” şeklinde tanımlanan konuşma tarzı, hiddet ve saldırganlıktan iltifat ve tabasbusa ve bunun ters istikametinde anlık değişimlerle oluşan teessüriyet sebatsızlığı, her şeye karşı ve daima şikâyetlerde bulunma, zekâ azalması, ablak bir yüz ifadesi ile kendini gösteren bir karakter tipi söz konusudur. Modern nöroloji ve psikiyatri kitaplarında böylesine hususi, belirgin ve epilepsiye has bir karakter yapısından bahsedilmemesine ve modern yazarlarca (epileptik karakter)in varlığı reddedilmesine rağmen, klinik pratikte, eski kitapların önemle üstünde durdukları böyle bir karakter hususiyetine sıklıkla rastlanır.”

Epileptik kişiliğin boyutlarından biri olarak gözlenen agresyon ile yapılan pek çok çalışma pre-iktal (nöbet öncesi), iktal (nöbet esnası) ve post-iktal (nöbet sonrası) epizodlarda farklı fenomenlere işaret etmiştir (Fenwick, 1987). Pre-iktal dönemde dakikalardan saatlere hatta birkaç güne değişen sürelerle gözlenebilen, prodromal belirtiler olarak iritabilite, artmış agresivite ve anksiyete ifade edilmiştir (pre-iktal agresyon). İktal dönemde ise açık agresyona dönüşen ve şiddet içeren eylemler gösteren olgular bildirilmiştir (Ettinger ve Kanner, 2001). Öyle ki, işledikleri iddia olunan suçlara karşı cezai ehliyetlerinin olup olmadığı sorulan ve epilepsi tanısı konmuş 77 hastanın suç tiplerine göre incelendiği, ülkemizde yapılmış bir çalışmada, sırasıyla adam öldürme ve adam öldürmeye teşebbüs, ırza geçme, gasp, dikkatsizlik

ve tedbirsizlik nedeniyle ölüme sebebiyet suçlarının izlendiği aktarılmıştır (Kökrek, Cansunar, Ortaköylü ve diğerleri, 1996). Dinçmen'e göre de (1984) 15-20 bıçak darbesiyle öldürülmüş birinin katilinin epileptik olma olasılığı yüksek olduğu gibi, yarı şuurlu bir halde ve hiçbir sebep yokken tanımadığı kimselere elindeki bıçak veya ateşli silahla saldıran ve ardından olay hakkında tam bir amnezi hali gösteren kişinin de epileptik olma olasılığı büyüktür. Yine Dinçmen (1984) agresiviteyle ilişkili olarak "...aynı şekilde, ehemmiyetsiz bir sebep üzerine aşırı reaksiyon ve hiddet göstererek suç işleyen bir kimsenin epilepsi yönünden incelenmesinin doğru olduğunu" belirtmiştir.

2.1.3. Epilepside Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

Psikiyatrik komorbiditenin en sık görüldüğü hastalıklardan olan epilepside psikoz, duygudurum, anksiyete ve demanstan hafif bilişsel bozulmaya kadar zihinsel etkilenme alanı geniştir. Tanı grupları sırasıyla duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, kişilik bozuklukları ve davranış bozukluklarıdır (Gaitatzis, Trimble ve Sander, 2004). Bilişsel bozukluklar ile kişilik değişiklikleri toplam oranın %40 ile %75 arasında olduğu bildirilmektedir. Menteşoğlu ve arkadaşları yaptığı çalışmada, bir veya birden fazla psikiyatrik bozukluk taşıma oranı epilepsinin kompleks semptomatolojili parsiyel grubunda %75, jeneralize epilepsi grubunda %61 bulunmuştur (Akt.Soyosal, 2012). Yolcu ve arkadaşlarının (1999) ceza sorumluluğu açısından yaptıkları araştırmada 1831 epilepsi olgusunun %37'sinde kişilik değişikliği, %29'unda bilişsel bozukluklar, %2'sinde psikotik bozukluklar, %68'inde psikiyatrik komplikasyonlar ile üçte birinde zeka geriliği saptanmıştır.

Duygudurum bozukluklarından epilepsi hastalarında en sık görülen (özellikle interiktal adı verilen nöbetler arası geçen sürede) psikiyatrik hastalık major depresyondur. Bir psikiyatrik tanının eşlik ettiği epilepsi hastalarının %30'unda distimik ve manik epizodlar bildirilmiş (Kanner ve Balabanov, 2002), bipolar bozukluğun epilepsi hastalarında daha sık izlendiği aktarılmıştır (Ettinger ve Kanner, 2001). Örneğin, dirençli epilepsi hastaları ile yapılan bir prevalans çalışmasında duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranı %24 ile %72 arasında değişkenlik göstermektedir (Victoroff, 1994).

Anksiyete bozuklukları epilepsi hastalarında %10-25 arasında (Victoroff, 1994), dirençli epilepsi hastalarında ise %11-44 arasında değişmektedir (Ettinger ve

Kanner, 2001). Obsesif kompulsif bozukluk görülme sıklığı %4-10 olarak bildirilmiştir (Silbermann, Susman, Skillings ve diğerleri, 1994).

Psikotik bozuklukların epilepsi hastalarında popülasyona kıyasla görülme riski 6-12 kat daha fazladır (Manchanda, Schaefer ve McLachlan, 1996). Genel olarak epilepsi hastaları içerisinde psikoz yaygınlık oranının %2 ile %7 arasında olduğu bilinmektedir (Torta ve Keller, 1999). Spesifik olarak temporal lob epilepsilerinde ise psikoz yaygınlık oranı %10 ile %19 arasında gözlenmektedir (Victorof, Benson, Grafton ve diğerleri, 1994; Sherwin, Peron-Magnan, Bancaud ve diğerleri, 1982). Epilepsi hastalarının %5,9’unda da psikoz ve alkol bağımlılığı birlikte görülmektedir (Forsgren, 1992).

2.2. Yönetici İşlevler

Yönetici işlevler (Yİ) davranışsal ve bilişsel açıdan önemli olan karmaşık dikkat, inhibisyon, işleyen bellek, bilişsel esneklik, hedef seçimi, problem çözme, dürtü kontrolü, planlama ve organizasyon becerilerini içeren bir dizi nörokognitif süreci ifade etmektedir (Lezak, 1995).

Yİ; zeka, düşünme, kendini kontrol ve sosyal etkileşim gibi üst düzey insan davranışlarını içermektedir (David, 1992). Bu yönüyle Yİ yalnızca dış uyaranlar karşısında eyleme geçerek doğrudan ve pasif tepki vermek değil, planlanan eylemin gerçekleşmesini sağlayacak becerileri içeren bir dizi karmaşık süreçtir (Luria, 1973). Lezak (1982) Yİ’yi basitçe hedeflerin makul olarak belirlenmesi, ardından bu hedeflerin nasıl gerçekleşeceğinin planlanması ve son olarak bu planların nasıl etkili şekilde uygulanacağı olarak ifade etmektedir. Welsh ve Pennington’a göre (1988) Yİ, gelecekte ulaşılması hedeflenen bir amaç için uygun problem çözme becerilerini sürdürebilme yeteneği olarak sosyalleşmenin, kişisel gelişimin, olgunluğun ve yaratıcı aktivitenin özüdür.

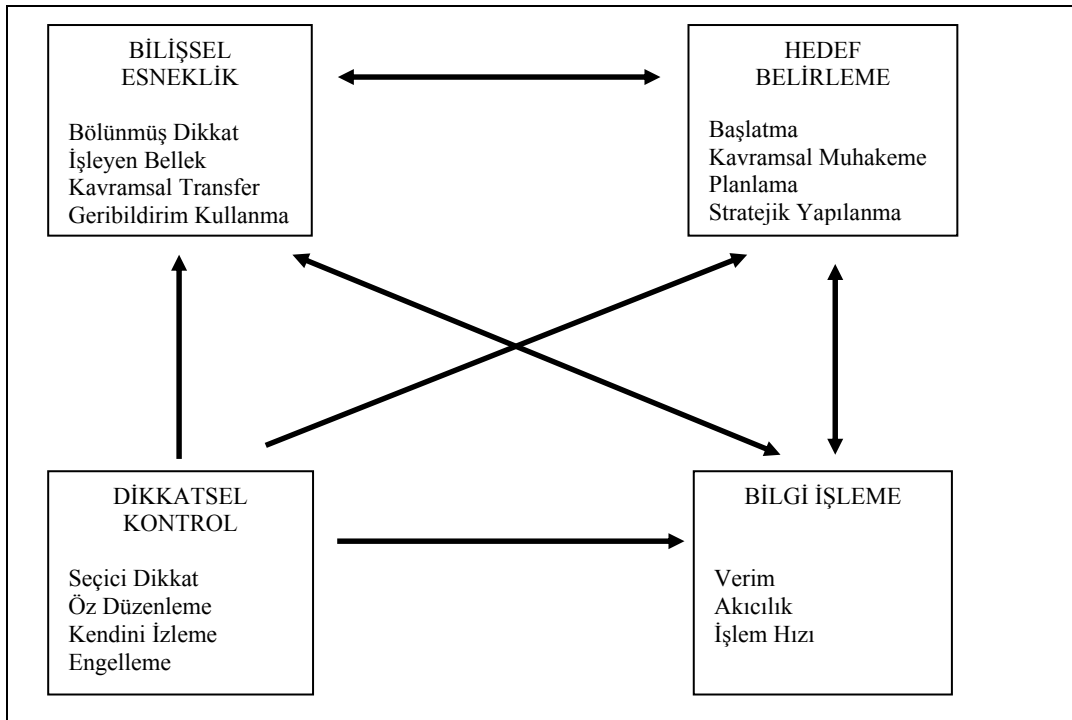
Yİ’nin bozukluk gösterdiği durum alan yazında “bozuk Yİ performansı” (executive dysfunctions) olarak bilinir ve yalnızca tek tip bir bozukluktan veya hastalıktan kaynaklanmayabilir. Bozuk Yİ; dikkati odaklamakta ve sürdürmekte güçlük, impulsivite, disinhibisyon, azalmış çalışma belleği performansı, davranışı regüle etmekte güçlük, dezorganizasyon, düşük muhakeme yeteneği, strateji uygulamakta güçlükler, perseveratif davranış ve aktiviteyi değiştirmeye direnç, eş zamanlı talepleri sıraya koymakta güçlük ve hatalardan öğrenmekte güçlük olarak

kendini göstermektedir (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008). Bozuk Yİ; maladaptif afekt, enerji seviyesi ve sorumluluk ile uygun olmayan ahlaki ve sosyal davranışları içerebilmektedir (Anderson, Bechora, Damasio ve diğerleri, 1999; Eslinger, Grattan, Damasio ve diğerleri, 1992; Grattan ve Eslinger, 1991). Örneğin, bozuk Yİ olan bireyler apatik, motive olmayan, tepkisiz veya impulsif ve kavgacı olabilmektedir. Yine, sosyal ilişkide buldukları kişilere sosyal olarak uygun görülmeyen sorular sorabilir, incitici sözler söyleyebilir ve uygun bir mizah anlayışından oldukça uzak davranabilirler. Bu tür durumlar davranışlarının anlam ve sonuçlarını göz ardı etmelerinden ve sosyal kuralları ihmal etmelerinden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda, çeşitli hastalıklar sebebiyle bozuk Yİ performansı gösteren bireyler, zayıf kişilerarası ilişkiler geliştirmekte veya doyurucu sosyal ilişkileri sürdürmemektedirler (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008).

2.2.1. Yönetici İşlevler Modeli

Anderson'a göre (2002) Yİ modeli 4 ana alanı içermektedir: (1) Bilişsel esneklik, (2) hedef belirleme, (3) dikkatsel kontrol ve (4) bilgi işleme süreci. Modelin bileşenleri ve etkileşim yönleri Tablo 2.2.'de verilmiştir.

Tablo 2.2: Yİ Modeli (Anderson, 2002; Akt.Bayer, 2013).



Bilişsel esneklik (*cognitive flexibility*), Yİ'nin başlıca bileşenidir. Tepki setleri arasında geçiş yapabilme, hatalardan öğrenebilme, alternatif stratejiler tasarlama, birden çok kaynaktan gelen eşzamanlı bilgiyi bölünmüş dikkati kullanarak işleyebilme becerilerinden oluşmaktadır. Genel olarak, bilişsel esnekliği olmayan bireyler katı (rijit), ritualistik ve yeni taleplere uyum sağlamakta başarısız olmaktadır. Ek olarak, bilişsel esneklik bozulmasında aynı kuralı ihlal etmek veya aynı hatayı tekrar yapmakla belirgin ısrarcı (perseveratif) davranış göstermektedirler. Söz konusu bireylerin çoğunda bilgi ve eylem arasında bir bağlantısızlık oluşabilir ki; bu durumda bireyler, bir göreve ilişkin prosedürü doğru bir şekilde aktarabilirken uygun eylemi göstermekte başarısız olurlar (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008: 17).

Hedef belirleme alanı (*goal setting*), bir faaliyeti başlatma becerisini ve tamamlamak için planlar oluşturmayı içermektedir. Bu planlama becerisi, gelecek olayları önceden görme, amaç ve bitiş noktasını doğru belirleme ve amaca ulaştıracak eylem veya adımları bir düzen içinde tasarlama alt boyutlarından oluşmaktadır. İyi bir planlamada eylemlerin sırası stratejik ve etkilidir. Bu bağlamda planlamayla ilgili üst yetenek organizasyondur. Aktarılan modelde organizasyon (yapılanma) yeteneği, karmaşık bilgiyi düzenlemek veya hedefe ilişkin adımların sırasının mantıklı, sistematik ve stratejik bir tutumla oluşturulması olarak tanımlanmıştır. Hedef belirleme alanındaki bozulmalarda yetersiz planlama, dezorganizasyon, etkili strateji geliştirmekte güçlük, önceden öğrenilmiş stratejilere bel bağlama ve zayıf kavramsal muhakeme boyutları ile belirgin zayıf problem çözme becerileri gözlenmektedir (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008: 18)

Dikkatsel kontrol alanı (*attentional control*), belirli bir uyarı seçebilme ve uzayan bir zaman boyunca bu uyarana yöneltilmiş dikkati sürdürme yeterliğini içermektedir. Doyumu geciktirme kapasitesi sağlaması işleviyle dikkatsel kontrol alanı dürtü kontrolü için temel bileşendir. Bu alanda bozuk performans gösteren bireyler impulsif olmaya yatkın, düşük kendilik kontrolü olan, görevleri tamamlamakta başarısızlıklar gösteren ve verilen bir göreve (*task*) ilişkin yönergeleri (*instruction*) unutan veya yanlış anlayan kişilerdir (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008: 16). Anderson (2002) tarafından önerilen bu modelde dikkatsel kontrol diğer boyutların işlevselliğini doğrudan etkilemektedir.

Yönetici işlevleri açıklamak üzere geliştirilen diğer modellerin aksine Anderson'un (2002) modeli bilgi işlemeyi (*information processing*) diğer alanlarla iç

içe geçmiş bir bileşen olarak tanımlamaktansa ayrı bir alan olarak önermektedir. Faktör analizi kullanılan çalışmalarda, Yİ becerilerinden akıcılık ve tepki hızı alt alanlarının ayrı bir faktör yükü olarak belirlenmesi bilgi işleme süreçlerinin modele ana alan olarak eklenmesini sağlamıştır (Kelly, 2000; Welsh ve diğerleri, 1991). Özellikle bilişsel esneklik ve hedef belirleme alanlarındaki yönetici işlevler akıcılık, verim ve işlem hızından bağımsız değerlendirilemez. Bilgi işleme ve diğer yönetici alanlarla olan bu ilişki çift yönlüdür. Bu alt alanlardaki işlevsellik, tepkilerin hız, nicelik ve nitelik yönünden değerlendirilmesi yoluyla prefrontal devrelerin etkinliğini göstermektedir (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008)

2.2.2. Yönetici İşlevlerden Sorumlu Mekanizmalar

Yİ; insan davranışının sofistike ve benzersiz yapısını oluşturan süreçler olarak prefrontal kortekste lokalizedir (Avirett ve Maricle, 2012). Yİ frontal lobda sayısız karmaşık ilişki ağları bulunan nöral ağlarla bilgi alışverişinde bulunurlar. Bu sebeple prefrontal korteks limbik ve subkortikal bölgelerle olduğu kadar, aferent ve eferent nöronlar aracılığıyla beyin sapı, oksipital, temporal ve parietal loblarla bağlantılıdır (Fuster, 1993; Stuss ve Benson, 1984). Lezak'a göre (1995) bu sistemlerin birinde herhangi bir düzeyde hasar veya fonksiyon kaybı Yİ becerilerinde defisitle sonuçlanmaktadır. Anlaşılacağı üzere, bozuk Yİ her zaman prefrontal korteks patolojileriyle ilişkili olmayıp beynin diğer bölgeleriyle bağlantılı olan ak madde lezyonlarından da kaynaklanabilir (Alexander ve Stuss, 2000; Andres, 2003; Ettinger ve Gratton, 1993; Akt. Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008).

Prefrontal korteks (PFK) tüm korteksin %25'lik kısmını oluşturur. PFK, frontal lobun ön bölgesinde lokalize olup üst düzey bilişsel işlevlerden sorumludur (Diaomond, 2002). İç ve dış kaynaktan gelen uyarıların anlamlandırılarak düşünceler oluşturur ve bu kararlar doğrultusunda eylemlere yön verir (Ertuğrul ve Rezaki, 2006). Beyin sapı, amigdala, anterior singulat, hipotalamus ve bazal gangliyonlardan yoğun sinyaller alan ve bu sinyalleri yürüten alandır. PFK üç bölümden oluşmaktadır: (1) Dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), (2) orbitoprefrontal korteks (OPFK), ve (3) anterior singulat (AS). DLPFK, yönetici işlevlerden, OPFK duygulanım ve dürtülerin düzenlenmesinden, AS ise dikkati yönlendirme ve sürdürme, eylemleri başlatma, motivasyon gibi zihinsel fonksiyonlardan sorumludur (Miller, 2007; Akt.Bayer, 2013).

PFK'ye ilişkin frontal subkortikal devreler (*circuits*) eylem ve davranışları etkileyerek paralel çalışırlar (Alexander, DeLong ve Strick, 1986). Miller'a göre (2007) yedi ana devre bulunmaktadır: Skletomotor devre, okülomotor devre, dorsalateral prefrontal devre, lateral orbitofrontal devre, ventromedial orbitofrontal devre, anterior singulat ve inferior-temporal posterior parietal devrelerdir. Anılan devrelerin fonksiyonları Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Frontal Subkortikal Devreler (Miller, 2007; Akt.Bayer, 2013).

FRONTAL SUBKORTİKAL DEVRELER	ÖNEMLİ FONKSİYONLAR
Skelemotor Devre	Kaba ve ince kas motor hareketlerini düzenler.
Okülomotor Devre	Göz hareketlerini düzenler.
Dorsalateral Prefrontal Devre	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Beklentiyi, ◆ Hedef yönelimini, ◆ Planlamayı, ◆ İzlemeyi, ◆ Görev performansında geribildirim kullanımını, ◆ Dikkati odaklamayı ve sürdürmeyi, ◆ Setlerin değiştirilmesini ve korunmasını, ◆ Sözel akıcılığı ve tasvir akıcılığını, ◆ Görsel-uzamsal araştırma stratejilerini, ◆ Öğrenme ve kopyalama görevi ile ilgili yapısal stratejileri, ◆ Motor programlama bozukluklarını düzenler.
Orbitofrontal Devre	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Duygusal bilgilerin içeriğine dayalı olarak uygun olan davranışsal tepkilerin uyumunun sağlanmasını, ◆ İçsel durum ile duygusal işlevlerin uyumunu düzenler.
Anterior Singulat Devre	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Motivasyonel mekanizmaları (apati gibi), ◆ Davranışsal başlatma tepkilerini, ◆ Yaratıcılık ve fikir oluşumunu, ◆ Dikkate ilişkin kaynakların dağılımını düzenler.
Inferior/Temporal-Posterior Parietal Devre	İşleyen Belleği düzenler.

Nöropsikolojik bozuklukların büyük bir bölümü DLDPFK devredeki lezyonlardan kaynaklanmaktadır (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008; Ertuğrul ve Rezaki, 2006; Diamond, 2002). Bu devrede oluşan bir hasar ya da işlev bozukluğu durumunda; azalmış sözel akıcılık, azalmış tasvir akıcılığı, olağan dışı motor

planlama, set değiştirme bozukluğu, azalmış öğrenme ve hafıza erişimi, işleyen bellekte aksamalar, zayıf organizasyonel beceriler, kopyalamada zayıf yapısal stratejiler, zayıf problem çözme, zayıf hedef seçimi, görev performansında zayıf geribildirim kullanma, dikkati odaklama ve sürdürmekte güçlük gözlenmektedir (Miller, 2007).

OPFK devre hasarı veya işlev bozukluğu durumunda dürtüsellik, antisosyal davranış, normal şartlar altında uygunsuz afekt, uyarılma, düşüncesizlik, aşırı laubalilik, azalmış empati bildirilmiştir (Miller, 2007).

AS devre hasarlarında ise apati, sınırlı spontan konuşma, ciddi vakalarda açlığa, susuzluğa ve ağrıya karşı ilgisizlik, obsesif kompulsif özellikler, engellenmeye zayıf yanıt (dürtüsellik), yeni kavramların yaratıcılığında veya oluşumunda zayıflama, dikkat kaynaklarının dağılımının zayıflaması bilinmektedir (Miller, 2007).

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler ile ilgili ayrıntılı bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada epilepsi hastaları ile sağlıklı yetişkinlerin bilişsel süreçleri, afektif süreçleri ve sosyal çevreyle ilişkilerinin yönetici işlev becerilerine göre incelenmesi amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Epilepsi hastalarının bilişsel süreçleri, afektif süreçleri ve sosyal çevreyle ilişkileri sağlıklı yetişkinlerle karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Ayrıca, epilepsi hastaları ve sağlıklı yetişkinlerde; bilişsel süreçler, afektif süreçler ve sosyal çevreyle ilişkiler ile yönetici işlev becerileri (tepki ketleme becerileri, akıcılık düzeyleri ve karmaşık dikkat becerileri) arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

3.2. Araştırma Örnekleme

Bu araştırmanın epilepsi hastası örneklemini Mayıs ve Ağustos 2015 tarihleri arasında, GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesinde jeneralize epilepsi (grand mal tipi tonik-klonik nöbetlerle seyreden) tanısı ile tedavi gören, çoklu ilaç kullanımı bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 yetişkin epilepsi hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın sağlıklı yetişkin örneklemini ise, herhangi bir hastalığı sebebiyle tıbbi tanı ve tedavisi bulunmayan, İstanbul'da yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 sağlıklı yetişkin oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama araçları Sosyodemografik Bilgi Formu, Rorschach Testi, Stroop Testi TBAG Formu (STBAG), İz Sürme Testi (İST), Kategori Akıcılık Testi (KAT) ve KAS Akıcılık Testidir (KASAT).

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından araştırma amacına uygun veriyi elde etmek amacıyla oluşturulmuş formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi gibi demografik verilerin yanı sıra, epilepsiye ilişkin hastalık süresi, aldığı tedavinin türü, nöbet geçirme sıklığı, ilk nöbet yaşı gibi bilgiler yer almaktadır. Ek-2’de sunulmuştur.

3.3.2. Rorschach Testi

İsviçreli psikiyatrist Hermann Rorschach tarafından geliştirilmiş test ilk olarak “Psikodiagnostik” isimli başyapıtla 1921 yılında yayımlanmıştır (İkiz, 2001). Bu testi bir kişilik testi olarak kullanan Rorschach mürekkep lekelerinin algıyı incelemek için kullanırken farklı tanı gruplarındaki hastaların farklı yanıtlar verdiğini görmüş ve yanıtları ilk olarak sağlıklı ve patolojik denekleri ayırt etmek amacıyla kullanmıştır (Savaşır, 2004). Ülkemizde bu konuda ilk çalışmaları başlatan kişi, ilk Türk klinik psikolog Yani Anastasiadis’dir. Anastasiadis’ye göre (1975) “Rorschach testi insan ruhunun röntgenidir”. Rorschach testi “Standardize edilmiş 10 planş üstündeki mürekkep lekelerinin anlamlandırılması yoluyla, şahsiyeti bütünü ile kavrayan, standardize bir ruhsal tanı yöntemidir (Anastasiadis, 1975, Akt.Güneri, 2008).

Rorschach testinin materyali üzerinde farklı tonlarda ve renklerde basılmış mürekkep lekeleri bulunan 10 karttan (planş) ibarettir. Her planş kendi içerisinde şekiller, gölgeler veya renkler içermektedir. 1,4,5,6 ve 7 numaralı planşlar siyah ve koyu siyah renklerden, 2 ve 3 numaralı planşlar siyah ve kırmızı renklerden, 8, 9 ve 10 numaralı planşlar farklı renklerden oluşmaktadır. Her planş kendi ekseni etrafında döndürülmüş olduğundan simetriktir. Test materyalinin yapılanmamış olması bireyin algılama sırasında kişilik özelliklerinin öne çıkmasını sağlamaktadır. Kişiden her bir planşta gördüklerinin “ona göre neye benzediği sorularak sunulan bu anlamsızlığa bir

son vermesi yani belirsizlik karşısında anlamlı bir tutum benimsemesi” istenmektedir. Bu sayede amaç bireyin çatışmalarını, duygu ve düşüncelerini projekte etmesini sağlamaktır (Anzieu ve Chabert, 2011). Bu yönüyle Rorschach testinin dayandığı temellerden öncelikle birincisi, algı fonksiyonudur ve teste psikofizyolojik bir anlam katar. Test bireyi bir durumla karşı karşıya bırakır, birey bu durumda tepki verirken ortamı kendine göre anlamlandırır ve tanımlar. Bu çerçevede, Rorschach önce bir algı sonra da projeksiyon testidir.

Bununla beraber Rorschach, sadece bir test olmasının ötesinde temel odağı kişilik olan, projektif ve evrensel bir psikopatolojik metottur. Rorschach testinde herhangi bir sürecin yorumu kişilik strüktürünün bütününe göre yapılmalı ve bu sebeple herhangi bir değişkenin tek başına anlamı olmadığı bilinmelidir (Üge, 2014).

Rorschach testinin puanlanması ve yorumlanmasının zor ve psikoloğun özelliklerinin de etkili olması nedenleriyle deneyimli bir psikolog tarafından verilmesi oldukça önemlidir. Anastasiadis’ye göre (1975; Akt.Güneri, 2008) testin değeri psikoloğun bilgi ve tecrübesi ile artmaktadır.

Rorschach testi uygulamasında zaman sınırlaması yoktur. Test, günışığında ve sessiz bir odada, mümkün olduğunda uyarıcılardan uzak bir masada uygulanmalıdır. Uygulayıcı birey ile 90 derecelik bir açı ile bir masada oturmakta ve her söylediği tepkiyi davranışsal gözlemleriyle beraber yazılı olarak kaydetmektedir. Testin uygulanması sırasında katılımcının tüm soruları uygulama sonunda yanıtlanmak üzere yanıtız bırakılmaktadır.

Rorschach testi için pek çok farklı kodlama sistemi geliştirilmiştir. Fransız Okulu’na göre 3 ana kodlama eksenini bulunmaktadır: Planşın neresine tepki verdiği (lokalizasyon), biçim/hareket (determinant) ve içerik. Her bir kod için özel bir harf indeksi kullanılmaktadır (İkiz, 2001). *Rorschach testinin işlevleri ise; Erfassung Typus (bilişsel süreçler), Erlebnis Typus (duygulanım) ve Inhalten (sosyal çevreyle ilişkiler) üzerinde yoğunlaşmıştır.*

Lekelerin bulunduğu planşlar toplu halde Ek-3’te sunulmuştur.

3.3.2.1. Bilişsel Süreçler

G (Global) Yanıtları: Yanıt olarak kartın bütününe verilen tepkilerdir. Büyük ilişkileri sezme erki ve sentez yeteneği ile bireyin gerçeğe (realiteye) güncel olarak yaklaşabilmesini ifade etmektedir. Emosyonel bileşenlere bağlı G yanıtları bireyin

kavrama, gerçekte kurma tipi, bütünleme, genelleme, soyutlama ve algılama yetisi konusunda bilgi verir. Rorschach'ya göre normal zekalı bireye ait bir protokolde %25-30 arası global yanıt beklenmelidir. % 25'in altında G yanıtları bireyin zihinsel hudutlarının koheren yapılar oluşturmaya engel olduğu anlamına gelir (Anastasiadis, 1975).

D (Detay) Yanıtları: Parçaların idrakini, kartın bir kısmının algılanmasını ifade eder (Anastasiadis, 1975). Her bir kartta en sık yorumlanan kesimlerdir. Toplam yanıt sayısının normal olduğu bir protokolde D'lerin yaklaşık sayısı 15-20 arasındadır. %75'in üzerinde D yanıtları entelektüel bir kontrole işaret eder. Ancak pek çok Rorschach yanıtında olduğu gibi düşük bir D yüzdesi tek başına bir anlam ifade etmez. Örneğin, kontrolün sürdüğünü gösteren determinantların eşlik ettiği D yanıtları uyuma yönelik ve savunmacı anlamlar kazanır. Bu sebeple yorumları ayrılmaz biçimde birleştikleri determinantlarla ilişkilidir (Anzieu ve Chabert, 2011). İkiz'e göre (2001) bilişsel süreçlerin çalışmasında bir uyarının diğerinden ayırt edilerek algılanmasını ifade etmektedir.

Dd (Detay-detay) Yanıtları: Yanıt olarak planşın küçük bir kısmının seçildiği detay tepkilerdir. Bu yanıtlar ister entelektüel ister duygulanımsal olsun titiz, kılı kırk yaran bir düşünme biçimine işaret eder. İçeriği zengin olan Dd yanıtları küçük ayrıntıları analiz edebilen bir düşünce iken fazla sayıda ve yoksul Dd'ler entelektüel zayıflık anlamına gelir. Bu tür yanıtlar bireyin sorunlarının üstüne gitmediği, kaçınma gösterdiği ve ayrıntılara saplanıp kaldığını, gerçekleri değerlendirirken forma uyma çabası içinde kalıpların dışına çıkmadığını, duygularından bir şeyler katıp kendi fikirlerini ortaya koyamadığını gösterir (Anastasiadis, 1975).

Dbl (Detay Blans) Yanıtları: Kartların beyaz boşluk kısımlarına verilen yanıtlardır. Bu tür yanıtlar muhalefete dalalettir. Negativizm, yapılmaması gerekeni yapmama, güven arayışı, karşı koyucu tutum, regresyona eğilimle beraber hafif psikotik eğilimleri ifade etmektedir. Ancak, bireyin iç dinamizmini göstererek her şeyi kabullenmeyip kendi fikrini kanıtlama gayretine de işaret edebilir. Lekenin eksik yerlerine tepki verildiği durumda, hemen her zaman, eksiklik, kendini boşlukta hissetme ve ölüm korkuları söz konusudur (Anastasiadis, 1975).

F (Form) Yanıtları: Seçilen alanın gerek boyutları gerek sınırları ile sadece görüldüğü gibi verildiği yanıtlardır. F yanıtları gerçeklik ilkesinin yapılandırılması hakkında bilgi verirken, temel ego fonksiyonlarından biri olan gerçekliği test edebilme yetisini ifade eder. Bunun yanı sıra yargılama, doğru düşünme, kendini

değerlendirme, düşünme kapasitesi, bilinçli faaliyet gösterme gibi birçok bilişsel sürecin işleyişi üzerine yorum yapmaya imkan verir (Tunaboşlu-İkiz, Atak, Düşgör ve Zabcı, 2009). F yanıtları F+ ve F- olmak üzere iki şekilde kodlanır.

F+ (İyi Form) Yanıtları: Olumlu form yanıtlarıdır. F+ yanıtlarında verilen yanıtla gerçek biçim arasındaki uyum ön plandadır, çok sayıda kişi tarafından verilmesiyle bir toplumda farklılık göstermektedir. İdrakin net, dikkatin uyanık olması, hatıraları iyi olarak seçebilmek demektir. F+ yanıtlarının yüzdesi yorumlama açısından oldukça değerlidir. İyi form yanıtları, entelektüel yetenek zenginliği ile çağrışım belleğinin kuvvetli olduğunu ifade eder. Yüksek F+ yüzdesi bireyin isteyerek veya istemeyerek afektif hayatını daralttığı bir sitüasyonda, büyük bir entelektüel enerjiye işaret eder. F+ yüzdesi için %60 normal sınır olarak kabul edilirken, düşük yüzdeler patoloji göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

F- (Kötü Form) Yanıtları: Olumsuz form yanıtlarıdır. F- yanıtları, kişinin doğru karar verememesi sonucu kendisini her türlü uyarının egemenliğine bırakmasını ifade etmektedir. İyi düşünülmüş yanıtlar olsalar da algısal olarak doğru değillerdir. Kişi, gördüklerine herkesin verebildiği yanıtlar yerine keyfi açıklamalar yaparak bozulmuş imgeler sunmaktadır (Tunaboşlu-İkiz, Atak, Düşgör ve Zabcı, 2009).

3.3.2.2. Afektif Süreçler

K (Kinestezi) Yanıtları: Hareket yanıtlarıdır. Kişinin entelektüel kapasitesini ve içselleştirme kabiliyetini göstermektedir. Bu yanıtların artması ile “içedönüklük” arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Kinestezilerin artması güçlü bir canlılığa, dünyaya açılan bir içsel yaşama işaret ederken azalması zayıf bir canlılığın, dünyadan uzağa çekilme eğiliminin ve içsel sıkıntılara boyun eğme eğmenin belirtisidir.

K yanıtlarının toplam sayısı “zeka üretkenliği”, “çağrışım zenginliği”, “yeni çağrışımları biçimlendirme kapasitesi” ile ilişkilidir. Hareketi gösteren yanıtlarda kişi bir nesneyi algılayıp, ona bütün bir beden imgesi tasarlar ve yaratıcılığını kullanarak o nesneye bir takım hareketler yükleme kapasitesini ortaya koyar. Bu yönüyle hareket yanıtları entelektüel düzeyi ve içselleştirme kapasitesini gösterirken ruhsal zenginliğe ve yaratıcılığa işaret etmektedir (Anastasiadis, 1975). Yaratıcı içedönüklüğü belirleyen şey budur. İçedönük birey acemi, çekingendir, gerçek hareketlerini ekseriya ketler, zekası bireyselleşmiştir, yoğun bir içsel yaşama sahiptir.

Afektif tepkileri dengelidir, sosyal alanda ilişkileri sayıca çok olmasa da derinliklidir ve kendisinin yeterince farkındadır. Heyecansal uyarım ve buna verilen tepki arasında bir süre koyar, tepkisini kendi içinde hazırlar, bu sebeple onlarla dışadönük kişilerle olduğu gibi tartışılmaz. İçedönük kişi şeylerden ve insanlardan kopmuş değildir, dışavurulmaları daha çok zaman alan afektif ilişkiler geliştirirler. Bu boyutuyla hareket yanıtları, içselleştirilmiş heyecansal yaşamı ifade eder (Anzieu ve Chabert, 2011).

Ka (Animal Kinestezi) Yanıtları: Hayvana ait hareketleri ifade etmektedir. Bu yanıtlarda bütün bir insan imgesine gönderme yapmak yerine hareketler bir hayvana yüklenerek ifade edilir (İkiz, 2001).

Kobj (Objekt Kinestezi) Yanıtları: Nesnelere ait hareket yanıtlarını ifade etmektedir. Bir nesnenin üzerine eylemlerin yansıtıldığı yanıtlardır (İkiz, 2001).

Renk yanıtları C, CF ve FC olmak üzere üç şekilde kodlanır:

C (Pür Renk) Yanıtları: Renk yanıtlarıdır. Pür renk yanıtları impulsivitenin temsilcisi olarak kabul edilebilir. Kişinin dışarıdan gelen uyarılara nasıl yanıt verdiğini kontrol sağlayıp sağlayamadığını gösteren yanıtlardır. Canlı, renkli duygusal dünyanın hareketli, afektif yanın ön planda olduğu durumlarda kullanılan kodlamadır (İkiz, 2001). Rorschach'ya göre C yanıtları bireyin dış uyarılara yanıtının ardından kontrol sağlama kapasitesini gösterir. FC toplumsal açıdan uygun ve kabul edilir afektif yapı iken, CF egosentrizm eğilimine işaret eder. C yanıtı ise, itkiselliği ve kontrol eksikliğini ifade etmektedir (Anzieu ve Chabert, 2011). Anastasiadis'ye göre (1975) ise, C yanıtı veren bireyler olaylar karşısında aniden patlayan, telaşa kapılan, duygu ve dürtü denetiminde heyecanların etkisinde kolayca kalabilen bireylerdir. Ancak; kaçış eğilimleri sözkonusu olabilir. Dürtüyü duygusal yükünden arındırıp kontrol etme çabasına girdiğinden ya da bu kontrolü yitirdiğinden, regresif bir cevap verdiği değerlendirilebilir.

CF (Renk Hakim Form) Yanıtları: Afektif yapı bir biçim üzerine açıklanmaktadır. Asıl yorum birincil olarak renk üzerine yapılmıştır ancak formdan etkilenir. C yanıtlarına göre birey tarafından etkinlik isteyen yanıtlardır. Bu yanıtlar bireyin spontan ve içten gelen duygularının ifadesidir. Ancak aynı zamanda infantilizmden dolayı bu bireylerin duygularının etkisinde kaldığı, egosantik, kendi duygularını çok ön planda tuttuğundan kendini başkalarının yerine koyamayan yapıda olduğu ifade edilebilir (Anastasiadis, 1975).

FC (Form Hakim Renk) Yanıtları: Asıl yorum birincil olarak form üzerine

yapılmıştır ancak renkten de etkilenir. Kişilerarası ilişkilerde spontanlık, uyum yeteneği ve kendini başkalarının yerine koyma özelliklerine ilişkin bilgi vermektedir. Bireyin duygularını ifade edebilmesiyle beraber daha çok mantığının ağır bastığını, şahsiyetin aktif tutum çabası içinde olduğunu ve ego gücünün fazla olduğunu ifade eder (Anastasiadis, 1975).

Cn (Renk Sayımı) Yanıtları: Organik beyin rahatsızlığına ilişkin Rorschach testine özgü bir kodlama biçimidir. Rorschach bunu tipik bir epilepsi yanıtı olarak değerlendirmiştir. Cn söz konusu olduğunda, birey tepki olarak sadece rengin ismini söyler veya duyumsal hale getirir: “Burası kırmızı”, “Kırmızı renk görüyorum” gibi. Yorumlama veya betimleme yapamaz. Normal bir psikogramda olmaması gerekir (Anzieu ve Chabert, 2011).

Clob (Gölge) Yanıtları: Anzieu ve Chabert’ten (2011) aktarıldığı üzere ağır endişe ve korkulara işaret eden bu yanıtın kodlanabilmesi için iki koşulun gerçekleşmesi gerekir: (1) Lekenin siyah çoğunluğu tarafından harekete geçirilmiş olmak, (2) Açık şekilde hoşnutsuzluk bildiren bir afektif tona sahip olmak. Clob yanıtları kişinin dağılma endişelerini (angoisse) ve bu dağılma karşısında mücadele etme yeteneğini gösterir. Normal kişilerde nadir alınan Clob yanıtları kuvvetli disfori, dış uyaranlara karşı anksiyeteli reaksiyon gösterme, dış gerçekliğe uyumda güçlük, şahsiyetin derin yapısında fragilite (kolay incirlik, kırılabilirlik ve narinlik), ilkel birincil anksiyete, şahsiyetin afektif yapısında sarsılma ve hızlı değişkenlikte afektiviteyi (mobilite) ifade eder. Clob yanıtları, çocukluk dönemi agresif duyguların projekte edilmesiyle oluşabildiğinden, aynı dönemdeki majik ve mantık ötesi gibi düşünce biçimlerini dışa vurabilir. Clob yanıtlarının fazlalığı şizofreniyi akla getirir (Anastasiadis, 1975).

ClobF (Gölge Hakim Form) Yanıtları: Gölgenin formdan daha ön planda olduğu yanıtlardır. Fazla sayıda ClobF yanıtları şahsiyetin merkezinde melankolik eğilimin hakim olmasına karşılık muhakemenin henüz yitirilmediğine işaret eder. Rorschach’da 3’ten fazla ClobF yanıtı şahsiyetin temelinde istikrarsızlık ve kuvvetli disfori anlamına gelmektedir (Anastasiadis, 1975).

FClob (Form Hakim Gölge) Yanıtları: Bu yanıtlar, Clob ve ClobF yanıtlarına göre “angoisse”nin daha kontrol edilebilir olduğunu, günlük yaşamda duyulan endişeye ilişkin kontrolün henüz zeka ve iradeye tabi olduğunu, ancak 3’ten fazla olduğu durumlarda, yine şahsiyetin temelinde istikrarsızlık ve kuvvetli disforinin hakim olduğunu ifade etmektedir (Anastasiadis, 1975).

KClob (Obje Hakim Gölge) Yanıtlar: Hareket halindeki gölgeli obje yanıtları ile objelerin gölgeli kısımlarda görülmesini ifade etmektedir (Anastasiadis, 1975).

3.3.2.3. Sosyal Çevre ile İlişkiler

H (Human) Yanıtları: Özdeşim (identifikasyon) kapasitesi ile ilgili olan bu yanıtlar insan yanıtlarıdır. H yanıtları bireyin insanlarla ilişkilerini, bu ilişkilerin niteliğini ve beden bütünlüğünü ile sosyal uyumunu ifade etmektedir (İkiz, 2001). H yanıt yüzdesinin düşük olması durumunda ilişkilerde yüzeysellik, korkulu ve kaçış davranışları, gerçeklik ilkesinde kuru ve kısır bir yaklaşım hakimdir. Bir başka deyişle, bir kişi hiçbir insan tepkisi vermemişse kendi duygu ve dürtüleri üzerinde bilinçli bir kontrolden yoksun demektir. Rorschach metodolojisi açısından, identifikasyon hem dış dünyanın kendi içindeki farklılıkların farkında olmak demektir. H yüzdesi yüksek ancak niteliklerinin kötü olması durumunda ise, kişilerarası ilişkiler ve sosyal uyumda yoğun sorunlar, identifikasyon problemleri, insanları uzaklaştırıp bu şekilde bir kontrol sağlama söz konusudur (Anastasiadis, 1975).

Hd (Human Detay) Yanıtları: İnsan şeklinin bir bölümünün verildiği yanıtlardır. Eksik ya da kopuk H yanıtları benlik imgesinin bozuk olduğunu düşündürür. İnsanlarla ilişkilerin niteliğine bakıldığı gibi H yanıtları ile Hd yanıtlarının oranı da değerlendirilebilir. Normal oran $2H=1Hd$ şeklindedir. Bir psikogramda Hd çok fazla ise, kişinin emosyonel bir bozukluktan ötürü insanı bir bütün olarak algılayamadığı, insanlara yönelik muhtemel agresivite veya hipokondriyak yakınmalar akla gelir (Anastasiadis, 1975).

A (Hayvan) Yanıtları: Sosyalleşme ve uyum süreçlerini göstermektedir. A yanıt yüzdesi %50'nin çok üstüne çıktığında konformizm, kaçış, infantil düşünce, yaratıcılıktan uzaklık ve olaylara kendinden bir şeyler katamama söz konusudur (Anastasiadis, 1975).

Ad (Animal Detay) Yanıtları: Hayvana ait yanıtların bir kısmının bütünden ayrılarak verilen yanıtlardır (İkiz, 2001).

Obj. (Obje) Yanıtları: Çeşitli cansız nesnelerin adlandırıldığı yanıtlardır (İkiz,2001). Obj yanıtlarıyla H yanıtlarının ilişkisi çok önemlidir. Bir protokolda Obj. yanıtları yükselirken, H yüzdesi düşük olması durumunda cansızlaştırma (devitalizasyon) eğiliminden bahsedilir ki şizofrenlerde ve karakter yapısı obsesif olanlarda sıklıkla gözlenir. Küçümseme eğilimi bu patoloji yanıtı grubunda sıklıkla

oluşur (Anastasiadis, 1975).

Nat. (Doğa) Yanıtları: Doğaya ait tanımlamaların yapıldığı bu yanıtların arttığı durumlarda hafif şizoid eğilimler söz konusudur. Bireyde doğaya sığınma, yalnız kalma, kaçış, uzaklaşma eğilimleri akla gelir (Anastasiadis, 1975).

Plt. (Bitki) Yanıtları: Bitki çeşitlerinin verildiği yanıtlar sıklaştığında püerilite olarak tanımlanır, çocuksu isteklerin ve regresyonun göstergesidir (Anastasiadis, 1975).

Geog. (Coğrafya) Yanıtları: Çeşitli coğrafi şekillerin verildiği yanıtlardır (İkiz, 2001). Zeka kompleksi, kaçış isteği ve devitalizasyon ile beden imgesi bozuklukları söz konusudur (Anastasiadis, 1975).

Ban. (Banal) Yanıtlar: Sık rastlanan yanıtlardır. Kişinin gerçeklere uyumunun olduğu, herkes gibi olduğu ve sosyalleştiği anlamına gelir (İkiz, 2001).

3.3.2.4. Patolojik Yanıtlar

Anat. (Anatomi) Yanıtları: İnsan ve hayvan bedeninin içine, organlara ve anatomik yapıya ilişkin yanıtlardır (İkiz, 2001). Beden imgesinin bozukluğu ile zeka kompleksi, parlama arzusu ve kaçış düşündürür.

Os. (Kemik) Yanıtları: Kemik anatomisine ilişkin yanıtlardır. Bireyin kontrolü yitirme korkusunu ifade eder. Saldırgan dürtüler bastırıldığında birey duygu ve yaşantıları inkar ettiğinde bu tür yanıtlar söz konusudur (Pirim, 2002).

Sg. (Kan) Yanıtları: Emosyonel kontrolsüzlük olarak yorumlanır (Hacıosman, 2000).

3.3.2.5. Özel Fenomenler

K/C Faktörü: K faktörü introversiviteyi, C faktörü ise extratensiviteyi gösterir. Bu iki faktörün oranıyla “Erlebnis Typus” adı verilen tepkisellik tipi belirlenir. Hermann Rorschach, hareket yanıtlarının baskın olduğu introversivite ile bunun tersi yönde renk yanıtlarının baskın olduğu extratensivite olarak, öncelikle iki psikolojik tip öne sürmüştür. Bu noktada belirtmek gerekir ki, Rorschach testinde introversivite ve extratensivite, Jung’da olduğu gibi birbirinden tamamen ayrılmış iki yapısal türe işaret etmez. Bu iki kavram daha çok, farklı yoğunlaşma düzeylerinde bir arada bulunan iki ruhsal işlev olarak konumlanır. Rorschach’ın belirlediği

“Erlebnis Typus” yani tepkisellik tipi ise, bu iki işlevin testi alan kişiye özgü oranını gösterir. İntroverse ve ekstratansiviteden oluşan bu kavram çifti, projektif testler içerisinde Rorschach testinin kişilik kuramına en özgün katkısını oluştururlar. K/C faktörü adeta “Rorschach’ın kalbidir” (Bayhan Üge, kişisel iletişim, 2015).

Hermann Rorschach introversivite ve ekstatansivite için iki alt kutup tanımlayarak Erlebnis Typusa ilişkin dört tip belirler:

İntroversif Tip: Saf tipi ve mixt tipi olmak üzere iki alt tipi vardır. Saf tipte sadece K yanıtları bulunur. Mixt tipte ise, C yanıtları olmasına karşın baskın olan K yanıtlarıdır. İntroversif tip, saf olduğu zaman egosantrik yapıya işaret eder. Böyle bir Erlebnis veren kişilerde düşünceleri kendi iç dünyalarına ilişkindir, içe kapanmışlardır. Çevreleri ile afektif ilişkileri zayıf ve zordur. Bununla beraber, bu tipte yaratıcılık ve kuvvetli hayal gücüyle artistik kabiliyet söz konusudur. Ancak eylemde bulunmaktan çok imgeler. İntroversif tip mixt olduğu zaman ise adaptif bir ruhsal yapıyı ifade eder.

Extratansif Tip: Saf tipi ve mixt tipi olmak üzere iki alt tipi vardır. Saf tipte sadece C yanıtları bulunur. Mixt tipte ise, K yanıtları olmasına karşın baskın olan C yanıtlarıdır. Extratansif tip, saf olduğu zaman bireyde dolaysız afektler baskındır, yani başkalarıyla ilişki kolay ve yüzeyseldir, afektif değişkenlik söz konusudur ve kişi uyarılar karşısında heyecansal kontrolünü kolayca kaybeder. Loosli-Usteri’ye göre saf extratansif tip 10-13 yaş çocuklarının karakteristiğidir. Extratansif tipin ekseriya mixt alt tipi introversif tipten daha fazla uyum yeteneği gösterir, sağduyu sahibidir ve sosyaldır.

Ambiequal Tip: “Dilate” ve “retracte” olmak üzere iki alt tipi vardır. Dilate alt tipte K yanıtları C yanıtlarıyla neredeyse eşit olarak bulunur (örneğin, K/C=3/5, K/C=4/3). Retracte (veya kopuk) alt tipte ise, K yanıtlarıyla C yanıtları birbirine eşittir. Ambiequal tip dilate olduğu zaman, afektif alanda ve entelektüel alanda (yaratıcı düşünme) denge kurmuş, sosyal uyumu iyi ve dengeli bir şahsiyet anlamına gelir. Ambiequal tip retracte olduğu zaman, bahsedilen bu niteliklerin oldukça fakirleştiği görülür. Her iki ambiequal alt tip, afektif ambivalansla belirgindir.

Coarte Tip: “Saf coarte” ve “coartatif” olmak üzere iki alt tipi vardır. Saf coarte alt tipte K ve C yanıtları hiç bulunmaz (K/C=0/0). Coartatif tipte ise bazen bir K veya C yanıtı bulunabilir (örneğin, K/C=1/0). Coarte tip saf olduğu zaman, yaşamsal ilgiler ve ruhsal yatırımları daralmış, ruhsal açıdan içe çekilmiş bireyler ifade edilir. Kurumuş şizofrenler ve melankolide gözlenir. Böyle bir Erlebnis tipi,

hayal gücünü frenleyerek duyguların dışı vurulmasını engeller. Afektif ilişkiler ve ilgiler son derece sınırlıdır. Coartatif tipte ise, afeksiyon yönünden çok az da olsa bir ümit vardır. Genel olarak coarte tipteki bireyler, mental debiller, titiz ve disiplinli, çok vicdan sahibi olan, inhibe kişilerdir.

Afektif Maturite: Loosli-Usteri'nin katkılarından biri olarak FC ile CF+C'nin ilişkisine bakılarak duygusal olgunluk düzeyi belirlenmektedir. Toplam FC sayısının CF+C'den büyük olması maturite, formülün tersine dönmesi duygusal immatüriteyi ifade eder (Anastasiadis, 1975).

Kadinsky: Toplam K sayısının Ka+Kobj ile ilişkisine bakılarak "regression" düzeyi belirlenmektedir. Toplam K sayısının Ka+Kobj'den büyük olması beklenir, formülün tersine dönmesi infantil hayal gücünü ifade eder (Anastasiadis, 1975).

Beck'in Extratensivite Formülü: 8, 9 ve 10'uncu planşlar için verilen toplam yanıt sayısı, tüm planşlar için verilen toplam tepki sayısına oranlanarak hesaplanır. %40'tan küçük olması extratensiviteyi, büyük olması ise introversiviteyi ifade eder (Anastasiadis, 1975).

3.3.3. Stroop Testi TBAG Formu

Stroop testi, 1935'te Stroop tarafından geliştirilmiştir. Daha sonraları testin çeşitli formları oluşturulmuştur. Stroop testinin BİLNOT Bataryası kapsamında yer alan Stroop Testi TBAG Formu (STBAG), orijinal Stroop testi ile Victoria formunun birleşiminden oluşturulmuştur (Karakaş, 2004).

Stroop testi algısal kurulumu, değişen talepler doğrultusunda ve bir bozucu etki altında değiştirebilme becerisini; alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini, odaklanmış dikkati ve bilgi işleme hızını ölçmektedir. Bu test, uygunsuz uyaranda inhibisyonunun en seçici değerlendirildiği test olarak kabul edilir ve sol frontal lob, özellikle de orbitofrontal korteks hasarına duyarlıdır (Karakaş, 2004).

Bu araştırmada kullanılan STBAG, beş aşamadan oluşmaktadır: Siyah olarak basılmış renk isimlerinin bulunduğu kartın (1. Kart) okunduğu 1.Bölüm; farklı renklerde basılmış renk isimlerinin bulunduğu kartın (2. Kart) okunduğu 2. Bölüm; renkli basılmış dairelerin bulunduğu karttaki (3. Kart) dairelerin renginin söylendiği 3. Bölüm; renk ismi olmayan nötr kelimelerin bulunduğu karttaki (4. Kart) kelimelerin renklerinin söylendiği 4. Bölüm ve farklı renklerde basılmış renk

isimlerinin bulunduğu 2. Karttaki kelimelerin renklerinin söylendiği 5. Bölüm. Bu yüzden Stroop Testi TBAG formu uygulamasında 2. Kart, iki kez kullanılmaktadır (2. ve 5. Bölümler). Dördüncü aşamada okuma görevi tekrarlanarak pekiştirilmektedir. Son aşamadaki görev ise, Stroop etkisi olarak bilinen, farklı renkte yazılmış rengi söylemektir. Her bir aşamada kronometre ile işlem hızı ölçülür ve hata-düzeltilme sayıları kaydedilir. STBAG, BİLNOT bataryası kapsamında standardizasyon çalışması Karakaş (2004) tarafından yapılmış; test-tekrar test güvenilirliğinin 0.26 ile 0.88 arasında değiştiği görülmüştür. Geçerlik çalışmasında yaşa bağlı varyans, doğrusal regresyon analiziyle incelenmiş, en yüksek eğim değeri 0.32 olarak hesaplanmış ve ülkemiz örnekleminde geçerli olduğu belirtilmiştir. STBAG kartları Ek-4'te, uygulama kayıt formu Ek-5'te sunulmuştur.

3.3.4. İz Sürme Testi

İz Sürme Testi (İST) dikkatin hızını, motor hızı, görsel tarama, bilişsel esneklik, sebatlılık, cevap inhibisyonu ve enterferansa yatkınlığı değerlendirmektedir (Mesulam, 2004). Test A ve B bölümü olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

A bölümünde, numaralandırılmış ve düzensiz olarak yerleştirilmiş 25 daire içeren bir A4 boyutu sayfa uyarıcı olarak sunulmakta ve kişiden bu daireleri sırasıyla çizgilerle “kalemi kaldırmadan” olabildiğince hızlı birleştirmesi görev olarak tanımlanmaktadır. B bölümünde ise benzer A4 boyutu sayfa üzerinde yine daireler içerisinde sayılar harfler karışık olarak yerleştirilmiştir. Görev olarak sayı ve harfleri kendi içinde düzenlerken, kategoriler bir sayı bir harf şeklinde, yine olabildiğince hızlı ve “kalemi kaldırmadan” işaretlemesi tanımlanmaktadır (1-a-2-b-3-c gibi). B bölümünde tanımlanan göreve karşın, yalnızca sayıları veya yalnızca harfleri birleştirmeye yönelik davranışlar perseverasyon hatası olarak değerlendirilir.

Yönetici işlevlerin göstergesi olarak işlem hızı kabul edilmektedir (Mesulam, 2004). Bu sebeple, A ve B bölümleri için bir kronometre ile saniye olarak süre kaydedilir. Ülkemizde standardizasyon çalışması Cangöz ve diğerleri (2007) tarafından yapılmıştır. İST A ve B bölümleri için; test-tekrar test güvenilirlik katsayısı sırasıyla 0.78 ve 0.73; hakemlerarası güvenilirlik ise sırasıyla 0.99 ve 0.93'tür. Yapı geçerliği çalışmasında yaşa göre, test sonuçları değişkenlik göstermiş ve geçerli olduğu belirtilmiştir.

3.3.5. Kategori Akıcılık Testi

Newcombe (1969) tarafından geliştirilmiş bu testteki görev, *bir dakika içinde* kişinin mümkün olduğunca çok sayıda bir belirli kategoriye ait (hayvan, eşya, meyve-sebze gibi) tüm isimler söylenmesidir. Toplam puan, söylenen kelimelerin sayısı üzerinden hesaplanmaktadır. Sözel kategorik (semantik) akıcılığı ölçen bu testin ülkemizdeki standardizasyon çalışması Tumaç (1997) tarafından yapılmış olup geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Bu çalışmada hayvan kategorisi seçilmiştir (Öktem, 1994). Kayıt formu Ek-7'de sunulmuştur.

3.3.6. KAS Akıcılık Testi

Newcombe (1969) tarafından geliştirilmiş olan test sözel fonemik akıcılığı ölçmektedir. Test görevi bir dakika içinde mümkün olduğunca çok sayıda özel isim ya da eylem olmayan ve sırasıyla F,A,S harfleriyle başlayan kelime söylemektir. Her harf için 1 dakika süre verilmektedir. Test puanı tüm harf kategorilerinde söylenen kelime sayısıdır. Ülkemizdeki standardizasyon çalışması Tumaç (1997) tarafından yapılmış ve sırasıyla K,A,S harfleri için önerilmiş olup geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Bu çalışmada sırasıyla K,A,S harf kategorileri kullanılmıştır (Öktem, 1994). Kayıt formu Ek-8'de sunulmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışma kapsamında gerekli görülen etik kurul onayı T. C. Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek-9). Mayıs-Ağustos 2015 tarihleri arasında, GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesinde jeneralize epilepsi (grand mal tipi tonik-klonik nöbetlerle seyreden) tanısı ile tedavi gören, çoklu ilaç kullanımı bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 yetişkin epilepsi hastasıyla çalışılmıştır. Araştırmanın sağlıklı yetişkin örnekleminde ise, herhangi bir hastalığı sebebiyle tıbbi tanı ve tedavisi bulunmayan, İstanbul'da yaşayan 30 sağlıklı yetişkinle uygulama yapılmıştır. Epilepsi hastaları ve sağlıklı yetişkinlere uygulamadan önce çalışmanın amacı ve uygulama içeriği ile ilgili bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek-1). Uygulama sırasıyla

Sosyodemografik Bilgi Formu, Stroop Testi TBAG Formu, KAS Akıcılık Testi, Kategori Akıcılık Testi, İz Sürme Testi ve Rorschach Testi olarak yapılmıştır. Rorschach Testi için, yapısı gereği, herhangi bir zaman kısıtlaması yapılmamıştır. Rorschach Testinde tüm kartlar verildikten sonra anket aşamasına geçilmiş, her bir kartta katılımcıların gördüğü veya benzettiklerini kartın neresinde gördüğü sorularak uygulama tamamlanmıştır. Bahsedilen işlem basamakları her bir katılımcı için ortalama 1,5 saat kadar sürmüştür. Uygulama süresince, özellikle Rorschach testinde epilepsi hastalarının teste veya karta ilişkin olumlu/olumsuz fikir belirtme eğilimde oldukları, detaylı betimlemelerde buldukları, visköz davranışlar gösterdikleri, kartlara konfobulatif yanıtlar verdikleri, bir kartın farklı yerlerine benzer tepkiler verdikleri ve cesaretlendirilme ihtiyaçlarının düşük düzeyde olduğu araştırmacı tarafından izlenerek gözlemlere not edilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin tümü SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı ile çözümlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak .05 esas alınmıştır, farklı durumlarda ayrıca belirtilmiştir. Araştırmanın alt amaçları doğrultusunda, epilepsi grubu ve kontrol grubunun karşılaştırmalarında istatistiksel analiz yöntemlerinden; parametrik olduğu gözlenen ölçüm değerleri için bağımsız gruplar t-testi, parametrik olmadığı anlaşılan ölçüm değerleri için Mann-Whitney U testi, iki kategorik değişken arasındaki bağlantıyı görebilmek için ki-kare analizi kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkilere bakılırken Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği uygulanmıştır. Ayrıca tüm veriler araştırma alt amaçlarına uygun olarak tablolar halinde verilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırmanın alt amaçları doğrultusunda yapılan istatistiksel analizler, bulgular ve yorumlar yer almaktadır.

4.1. Sosyodemografik Bilgilere Göre Dağılım

Tablo 4.1.1. Epilepsi ve Kontrol Grubunun Cinsiyet ve Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.

		f	%
Epilepsi Grubu (n=30)	Kadın	17	56,6
	Erkek	13	43,4
	İlkokul	12	40
	Ortaokul	6	20
	Lise	10	33,3
	Üniversite	4	13,3
			f
Kontrol Grubu (n=30)	Kadın	17	56,6
	Erkek	13	43,4
	İlkokul	9	30
	Ortaokul	8	26,6
	Lise	9	30
	Üniversite	4	13,3
			f
Toplam (N=60)	Kadın	34	56,6
	Erkek	26	43,3
	İlkokul	21	35
	Ortaokul	14	23,3
	Lise	19	31,6
	Üniversite	8	13,3

Tablo 4.1.1.'de görüldüğü üzere, araştırma dahilinde 30 epilepsi hastası ve 30 sağlıklı kontrol grubuyla çalışılmıştır.

Epilepsi ve kontrol gruplarının her ikisinin 17'si kadın (%56,6), 13'ü (43,3) erkektir.

Epilepsi grubunun, 12'si (%40) ilkokul mezunu, 6'sı (%20) ortaokul mezunu, 10'u (%33,3) lise mezunu ve 4'ü (%13,3) ise üniversite mezunudur. Kontrol grubunun, 9'u (%30) ilkokul mezunu, 8'i (%26,6) ortaokul mezunu, 9'u (%30) lise mezunu ve 4'ü (%13,3) ise üniversite mezunudur.

Tablo 4.1.2. Epilepsi ve Kontrol Grubunun Yaş Ortalaması.

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama (\pm SS)
Epilepsi Grubu	30	18	46	36,16 (\pm 5,77)
Kontrol Grubu	30	19	44	33,06 (\pm 6,09)
Toplam	60	18	46	34,61 (\pm 5,93)

Tablo 4.1.2.'de görüldüğü üzere, epilepsi grubunun yaş ortalaması 36,16 ($SS=\pm$ 5,77), kontrol grubunun yaş ortalaması ise 33,06 ($SS=\pm$ 6,09)'dır. Toplam örnekleme; en küçük yaş değeri 18, en yüksek yaş değeri 46'dır.

Tablo 4.1.3. Epilepsi Grubunun Nöbet Sıklığına Göre Dağılımı.

		f	%
Nöbet sıklığı	Yılda birden az	6	20
	Yılda bir	11	36,6
	Üç ayda bir	9	30
	Ayda bir	4	13,3

Tablo 4.1.3.'te görüldüğü üzere, epilepsi grubunun 6'sı (%20) yılda birden az, 11'i (%36,6) yılda bir, 9'u (%30) üç ayda bir ve 4'ü (%13,3) ise ayda bir nöbet geçirmektedir.

Tablo 4.1.4. Epilepsi Grubunun Hastalık Süresine Göre Dağılımı.

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama (\pm SS)
Hastalık Süresi (yıl)	30	4	14	7,63 (\pm 2,74)

Tablo 4.1.4.'te görüldüğü üzere epilepsi grubunun ortalama hastalık süresi 7,63 ($SS=\pm$ 2,74)'tür. En az hastalık süresi 4 yıl, en uzun 14 yıldır.

4.2. Bilişsel Süreçlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1. Rorschach Testindeki Bilişsel Süreçlerin Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		U	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Reaksiyon Süresi	29,00	11,25	25,30	6,05	230,50	,001*
Toplam Tepki Sayısı	23,10	3,94	25,96	1,54	178,50	,004*
G	23,93	2,28	27,30	2,73	151,50	,010*
D	67,78	3,65	68,32	4,72	420,00	,656
Dd	4,45	1,02	1,83	0,96	44,50	,034*
Dbl	1,49	0,30	0,74	0,74	199,50	,022*

*p<0,05.

Tablo 4.2.1.'de görüldüğü gibi, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Rorschach testinde reaksiyon süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Reaksiyon süresi epilepsi grubunda kontrol grubuna göre daha uzundur [$U=230,50$, $p=,001$].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Rorschach testinde toplam tepki sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda toplam tepki sayısı değişkeninde kontrol grubuna göre düşme saptanmıştır [$U=178,50$, $p=,004$].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında G yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda G yüzdeleri kontrol grubuna göre daha düşüktür [$U=151,50$, $p=,010$].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında D yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Dd yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda Dd yüzdeleri kontrol grubuna göre yükselmiştir [$U=44,50$, $p=,034$].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Dbl yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda Dbl yüzdeleri kontrol grubuna göre yükselmiştir [$U=199,50$, $p=,022$].

Tablo 4.2.2.'te görüleceği üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında ego fonksiyonlarında, F yüzdesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.2. Rorschach Testindeki Ego Fonksiyonlarının Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		U	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
F	64,16	6,76	63,94	9,29	362,00	,187
F+	76,23	8,05	84,66	8,23	213,00	,001*
F-	23,77	8,05	15,33	8,23	213,00	,001*

*p<0,05.

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında ego fonksiyonlarında, F+ yüzdesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda F+ yüzdeleri daha düşüktür [U=213,00, p=,001].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında ego fonksiyonlarında, F- yüzdesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda F- yüzdeleri daha yüksektir [U=213,00, p=,001].

4.3. Afektif Süreçlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.3.1. Rorschach Testindeki Afektif Süreçlerin Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		U	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
C	1,03	1,03	1,12	1,15	448,00	,976
CF	2,36	1,02	1,73	1,15	263,50	,005*
FC	3,05	1,16	3,07	1,17	430,50	,769
Cn	0,63	0,66	0,10	0,30	250,50	,002*

*p<0,05.

Tablo 4.3.1.'de görüldüğü gibi, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında afektif süreçlerde C yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında CF yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda CF yanıtları daha fazladır [U=263,50, p=,005].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında FC yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Cn renk sayımı yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda Cn renk sayımı yanıtları daha fazladır [$U=250,50$, $p=,002$].

4.4. Sosyal Çevreyle İlişkilerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.4.1. Rorschach Testindeki Sosyal Çevreyle İlişkilerin Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		U	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
A	40,02	4,97	39,13	5,39	400,00	,163
H+Hd.	22,43	6,47	21,20	7,38	382,00	,110
Ban.	3,53	1,45	6,36	2,20	130,50	,000*
Triade	11,31	2,46	13,10	2,08	254,00	,004*
K	1,66	1,12	3,76	1,73	138,00	,016*

* $p<0,05$.

Tablo 4.4.1.'de görüldüğü üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında A yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında H+Hd. yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Ban. yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda Ban. yanıt sayısı daha düşüktür [$U=130,50$, $p=,000$].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Triade yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda Ban. yanıt sayısı daha düşüktür [$U=254,00$, $p=,004$].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında K yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda K yanıt sayısı daha düşüktür [$U=138,00$, $p=,016$].

4.5. Patolojik Yanıtların Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.5.1.'de görüleceği üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Anat+Os. yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.5.1. Rorschach Testindeki Patolojik Yanıtların Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		U	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Anat+Os.	2,52	2,52	2,66	2,70	430,50	,772
Sex	0,06	0,25	0,30	0,18	435,00	,557
Sg.	0,08	0,26	0,05	0,20	434,50	,633

*p<0,05.

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Sex yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Sg. yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

4.6. Angoisse Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.6.1. Rorschach Testindeki Angoisse Düzeylerinin Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		U	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Clob	0,77	0,59	0,73	0,53	429,00	,754
ClobF	1,01	0,20	0,99	0,20	436,00	,832
FClob	1,51	0,30	1,49	0,30	438,50	,857
KClob	0,19	0,21	0,19	0,21	445,00	,943

*p<0,05.

Tablo 4.6.1.'de görüldüğü üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Clob yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında ClobF yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında FClob yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında KClob yanıtları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

4.7. Özel Fenomenlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.7.1. Rorschach Testindeki K/C “Erlebnis Typus” un Ki-Kare Analizi ile Değerlendirilmesi.

	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		X^2	Sd	P
	N	%	N	%			
İntroversif	8	26	15	50	10,50	2	0,005
Ekstratansif	17	56	6	20			
Ambiequal	5	18	9	30			
Toplam	30	100	30	100			

*p<0,05.

Tablo 4.7.1.’de görüldüğü üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında K/C oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($X^2=10,05;p<0,05$). Epilepsi grubunun 8’i (%26)’sı introversif, 17’si (%56) ekstratansif, 5’i (%18) ambiequal Erlebnis tipindedir. Kontrol grubunun ise 15’i (%50) introversif, 6’sı (%20) ekstratansif, 9’u (%30) ambiequal Erlebnis typus göstermektedir.

Tablo 4.7.2. Rorschach Testindeki “Afektif Maturite” Formülünün Ki-Kare Analizi ile Değerlendirilmesi.

	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		X^2	Sd	P
	N	%	N	%			
FC>C+CF	10	33	16	53	0,20	2	0,291
FC=C+CF	8	26	6	20			
FC<C+CF	12	41	8	27			
Toplam	30	100	30	100			

*p<0,05.

Tablo 4.7.2.’de görüldüğü üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında afektif maturite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.7.3. Rorschach Testindeki “Kadinsky Regression” Formülünün Frekans Analizi.

	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu	
	f	%	f	%
K>Ka+Kobj	19	63	24	53
K=Ka+Kobj	8	26	0	20
K<Ka+Kobj	3	11	6	27
Toplam	30	100	30	100

Tablo 4.7.3.’te görüldüğü üzere, kontrol grubu için K=Ka+Kobj değerinde yeterli veri bulunmadığından, ki-kare analizi yapılmamış, ancak sonuçlar betimleyici istatistik bağlamında değerlendirilmiştir. Bununla beraber, frekans dağılımında epilepsi grubunun 19’unun (%63) regresyon tipinin pozitif, 8’inin (%26) eşit ve 3’ünün (%11) regrese olduğu gözlenmiştir.

4.8. Yönetici İşlev Becerilerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.8.1. Kategori Akıcılık Testi (KAT) ve KAS Akıcılık Testi (KASAT) Sonuçlarının t-test ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		t	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
KAT_Kelime	21,12	2,16	22,24	2,46	-1,859	,068
KAT_Pers	0,38	0,30	0,89	0,61	-4,024	,001*
K_Kelime	13,80	1,79	19,28	2,19	-10,591	,000*
K_Pers	0,31	0,49	0,27	0,43	0,348	,729
A_Kelime	10,72	1,41	11,13	0,99	-1,295	,200
A_Pers	0,24	0,40	0,27	0,43	-0,231	,818
S_Kelime	11,94	1,54	12,98	1,48	-2,649	,060
S_Pers	0,19	0,35	0,24	0,39	-2,649	,622

KAT_Kelime: KAT’nde söylenen toplam hayvan kelime sayısı.

KAT_Pers: KAT’nde yapılan toplam perseverasyon hatası sayısı.

K_Kelime: KASAT’nde söylenen K ile başlayan kelime sayısı.

K_Pers: KASAT’nde K harfinde yapılan toplam perseverasyon hatası sayısı.

A_Kelime: KASAT’nde söylenen A ile başlayan kelime sayısı.

A_Pers: KASAT’nde A harfinde yapılan toplam perseverasyon hatası sayısı.

S_Kelime: KASAT’nde söylenen S ile başlayan kelime sayısı.

S_Pers: KASAT’nde S harfinde yapılan toplam perseverasyon hatası sayısı.

*p<0,05.

Tablo 4.8.1.'de görüldüğü üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında sözel kategorik akıcılık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında sözel kategorik akıcılıkta perseverasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda perseverasyon puanları daha yüksektir [$t=-4,024$, $p=,001$].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında sözel fonetik akıcılık “K” harfi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsi grubunda akıcılık puanları daha düşüktür [$t=-10,591$, $p=,001$].

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında “K” harfinde perseverasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında sözel fonetik akıcılık “A” harfi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında “A” harfinde perseverasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında sözel fonetik akıcılık “S” harfi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında “S” harfinde perseverasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.8.2. STBAG Sonuçlarının t-test ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		<i>t</i>	<i>P</i>
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
S1	11,06	1,01	11,09	1,06	-0,121	,904
S2	11,17	1,01	11,14	0,97	0,124	,902
S3	12,74	1,97	12,78	2,01	-0,066	,947
S4	16,77	3,33	16,83	30,37	-0,669	,945
S5	27,45	5,54	25,17	5,68	1,574	,121

S1: STBAG Formu 1.kart görevini tamamlama süresi (sn)

S2: STBAG Formu 2.kart görevini tamamlama süresi (sn)

S3: STBAG Formu 3.kart görevini tamamlama süresi (sn)

S4: STBAG Formu 4.kart görevini tamamlama süresi (sn)

S5: STBAG Formu 2.karta yeniden tanımlı görevi tamamlama süresi (sn)

* $p<0,05$.

Tablo 4.8.2.'de görüldüğü üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında 1.kart kelime okuma performansı (S1) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında 2.kart kelime okuma performansı (S2) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında 3.kart renk söyleme performansı (S3) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında 4.kart kelime okuma performansı (S4) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında 2.kart Stroop performansı açısından (S5) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.8.3. İST Sonuçlarının t-test ile Karşılaştırılması.

Ölçüm	Epilepsi Grubu		Kontrol Grubu		<i>t</i>	<i>P</i>
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
İST_A	38,94	5,29	35,34	8,97	1,892	,063
İST_B	110,30	28,26	76,55	17,87	5,526	,012*

İST_A: İz Sürme Testi A bölümü görevini tamamlama süresi (sn)

İST_B: İz Sürme Testi B bölümü görevini tamamlama süresi (sn)

* $p<0,05$.

Tablo 4.8.3.'te görüldüğü üzere, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında İST-A bölümü tamamlama süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında İST-B bölümü tamamlama süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$t=5,526$, $p=,012$].

4.9. Bilişsel Süreçler ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.9.1.'de görüleceği üzere, epilepsi grubunun İST-B bölümü tamamlama süresi ile sözel kategorik akıcılıkta perseverasyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,462$, $p<0,05$).

Epilepsi grubunun İST-B bölümü tamamlama süresi ile Dbl yüzdeleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=-0,402$, $p<0,05$).

Tablo 4.9.1. Epilepsi Grubunda Rorschach Testindeki Bilişsel Süreçler ve Yönetici İşlev Becerilerinin Korelasyon Tablosu.

	1	2	3	4	5	6
1. İST_B						
2. K_Kelime	0,062					
3. KAT_pers	0,462*	-0,053				
4. G	-0,151	-0,093	-0,182			
5. D	0,296	-0,103	0,308	0,111		
6. Dd	0,141	0,193	-0,003	-0,152	0,160	
7. Dbl	-0,402*	0,200	-0,220	0,149	-0,263	-0,176

1. İST_B: İz Sürme Testi B bölümü görevini tamamlama süresi (sn)

2. K_Kelime: KASAT'nde söylenen K ile başlayan kelime sayısı.

3. KAT_Pers: KAT'nde yapılan toplam perseverasyon hatası sayısı.

*p<0,05.

Tablo 4.9.2. Epilepsi Grubunda Rorschach Testindeki Ego Fonksiyonları ve Yönetici İşlev Becerilerinin Korelasyon Tablosu.

	1	2	3	4	5
1. İST_B					
2. K_Kelime	0,062				
3. KAT_pers	0,462*	-0,053			
4. F	0,010	0,372*	0,119		
5. F+	-0,122	0,370*	-0,262	0,398*	
6. F-	0,122	0,370*	0,262	-0,398	1,00*

1. İST_B: İz Sürme Testi B bölümü görevini tamamlama süresi (sn)

2. K_Kelime: KASAT'nde söylenen K ile başlayan kelime sayısı.

3. KAT_Pers: KAT'nde yapılan toplam perseverasyon hatası sayısı.

*p<0,05.

Tablo 4.9.2.'de görüldüğü üzere, epilepsi grubunun fonetik akıcılık “K” harfi puanları ile F yüzdeleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,372$, $p<0,05$).

Epilepsi grubunun fonetik akıcılık “K” harfi puanları ile F+ yüzdeleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,370$, $p<0,05$).

Epilepsi grubunun fonetik akıcılık “K” harfi puanları ile F- yüzdeleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,370$, $p<0,05$).

4.10. Afektif Süreçler ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.10.1. Epilepsi Grubunda Rorschach Testindeki Afektif Süreçler ve Yönetici İşlev Becerilerinin Korelasyon Tablosu.

	1	2	3	4	5	6
1. İST_B						
2. K_Kelime	0,062					
3. KAT_pers	0,462*	-0,053				
4. C	0,266	-0,130	0,384*			
5. CF	0,060	-0,087	0,128	0,006		
6. FC	-0,310	0,261	0,032	-0,123	-0,348	
7. Cn	-0,042	0,044	-0,251	0,071	-0,014	-0,007

İST_B: İz Sürme Testi B bölümü görevini tamamlama süresi (sn)

K_Kelime: KAST'nde söylenen K ile başlayan kelime sayısı.

KAT_Pers: KAT'nde yapılan toplam perseverasyon hatası sayısı.

*p<0,05.

Tablo 4.10.1.'de görüldüğü üzere, epilepsi grubunun sözel kategorik akıcılıkta perseverasyon puanları ile C yanıtları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,384$, $p<0,05$).

4.11. Sosyal Çevreyle İlişkiler ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Epilepsi grubunda sosyal çevreyle ilişkiler ve yönetici işlev becerileri arasında anlamlı ilişki görülmediğinden korelasyon tablosu oluşturulmamıştır.

4.12. Patolojik Yanıtlar ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Epilepsi grubunda sosyal çevreyle ilişkiler ve yönetici işlev becerileri arasında anlamlı ilişki görülmediğinden korelasyon tablosu oluşturulmamıştır.

4.13. Anxiete Düzeyi ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.13.1. Epilepsi Grubunda Rorschach Testindeki Anxiete Düzeyleri ve Yönetici İşlev Becerilerinin Korelasyon Tablosu.

	1	2	3	4	5	6
1. İST_B	1					
2. K_Kelime	0,062	1				
3. KAT_pers	0,462*	-0,053	1			
4. Clob	-0,038	0,104	0,138	1		
5. ClobF	-0,386*	0,183	-0,159	0,595*	1	
6. FClob	-0,342	0,189	-0,214	0,513*	0,966**	1
7. KClob	-0,005	0,213	-0,234	-0,143	0,109	0,200

İST_B: İz Sürme Testi B bölümü görevini tamamlama süresi (sn)

K_Kelime: KAST'nde söylenen K ile başlayan kelime sayısı.

KAT_Pers: KAT'nde yapılan toplam perseverasyon hatası sayısı.

*p<0,05.

**p<0,01.

Tablo 4.13.1.'de görüldüğü üzere, epilepsi grubunda İST-B bölümü tamamlama süresi ile ClobF yanıtları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,386$, $p<0,05$).

Epilepsi grubunda Clob ve ClobF yanıtları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,595$, $p<0,05$).

Epilepsi grubunda Clob ve FClob yanıtları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,513$, $p<0,05$).

Epilepsi grubunda ClobF ve FClob yanıtları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,966$, $p<0,01$).

BÖLÜM IV

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde elde edilen sonuçların literatür ışığında tartışılması yer almaktadır.

5.1. Sonuç

5.1.1. Bilişsel Süreçlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Rorschach testinde reaksiyon süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bir başka deyişle, epilepsi hastalarının reaksiyon süresi sağlıklı yetişkinlere göre daha uzundur. Tepki süresinin uzaması özümseme ve düşünme süresinde ketlenme, depresif yavaşlama, çağrışımsal tıkanma gibi düşünce hızındaki düşmelerle karakterizedir (Anzieu ve Chabert, 2011). Epilepsi hastalarında kognitif bozuklukların oldukça sık olarak bellek bozuklukları, mental hızda yavaşlama ve dikkat problemleri ile gözlendiği belirtilmiştir (Aldenkamp ve Bodde, 2005; Cornaggie, Beghi, Provenzi ve Beghi, 2006). Bu yönüyle bulgular literatürle uyumludur.

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Rorschach testinde toplam tepki sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Epilepsi hastalarının toplam tepki sayısı sağlıklı yetişkinlerle karşılaştırıldığında görece daha düşüktür. Toplam tepki sayısındaki düşüşler sıklıkla inhibisyon özelliği taşımakta, depresyon, zeka geriliği, çabuk yorulma ve görsel hayal gücünün az olmasını ifade etmektedir (Üge, 2014).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında bir bilişsel fonksiyon olarak bütünü algılama işlevi açısından (G ve Dd yüzdeleri) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Epilepsi hastalarında, sağlıklı yetişkinlere göre bütünü algılama

ve sentez yetisi daha düşüktür. Piotrowski'ye göre (1957, Akt.Anzieu ve Chabert, 2011) Rorschach testinde tipik bir epileptik görünümde, sentez yetisindeki bozulmalar, G yanıt sayısında düşme ile gözlenir (Anastasiadis, 1975). Bu yüzden, araştırma sonuçlarına göre, entelektüel sahanın unsuru olan organizasyon yeteneği, çağrışım fonksiyonlarının zenginliği ve sistematik düşünme yetisi epilepsi hastaları aleyhine düşüş göstermektedir. Epilepsi hastalarında bilişsel fonksiyonların değerlendirildiği karşılaştırmalı bir çalışmada, akıl yürütme ve karmaşık dikkat gerektiren, organizasyon becerilerinde anlamlı olarak düşme gözlenmiştir (Chowdhury, Elwes, Koutroumanidis ve diğerleri, 2014). Organizasyon yeteneğinin oldukça azaldığı durumlarda ise olguları bütün olarak kavrayabilmek için güç kullanımına gerek duyma ve her şeye hakim olma çabaları söz konusudur. Yine, Çevik'in (2011) çalışmasında epilepsi hastalarının bilişsel fonksiyonlarında bozulma bildirilmiştir.

Epilepsi hastaları ile sağlıklı yetişkinler sorunlardan kaçarak ayrıntılara yönelme eğilimi, sentez yetisinde kısmen bozulmalar, rasyonel olmayan intibak çabaları yönünden (Dd yanıtları) anlamlı olarak birbirinden farklıdır. Bu durumun birincil sebebi ise, Rorschach testine özgü bir yorumlama biçimi olan "meticulosity" varlığıdır. Bu yanıt biçimi kılı kırk yarma, hiçbir ayrıntıyı kaçırmamaya çalışmayla beraber sentez yetisinde bozulmayı belirtmektedir. Epileptik psikosendromlarda gözlemlendiği bilinmektedir (Anastasiadis, 1975). Dikkati sürdürmeye ilişkin tüm görevlerde, çeldiricileri yok saymayla beraber, iyi bir planlamada eylemlerin sırası stratejiktir. Organizasyon yeteneğinin epilepsi hastalarında önceden öğrenilmiş eski stratejilere bel bağlama ve zayıf kavramsal muhakemeye belirgin şekilde bozulmalar gösterdiği farklı araştırmalarla gösterilmiştir (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008) Bu yönüyle, araştırma bulguları literatürle uyumludur.

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında negativizm açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Dbl yanıtları). Diğer deyişle, epilepsi hastalarında kendinden istenenin tersini yapma, muhalif davranış, her şeyi kabullenmeyip kendi fikrini savunma ile agresivite göre daha fazladır. Dinçmen (1984)'e göre de epileptik hastalarda "agression"a meyil, hiddet ve saldırganlık, her şeye karşı ve daima şikayette bulunma karakter özellikleridir. Bolwig (1986), epileptik kişiliği açıklarken bu hastaların gergin, anksiyeteli ve patlamaya hazır olduklarını ifade etmiştir. Bu yönüyle bulgular, literatürle uyumludur.

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında, ego fonksiyonları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Epilepsi hastalarında algının netliği ve dikkatin uyanık olması (F+ yüzdeleri) sağlıklı yetişkinlere göre daha bozuktur. Piotrowski'ye göre (1957) epileptiklerde bunun anlamı, düşüncede disarmoniyle birlikte herkes gibi olmama ve uyaranlara keyfi açıklamalar yapmaktır. Epilepsi hastalarında ego fonksiyonlarındaki bu bozulma sonucu, gerçeklik nosyonu ile entelektüel davranış arasında farklılık ve davranışın yaşanan sityasyona uymaması (Üge, 2014) gündeme gelmektedir. Bu yönüyle, epilepsi hastalarında gözlenen "agression" ve negativizm daha açıklayıcı hale gelmektedir (Annegers, 1994). Bu bulgunun aynı zamanda frontal lob patolojilerinde gözlenen kognitif bozuklukların davranışsal yönüne işaret edebileceği değerlendirilmiştir (Anderson, Bechora, Damasio ve diğerleri, 1999).

5.1.2. Afektif Süreçlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında afektif labilite açısından (CF yanıtları) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum, Dinçmen'in (1984) epileptik hastalarda gözlediği karakter tipi olarak "...hiddet ve saldırganlıktan iltifat ve tabasbusa ve bunun ters istikametinde anlık değişimlerle oluşan teessüriyet sebatsızlığı..."nı belirtmektedir. Literatürde, epilepsi hastalarında özgül belirtiler olarak irritabilite, artmış agresivite ve anksiyete (Ettinger ve Kanner, 2001), impulsivite (Fenwick, 1987), kavgacılık (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008), davranışı regüle etmekte güçlük ile eş zamanlı talepleri sıraya koymakta güçlük rapor edilmiştir (Grattan ve Eslinger, 1991). Bozulmuş yönetici işlev becerilerinde, davranışsal olarak maladaptif afekt gözlendiği bilinmektedir (Anderson, Bechora, Damasio ve diğerleri, 1999). Piotrowski (1957) ve Minkowska'nın (1956) epilepsi hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda, benmerkezci duygulanım, narsizm ve afektif değişkenlik bildirilmiştir. Bulgular literatürle uyumludur.

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında "renk sayımı" (Cn yanıtları) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Renk sayımı epilepsi hastaları lehine artış göstermiştir. Diagnostik değeri yüksek olan renk sayımı yanıtlarına psikopatlarla rastlanmaz; epileptik, organik, dissosiyatif ve şizofrenik vakalarda gözlenmektedir (Anastasiadis, 1975). Piotrowski'nin epileptik görünüm listesinde

renk sayımı yer almaktadır (1957). Renk sayımı kişinin, gördüklerine anlamlı bir tutum benimseyemeyip, doğrudan gördüğü lekeyi söylemesini ifade etmektedir. Literatürdeki çalışmalarda, sözelleştirme ve adlandırma becerilerinin epilepsi hastalarında kontrol gruplarına göre, zamana bağlı olarak, bozulmalar gösterdiği belirtilmiştir (Bartha-Doering ve Trinka, 2014). Dil becerilerine ilişkin bu bozulmanın, nöbetler arası geçen dönemlerde belirgin hale geldiği, sıklıkla unutkanlıkla karıştırıldığı, nesne ve kişi isimlerini getirmekte güçlük yaşattığı, bu sebeple epilepsi hastalarının daha basit kabul edilebilecek bir dil ve anlatım biçimi kullandıkları aynı çalışmada ifade edilmiştir. Farklı çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte, bir organizite bulgusu olarak renk sayımı özel yanıt biçimi, bu durumla bağlantılı değerlendirilebilir.

5.1.3. Sosyal Çevreyle İlişkilerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında benlik algısı, özdeşim kapasitesi ve benlik imgesi açısından olarak anlamlı fark bulunmamıştır (A ve H+Hd. yanıtları). Benlik değerine ilişkin epilepsi hastalarıyla yapılan çalışmalarda yine farklılaşma bulunmadığından, bulgu desteklenmiştir (Yazıcı, 2010; Bostancı, 2007).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında sosyal uyum, sosyalleşme ve kişilerarası ilişkiler yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Ban. ve Triade yanıtları). Epilepsi hastalarında kontrol grubuna göre düşük sosyalleşme ve gerçeğe uyum kapasitesi literatürle uyumludur (Minkowska, 1956; Piotrowski, 1957; Anastasiadis, 1975). 47 jeneralize epilepsi hastasıyla yapılan kontrollü bir çalışmada, epilepsi hastalarının sözel akıcılık, interferansa karşı koyma (Stroop etkisi) ve bozulmuş bilişsel empati değerlerinin pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yİ becerilerinden sözel akıcılığın azaldığı durumlarda, sosyal alanda kayıplar olma ihtimali yüksek görünmektedir (Jiang, Hu, Wang ve diğerleri, 2014). Bozuk Yİ performansı gösteren epilepsi hastalarının, sosyal ilişkide buldukları kişilere sosyal olarak uygun görülmeyen sorular sorabildiği, incitici sözler söyleyebildiği ve uygun bir mizah anlayışından oldukça uzak davranabildikleri farklı çalışmada aktarılmıştır. Bu tür durumlarda, davranışlarının anlam ve sonuçlarını ile sosyal kuralları ihmal etmelerinden kaynaklandığı, çeşitli hastalıklar sebebiyle bozulmuş Yİ performansı gösteren bireylerin de zayıf kişilerarası ilişkiler geliştirdiği bildirilmiştir (Anderson,

Jacobs ve Anderson, 2008). Bu yönüyle epilepsi hastalarında sosyalleşme alanındaki bozulmaların sebebi, sosyal davranışların temelini oluşturan sözel iletişim becerilerinde, hastalığa bağlı aksamalar görünmektedir.

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında içedönük eğilimleri (K yanıtları) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Epilepsi grubunda daha dışadönüktür. Rorschach'ya göre içedönüklük zayıf bir canlılığın, dünyadan çekilme eğilimin ve iç sıkıntılara boyun eğmenin bir göstergesidir. Bununla beraber, baskın dışadönüklükte, dürtü denetimi, dürtülerini geciktirebilme yeteneği ve inhibisyon kabiliyetinde güçlükler belirtilmektedir (Üge 2014). Literatürde çeşitli nörolojik hastalıklar sonucu azalmış Yİ becerilerinde de düşük muhakeme yeteneği, çeldiricileri yok sayma ve strateji uygulamakta güçlükler ile inhibisyon kapasitesinde azalmalar bildirilmiş olup aynı olguya vurgu yapılmıştır (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008).

5.1.4. Patolojik Yanıtların Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında patolojik yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde organisme ve/veya epilepsi bulgusu olarak patolojik yanıtlar bildirilmemiştir, bulgular uyumludur (Minkowska, 1956; Piotrowski, 1957; Akt.Anzieu ve Chabert, 2011; Anastasiadis, 1975).

5.1.5. Angoisse Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında angoisse düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde organisme ve/veya epilepsi bulgusu olarak patolojik yanıtlar bildirilmemiştir, bulgular uyumludur (Minkowska, 1956; Piotrowski, 1957; Akt.Anzieu ve Chabert, 2011; Anastasiadis, 1975).

5.1.6. Özel Fenomenlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında “Erlebnis Typus” tipleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Epilepsi grubunun büyük bir çoğunluğunun (%56) ekstratansif Erlebnis Typus verdiği görülmüştür. Böyle bir şahsiyet tipinde yüzeysel, derinliği olmayan sosyal ilişkiler ve afektif değişkenlik ifade edilmektedir. Uyarılar karşısında heyecansal kontrolün kolayca kaybedilebileceği bilinmektedir (Anastasiadis, 1975; Anzieu ve Chabert, 2011). Rorschach’ya göre (1964; Akt. Anzieu ve Chabert, 2011) ekstratansif kişiler, testte bir uyarı olarak rengin, hayatta da heyecanın peşinde koşarlar, kendilerinden kaçarlar, ani tepki verirler, telkine yatkındırlar, nesne ve insanlarla karşılaşmaya can atarlar, heyecanlarını dışsal hareketlere dönüştürmüş durumdadırlar. Yazıcı (2010) ve Bostancı’nın (2007) epileptik kişilik özellikleriyle “Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI)” kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, Rorschach testindeki kadar bütünlüklü olmamakla birlikte, bahsedilen boyutlar farklı parametrelerce gözlenmiştir. Yine epilepsili hastalarda nöbet türlerine göre kişilik özelliklerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada; nevroz ve dışadönüklük özelliklerinin, jeneralize nöbet tipindeki epilepsi hastaları lehine anlamlı olarak artış gösterdiği ifade edilmiştir (Shehata ve Bateh, 2009). Epilepsi hastalarına ilişkin interiktal davranış sendromunda; artmış hostilete, artmış emosyonalite, irritabilite, emosyonel labilite, çevresellik, artmış konuşma, hipergrafi ile belirgin kişilik boyutları dışadönük yapıya işaret etmektedir (Bear, 1977).

5.1.7. Yönetici İşlev Becerilerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında sözel kategorik akıcılık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Juvenil miyoklinik epilepsi hastalarıyla yapılan bir çalışmada (Çevik, 2011), sözel kategorik akıcılık performansında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla beraber, literatürde temporal lob epilepsi hastalarıyla yapılmış çalışmaların bazılarında epilepsi hastalarının performanslarında düşme tespit edilmiş (Black, Schefft, Howe, Szaflarski ve diğerleri, 2010; Allegri, Drake ve Thomson, 1999; Wang, Iang, Lu, Mao ve diğerleri,

2007). bir kısmında anlamlı bir fark olmadığı rapor edilmiştir (McDonald, Delis, Norman, Tecoma ve diğerleri, 2005).

Epilepsi grubunda sözel kategorik akıcılıkta perseverasyon hatası anlamlı bulunmuştur. Yine, pek çok çalışmada epilepsi hastalarında yönetici işlevlerdeki aksamaların perseverasyona yol açtığını vurgulamıştır (Hermann, Seidenberg, Haltiner ve Wyler, 1991; Oddo, Solis, Consalvo ve diğerleri, 2003).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında Stroop performansı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatür bulgularına bakıldığında Black ve diğerlerinin (2010) çalışmasında, epilepsi hastalarının tepki ketleme becerisinde güçlükler gözlenirken; sayıcı artan çalışmalarda Stroop performansının epilepsi olgularında ayırt edici olmadığı bildirilmiştir (Corcoran ve Upton, 1993; Hermann, Seidenberg, Haltiner ve Wyler, 1991; Oddo, Solis, Consalvo ve diğerleri, 2003; Çevik, 2011).

Epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında İz Sürme Testi-B bölümü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Epilepsi hastalarında kontrol grubuna göre B bölümü tamamlama süresi artmış, işlem hızı düşmüştür. Bu görsel tarama testinin frontal bölge hasar ve işlevlerine duyarlı olduğu bilinmektedir (Schear ve Sato, 1989). Prefrontal kortekste konumlanan Yİ becerilerindeki aksamalar; davranışsal olarak aktiviteyi değiştirmeye direnç, strateji uygulamada güçlükler, dezorganizasyon olarak gözlenmektedir (Anderson, Bechora, Damasio, Tranel ve diğerleri, 1999). Bu yönüyle epilepsi hastalarının motor hız, çeviklik ve bilişsel esneklik becerilerinde güçlükler olduğu farklı çalışmalarda bildirilmiştir (Demakis, 2004). Bu çalışmadaki bulgular literatürle uyumludur.

Yönetici işlev becerilerine ilişkin bu araştırmanın sonuçları, epilepsiyi ayırt etmekte yetersiz kalmaktadır. Rorschach testi, yukarıda bulgularla özetlenmiş bir dizi görünümle epilepsiyi ayırt edici niteliktedir.

5.1.8. Bilişsel Süreçler ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubunda karmaşık dikkat becerileri ile negativizm arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer deyişle negativizm arttıkça (Dbl yanıtları), karmaşık dikkat becerileri bozulmaktadır. Bilindiği üzere, karmaşık dikkat becerileri spesifik alanlar tarafından yönetilmektedir. Yİ becerilerine ilişkin, prefrontal

korteksin spesifik alanların önemli fonksiyonları bulunmaktadır. Bu yönüyle negativizmdeki artışın özellikle orbitofrontal devrenin sorumlu olduğu içsel durum ile duygusal işlevlerin uyumunun düzenlenmesi ve görev performansında geri bildirim kullanma ile bağlantılı olduğu değerlendirilmiştir (Miller, 2007).

Epilepsi grubunun fonetik akıcılık becerileri ile ego fonksiyonları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle, fonetik akıcılık arttıkça gerçeğe uyum ve zihinsel kontrol yeteneğinin (F+ yüzdeleri) artış gösterdiği görülmüştür. Dorsolateral prefrontal devrenin sorumlu olduğu başta dikkati odaklama ve sürdürme, sözel ifade ve tasvir akıcılığı ve hedef yönelimi olmak üzere (Miller, 2007; Öktem, 1994), ego fonksiyonlarının prefrontal korteks işlevleriyle yakından ilişkili olduğu değerlendirilmiştir. Sözel ifade ve tasvir akıcılığının korunduğu pek çok nörolojik hastalıkta prognoz daha iyi olduğu bilinmektedir (Fuster, 1993; Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008)

5.1.9. Afektif Süreçler ve Yönetici İşlev Becerileri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi grubunun Yİ becerilerinden sözel kategorik akıcılıkta perseverasyon hataları ile impulsivite arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Perseverasyon puanları ile impulsivite (C yanıtları) birlikte artmaktadır. Aynı kuralı ihlal etmek ve aynı hatayı yapmakla belirgin bir davranış türü olarak perseverasyon hataları bilişsel esnekliğin bozulduğuna, yeni taleplere uyumun azaldığına işaret etmektedir. Bu yönüyle Yİ becerileri bozulmuş epilepsi hastalarının çoğunda, bilgi ile eylem arasında bir bağlantısızlık ve bazen uygunsuzluk oluşabildiği, bu sebeple bir göreve ilişkin uygun eylemi göstermekte başarısız oldukları ifade edilmiştir (Anderson, Jacobs ve Anderson, 2008). Bahsedilen Yİ becerilerinden sorumlu başlıca devrenin anterior singulat devre olduğu değerlendirildiğinde, impulsivitenin bu devredeki hasarlar sonucu oluşmuş, engellenmeye zayıf yanıt (dürtüsellik) ve dikkat kaynaklarının dağılımının zayıflaması gibi disfonksiyonlara ilişkili olduğu gündeme gelmektedir. Literatürde limbik yapıların da mizacın üç boyutu olan olumsuz afekt, olumlu afekt, ve self-regulasyon (kendini kontrol etme) ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Anderson, Bechora, Damasio, Tranel ve diğerleri, 1999).

5.1.10. Diğer Bulguların Tartışılması

Araştırma sonuçlarına göre epilepsi grubunda sosyal çevreyle ilişkiler, patolojik yanıtlar, angoisse düzeyleri ve özel fenomenlerin yönetici işlev becerileriyle arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde, bu ilişkilerin ele alındığı bir araştırmaya rastlanmamıştır.

5.2. Öneriler

1. Bu araştırma, tonik-klonik nöbetlerle seyreden idyopatik jeneralize epilepsi hastalarıyla yürütülmüştür. Bir başka çalışma farklı temporal lob epilepsisi, frontal lob epilepsisi, absans nöbetlerle giden “petit mal” türü epilepsilerle yapılabilir.

2. Bu araştırmanın epilepsi grubuna çoklu ilaç kullanımı bulunmayan hastalar dahil edilmiştir. Başka bir çalışmada çoklu ilaç kullanımlarının etkileri değerlendirilebilir.

3. Bu araştırma, yetişkin epilepsi hastalarıyla gerçekleştirilmiştir. Farklı yaş gruplarında, özellikle çocuk ve yaşlı örnekleminde etkilerin ve seyrin ele alındığı başka bir çalışmayla incelenebilir.

4. Bu çalışmada kapsamında, epilepsi hastalarının kafa travma öyküleri bulunmamaktadır. Rorschach protokolünde organizite gibi bulguların incelendiği farklı bir çalışma yapılabilir.

5. Bu çalışmada adli vakaların bulunmamaktadır. Epilepsi hastalarında Rorschach protokollerinin cezai ehliyeteye göre incelendiği veya suç unsurlarının hastalık ile birlikteliğinin değerlendirildiği farklı bir çalışma yapılabilir.

6. Bu araştırma 30 epilepsi hastası ve 30 kontrol grubuyla yapılmıştır. Farklı çalışmalarda örneklem grupları genişletilebilir.

7. Epilepsi hastalarının projektif bir test ile kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bu çalışmada, hastaların bilişsel süreçleri, ego fonksiyonları, afektif süreçleri, sosyal çevreyle ilişkileri, patolojik süreçleri ve özel fenomenleri yönetici işlev becerilerine göre değerlendirilmiştir. Bir başka çalışmada sınırlılıklar artırılması yönünde gözden geçirilebilir ve farklı psikolojik değişkenler yönünden ele alınabilir.

8. Bu çalışmada Rorschach testi bulguları, Fransız Okulu’ndan uyarlanan sistemle değerlendirilmiştir. Farklı çalışmalarda, aynı olgular için farklı kodlama sistemleri karşılaştırılabilir.

9. Bu araştırma tek bir araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Nöroradyoloji, psikiyatri, nöropsikoloji, biyolojik psikoloji gibi farklı alanlardan araştırmacılarla multidisipliner çalışmalar planlanabilir.

10. Son olarak, bu araştırma Rorschach testi istatistiği birleştiren sınırlı sayıdaki çalışmalardan olmakla birlikte, epileptik psikosendromun Rorschach protokollerini belirleyen ilk çalışma niteliğindedir. Bilimsel ve etik niteliğin vazgeçilmez gereği olarak, çalışma sonuçlarının genişletilmesi veya gözden geçirilmesi için farklı zaman ve koşullarda tekrarlanması gerekir.

KAYNAKLAR

- Aarnoudse-Moens, C.S., Smidts, D.P., Oosterlaan, J., ve diğeri (2009). Executive function in very preterm children at early school age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(7), 981-993.
- Aldenkamp, A.P., ve Bodde, N. (2005). Behaviour, cognition and epilepsy. *Scandinavian Neurology*, 112, 19-25.
- Alexander, G.E., DeLong, M.R., ve Strick, P.L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 9(1), 357-381.
- Allegri, R.F., Drake, M., ve Thomson, A. (1999). Neuropsychological findings in patients with middle temporal lobe epilepsy. *Review of Neurology*, 29, 1160-1163.
- Anastasiadis, Y. (1975). *Rorschach Seminer Notları*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikoloji Laboratuvarı.
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function during childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71-82.
- Anderson, S., Bechora, A., Damasio, H., Tranel, D., ve Damasio, A. (1999). Impairment in social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*, 2(11), 1032-1037.
- Anderson, V., Jacobs, R., ve Anderson, P. J. (2008). *Executive Functions and the Frontal Lobes: A Lifespan Perspective*. New York: Psychology Press.
- Annegers, J.F. (1994). Epidemiology and genetics of epilepsy. *Clinical Neurology*, 12, 15-29.
- Anzieu, D. ve Chabert, C. (2011). *Projektif Yöntemler*. İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Arman, F. (2012). *Nörolojik Hastalıklar*. Kasım 20, 2015 tarihinde Fehim Arman Kişisel Web Sitesi: <http://www.fehimarman.com/MakaleDetay.aspx?Id=6> adresinden alındı
- Avirett, E.K., ve Maricle, D.E. (2012). *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues*. Londra: Guilford Press.
- Aziz, H., Güvener, A., Akhtar, S.W., ve Hasan, K.Z. (1997). Comparative epidemiology of epilepsy in Pakistan and Turkey: Population based studies using identical protocols. *Epilepsia*, 6, 716-722.
- Bartha-Doering, L., ve Trinka, E. (2014). The interictal language profile in adult epilepsy. *Epilepsia*, 55(10), 1512-1525.
- Bear, D.M. (1977). Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Archieve of Neurology*, (34), 454-467.

Bingöl, C.A. (2007). *Epilepsi Rehberi*. Ankara: Türk Nöroloji Derneği Yayınları.

Black, L.C., Schefft, B.K., Howe, S.R., Szaflarski, J.P., Yeh, H.S. ve Privitera, M.D. (2010). The effect of seizures on working memory and executive functioning performance. *Epilepsy Behaviour*, 17, 412-419.

Bolwig, T.G. (1986). *Is There An Epileptic Personality*. New York: John Wiley and Sons Limited.

Bostancı, B. (2007). *Epilepsi Hastalarının Kişilik Özelliklerinin Mizaç ve Karakter Envanteri ile Değerlendirilmesi ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması*. Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Browne, T.R., ve Holmes, G.L. (2013). *Epilepsi El Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Cangöz, B., Karakoç, E . ve Selekler, K. (2007). "İz Sürme Testi"nin 50 yaş üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örnekleme için standardizasyon çalışması. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(2), 73-82.

Carrion, J.L., Orza, J.G . ve Santamaria, F.J. (2004). *Developmental of the Inhibitory Component of the Executive Functions in Children and Adolescents*. London: Taylor and Francis.

Chowdhury, F.A., Elwes, R.D., Koutroumanidis, M., Morris, R.G., Nashef, L. ve Richardson, M.P. (2014). Impaired cognitive functions in idiopathic generalized epilepsy and unaffected family members: An epilepsy endophenotype. *Epilepsia*, 55(6), 835-840.

Corcoran, R., ve Upton, D. (1993). A role for the hippocampus in card sorting? *Cortex*, 29, 293-304.

Cornaggie, C.M., Beghi, M., Provenzi, M., ve Beghi, E. (2006). Correlation between cognition and behavior in epilepsy. *Epilepsia*, 47, 34-39.

Çevik, N. (2011). *Juvenil Myoklinik Epilepsili Hastalarda MR Spektroskop ve Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesi*. İstanbul: Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Uzman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Demakis, G.J. (2004). Frontal lobe damage and tests of executive pro-cessing: A meta-analysis of the Category Test, Stroop Test, and Trail Making Test. *Neuropsychology*, 26(3), 441-450.

Diamond, A. (2002). *Principles of Frontal Lobe Function*. Londra: Oxford University Press.

Dinçmen, K. (1984). *Adli Psikiyatri*. İstanbul: Birlik Yayınları.

Dinçmen, K. (1981). *Deskriptif ve Dinamik Psikiyatri*. İstanbul: Ar Yayın Dağıtım.

Dokur, M. (1991). *Parsiyel ve Jeneralize Epilepsi Gruplarında İnteriktal Mizaç ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Ertuğrul, A., ve Rezaki, M. (2006). Prefrontal korteks ve şizofreni. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16, 118-127.

Eslinger, P.J., Grattan, L., Damasio, H., ve Damasio, A. (1992). Developmental consequences of childhood frontal lobe damage. *Archives of Neurology*, 49, 764-769.

Eşkazan, E. (2008). *Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ettinger, A.B., ve Kanner, A.M. (2001). *Psychiatric Issues in Epilepsy*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Exner, J.E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System Basic Foundations*. London: John Wiley ve Sons.

Fenwick, P. (1987). Dyscontrol. (Ed:Reynolds, E. ve Trimble, M.) içinde, The bridge between neurology and psychiatry. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Forsgren, L. (1992). Prevalance of epilepsy in adults in northern Sweden. *Epilepsia*, 33, 450-458.

Fuster, J.M. (1993). Frontal lobes. *Current Opinion in Neurobiology*, 3, 160-165.

Gaitatzis, A., Trimble, M.R., ve Sander, J.V. (2004). The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Scandinavian Neurology*, 110, 207-220.

Grattan, L., ve Eslinger, P.J. (1991). Frontal lobe damage in children and adults: A comparative review. *Developmental Neuropsychology*, 7(3), 283-326.

Güneri, E. (2008). *Şizofreni Ve Bipolar Afektif Bozukluk-Manik Epizod Tanısı Almış Hastaların Rorschach Protokolü Açısından Karşılaştırılması*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Hacıosman, P.M. (2000). *Rorschach Testi Nedir, Ne Değildir?* İstanbul: Esin Ofset.

Hermann, B.P., Seidenberg, M., Haltiner, A., ve Wyler, A.R. (1991). Mood state in unilateral temporal lobe epilepsy. *Biological Psychology*, 30, 1205-1218.

İkiz, T. (2001). *Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu*. İstanbul: Bağlam Yayınları.

ILAE (1989). Uluslararası Epilepsiyle Derneği Sınıflandırma ve Terminoloji Komisyonu. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*, 30(4), 389.

Janjua, N.A., Itano, T., ve Kugah, T. (1992). Familian increase in plasma glutamic acid in epilepsy. *Epilepsy Research*, 11, 37-44.

Jiang, Y., Hu, Y., Wang, Y., Zhou, N., Zhu, L., ve Wang, K. (2014). Empathy and emotion recognition in patients with idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy and Behaviour*, 37, 139-144.

Kanner, A.M., ve Balabanov, A. (2002). Depression and epilepsy: How closely related are they? *Neurology*, 58, 27-39.

Karakaş, S. (2004). *BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları*. Ankara: Eryılmaz Ofset Matbaacılık.

Karakaş, S., ve Karakaş, H.M. (2000). Yönetici işlevlerin ayrıştırılmasında multidisipliner yaklaşım: Bilişsel psikolojiden nöroradyolojiye. *Klinik Psikiyatri*, 3, 215-227.

Kelly, T. (2000). The development of executive function in school aged children. *Clinical Neuropsychological Assessment*, 1, 38-55.

Kökrek, F., Cansunar, F.N., Ortaköylü, L., ve Balcıoğlu, İ. (1996). Epilepsi ve suç. *SDU Tıp Fakültesi Dergisi*, (3)4, 77-80.

Lavados, J., Germain, I., ve Morales, A. (1992). A descriptive study of epilepsy in the District of El Salvador, Chile 1984-1988. *Actual Scandinavian Neurology*, 91, 718-729.

Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological Assessment*. London: Oxford University Press.

Luria, A.R. (1973). *The working brain: An introduction to neurophysiology*. New York: Basic Books.

Manchanda, R., Schaefer, B., ve McLachlan, R.S. (1996). Psychiatric disorders in candidates for surgery for epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 61, 82-89.

Mcdonald, C.R., Delis, D.C., Norman, M.A., Tecoma, E.S., ve Iragui, V.J. (2005). Discriminating patients with frontal-lobe epilepsy and temporal-lobe epilepsy: Utility of a multilevel design fluency test. *Neuropsychology*, 19, 806-813.

Meldrum, B.S. (1992). Excitatory aminoacids in epilepsy and potential novel therapies. *Epilepsy Research*, 12, 189-196.

Mesulam, M. (2004). The cholinergic lesion of Alzhemier's disease: Pivotal factor or side show? *Learning and Memory*, 11, 43-49.

Miller, D.C. (2007). *Essentials of School Neuropsychological Assessment*. New York: John Wiley and Sons.

Minkowska, F. (1956). *Le Rorschach: A la Recherche Du Monde Des Formes*. Paris: Desclee de Brouwer.

Newcombe, F. (1969). *Missile Wounds of The Brain: A Study of Psychological Deficits*. Oxford: Oxford University Press.

Niedermeyer, E. (1987). *Epilepsi Rehberi* (Çev:Zileli, T., Ciğer, A., ve Öztekin, M.F.) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Oddo, S., Solis, P., Consalvo, D., Giagente, B., Silva, W., ve D'Alessio, L. (2003). Mesial temporal lobe epilepsy and hippocampal sclerosis: Cognitive function assessment in Hispanic patients. *Epilepsy Behaviour*, 4, 717-722.

Olafsson, E., Hauser, W.A., ve Ludvigsson, P. (1996). Incidence of epilepsy in rural Iceland: A population-based study. *Epilepsia*, 37, 951-955.

Öktem, Ö. (1994). Nöropsikolojik testler ve nöropsikolojik değerlendirme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(33), 33-44.

Piotrowski, Z.A. (1957). *Percepanalysis*. New York: Mc Millan.

Pirim, B. (2002). *Yeme Bozuklukları İle Öfke Tarzı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Savaşır, I. (2004). *Psikolojik Değerlendirme*. (Ed:Öztürk, O.M.) içinde *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Feryal Matbaası.

Scheur, J.M., ve Sato, S.D. (1989). Effects of visual acuity and visual motor speed and dexterity on cognitive performance. *Archieve of Clinical Neuropsychology*, 4(1), 25-32.

Sercan, M. (2007). *Epilepsi ve Ceza Hukuku*. Bolu: Türk Epilepsi ile Savaş Derneği Aylık Bilimsel Toplantısı Sözlü Bildirisi.

Shehata, G.A., ve Bateh, A.A. (2009). Cognitive function, mood, behavioral aspects, and personality traits of adult males with idiopathic epilepsy. *Epilepsy Behaviour*, 14, 121-124.

Sherwin, I., Peron-Magnan, P., Bancaud, J., Bonis, A., ve Talairach, J. (1982). Prevalance of psychosis in epilepsy as a function of the epileptogenic lesion. *Archive of Neurology*, 39(10), 621-625.

Silbermann, E.K., Susman, N., Skillings, G., ve Callanan, M. (1994). Aura phenomena and psychopatology: A pilot investigation. *Epilepsia*, 35, 778-784.

Songar, A. (1976). *Psikiyatri Açısından Ceza Ehliyeti*. Ankara: Ankara Barosu Konferansı.

Soysal, H. (2012). *Adli Psikiyatri*. Birlik Yayınları: İstanbul.

Stuss, D.T., ve Benson, D. (1984). Neuropsychological studies of the frontal lobes. *Psychological Bulletin*, 95, 3-28.

Torta, R., ve Keller, R. (1999). Behavioural, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: Etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia*, 40, 2-20.

Tumaç, A. (1997). Normal Deneklerde Frontal Hasarlara Duyarlı Bazı Testlerde Performansa Yaş ve Eğitimin Etkisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Tunaboğlu-İkiz, T., Atak, İ.E., Düşgör, B.P., ve Zabcı, N. (2009). *Rorschach Kodlama Kitabı*. İstanbul: Bağlam Yayınları.

Üge, M.B. (2015). Kişisel İletişim, Tez Danışmanlığı İçerisinde. İstanbul.

Üge, M.B. (2014). *Yayımlanmamış Rorschach Seminer Notları*. İstanbul: T.C.İstanbul Bilim Üniversitesi.

Victorof, J.I., Benson, F., Grafton, S.T., Engel, J.R., ve Mazziotta, J.C. (1994). Depression in complex partial seizures: Electroencephalography and cerebral metabolic correlates. *Archives of Neurology*, 51, 155-163.

Victoroff, J. (1994). DSM-III-R psychiatric diagnosis in candidates for epilepsy surgery: Lifetime prevalence. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, 7, 87-97.

Wang, X.Q., Iang, S.Y., Hu, L.M., Mao, Y.L., ve Yang, F. (2007). Executive function impairment in patients with temporal lobe epilepsy: Neuropsychological and diffusion-tensor imaging study. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 87, 3183-3187.

Welsh, M.C., ve Pennington, B.F.(1988). Assessing frontal lobe functioning in children: Views from developmental psychology. *Developmental Neuropsychology*, 4, 199-230.

Welsh, M.C., Pennington, B.F., ve Groisser, D.B. (1991). A normative-developmental study of executive functions: A window on prefrontal function in children. *Developmental Neuropsychology*, 7(2), 132-149.

Yazıcı, E. (2010). *Epilepsi Hastalarında Kişilik Özellikleri ve İlişkili Etmenler*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi.

Yolcu, Ş., Canbek, Ö., İncesu C., ve Uygur N. (1999). Epilepsi, suç ve ceza ehliyeti. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 12, 34-40.

EKLER

EK 1: Katılımcı Bilgilendirme ve Onay Formu

KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Bu araştırma T.C. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Uygulamalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Alev KIZIL tarafından, Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bayhan ÜGE'nin danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırma uygulaması için, T.C.Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik olarak uygunluğu hakkında onay alınmıştır.

Araştırmanın amacı, epilepsi hastaları ile sağlıklı yetişkinlerin bilişsel süreçleri, afektif süreçleri ve sosyal çevreyle ilişkilerinin yönetici işlev becerilerine göre incelemektir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Uygulamanın hangi aşamasında olursa olsun, katılımcıların çalışmayı yarıda bırakma özgürlüğü vardır.

Katılımcılardan kimlik bilgileri istenmeyecek olup, elde edilen bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Katılımcının ortalama 1 saat sürecek farklı psikolojik testlere katılımı gerekmektedir. Araştırmaya katılmayı onaylıyorsanız lütfen işaretleyiniz.

() Evet, kabul ediyorum.

() Hayır, kabul etmiyorum.

EK 2: Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ FORMU

1. Yaş :
2. Cinsiyet : *Kadın *Erkek
3. Eğitim :
4. El tercihi : *Sağ *Sol
-

5. İlk nöbet yaşı:

6. Epilepsi ve nöbet tipi :

7. Nöbet sıklığı : * < 15 gün * Ayda bir * Üç ayda bir * Yılda bir * Yılda birden az

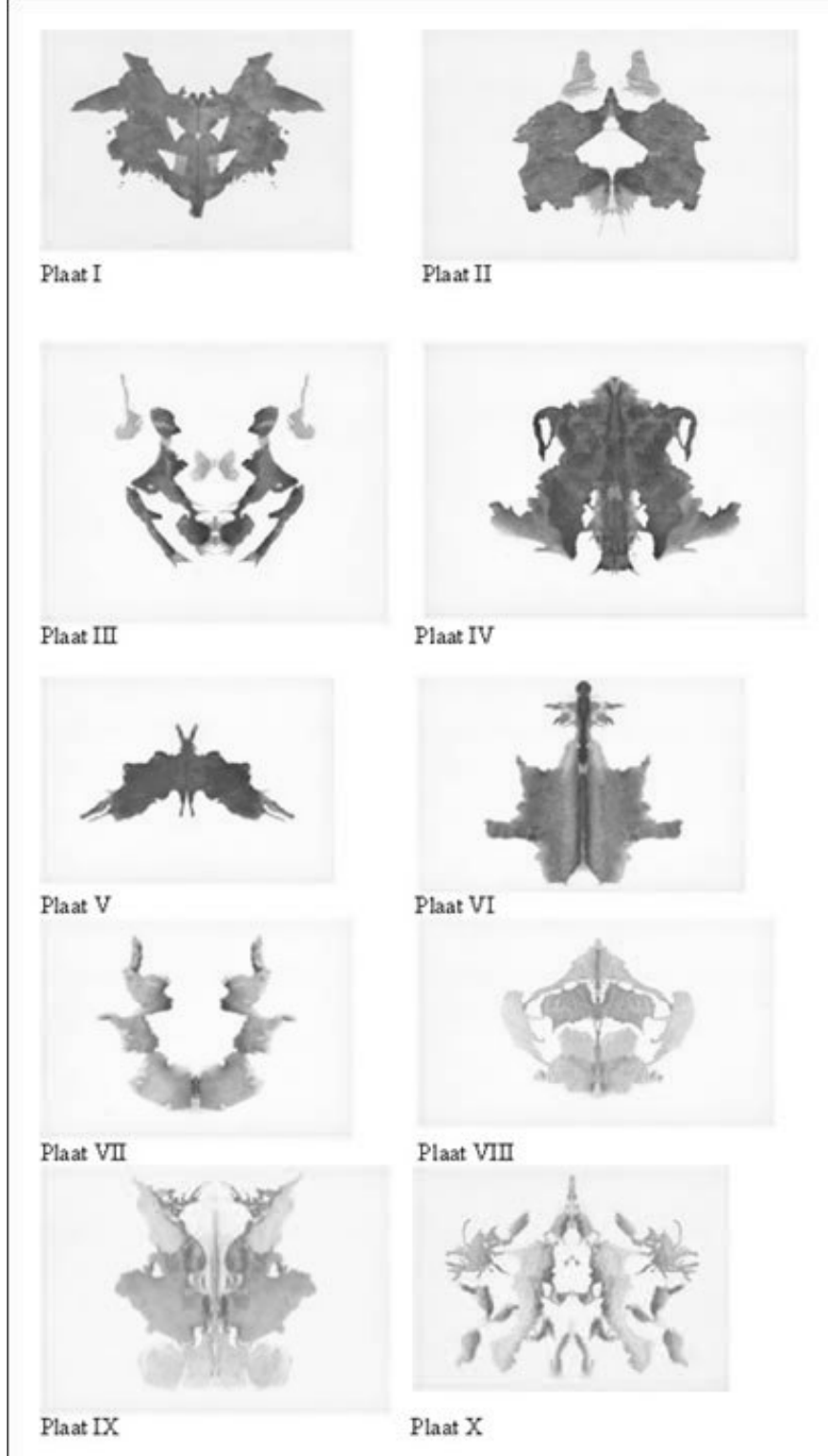
8. Hastalık süresi:

9. İlaç kullanımı: *Yok *Var: _____

10. Ek bir psikiyatrik tedavi: *Yok *Var: _____

EK 3: Rorschach Testi (Renksiz-Toplu Görünümde)

RORSCHACH TESTİ



EK 4: Stroop TBAG Formu

STROOP TBAG FORMU (1.kart)

mavi sarı kırmızı yeşil
yeşil mavi sarı kırmızı
yeşil kırmızı mavi sarı
kırmızı yeşil sarı mavi
sarı kırmızı yeşil mavi
kırmızı mavi sarı yeşil

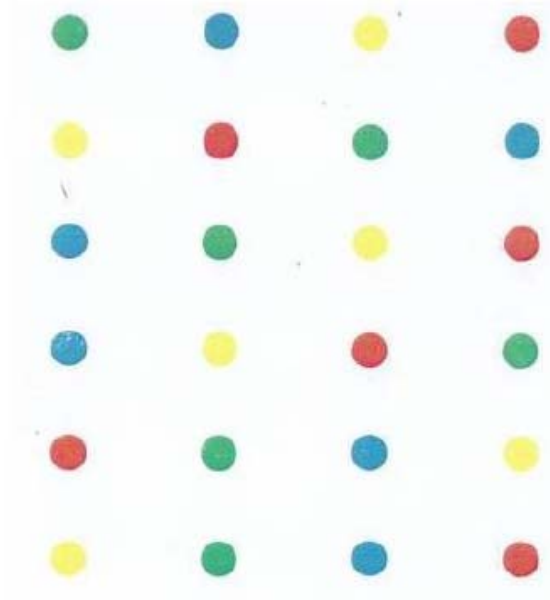
EK 4: Stroop TBAG Formu (devam)

STROOP TBAG FORMU (2. ve 5. Ortak Kart)



EK 4: Stroop TBAG Formu (devam)

STROOP TBAG FORMU (3.kart)



EK 4: Stroop TBAG Formu (devam)

STROOP TBAG FORMU (4.kart)

kadar	zayıf	ise	orta
orta	kadar	zayıf	ise
orta	ise	kadar	zayıf
ise	orta	zayıf	kadar
zayıf	ise	orta	kadar
ise	kadar	zayıf	orta

EK 5: Stroop TBAG Kayıt Formu

STROOP-TBAG FORMU KAYIT FORMU

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :/...../.....

Yaşı :

Cinsiyeti :

Eğitim Düzeyi :

Uygulayıcının

Adı Soyadı

Uygulama Tarihi

Uygulama Yeri

:

:/...../.....

:

Bölüm I: Siyah Basılmış Renk İsmi Okuma				Bölüm II: Renkli Basılmış Renk İsmi Okuma			
M	S	K	Y	M	S	K	Y
Y	M	S	K	Y	M	S	K
Y	K	M	S	Y	K	M	S
K	Y	S	M	K	Y	S	M
S	K	Y	M	S	K	Y	M
K	M	S	Y	K	M	S	Y
Bölüm III: Şekil Rengi Söyleme				Bölüm IV: Renk İsmi Olmayan Kelime Rengi Söyleme			
Y	M	S	K	Y	M	S	K
S	K	Y	M	S	K	Y	M
M	Y	S	K	M	Y	S	K
M	S	K	Y	M	S	K	Y
K	Y	M	S	K	Y	M	S
S	Y	M	K	S	Y	M	K

	TOPLAM SÜRE	HATA SAYISI	DÜZELTME SAYISI
BÖLÜM I			
BÖLÜM II			
BÖLÜM III			
BÖLÜM IV			
BÖLÜM V			

Bölüm V: Renk İsmi Olan Kelime Rengi Söyleme			
Y	M	S	K
S	K	Y	M
M	Y	S	K
M	S	K	Y
K	Y	M	S
S	Y	M	K

EK 6: İz Sürme Testi

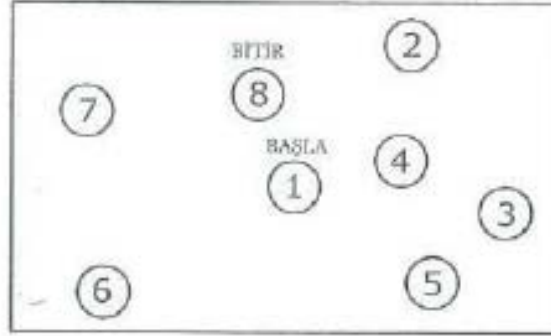
İZ SÜRME TESTİ A FORMU (ÖN SAYFA)

T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Nöroloji Anabilim Dalı
Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi

İZ SÜRME TESTİ

A FORMU

ALİŞTİRMA



EK 6: İz Sürme Testi (devam)

İZ SÜRME TESTİ A FORMU (ARKA SAYFA)



EK 6: İz Sürme Testi (devam)

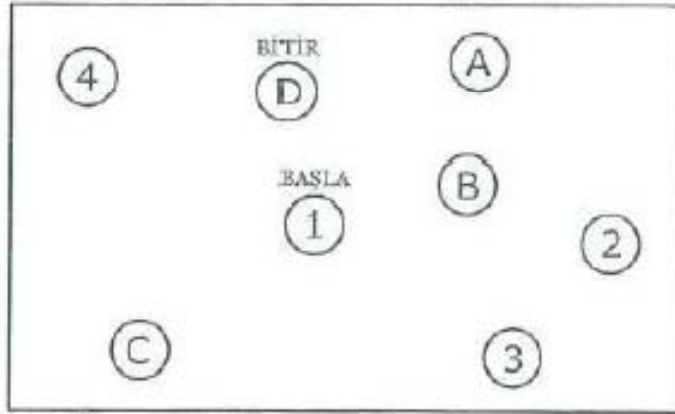
İZ SÜRME TESTİ B FORMU (ÖN SAYFA)

T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Nöroloji Anabilim Dalı
Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi

İZ SÜRME TESTİ

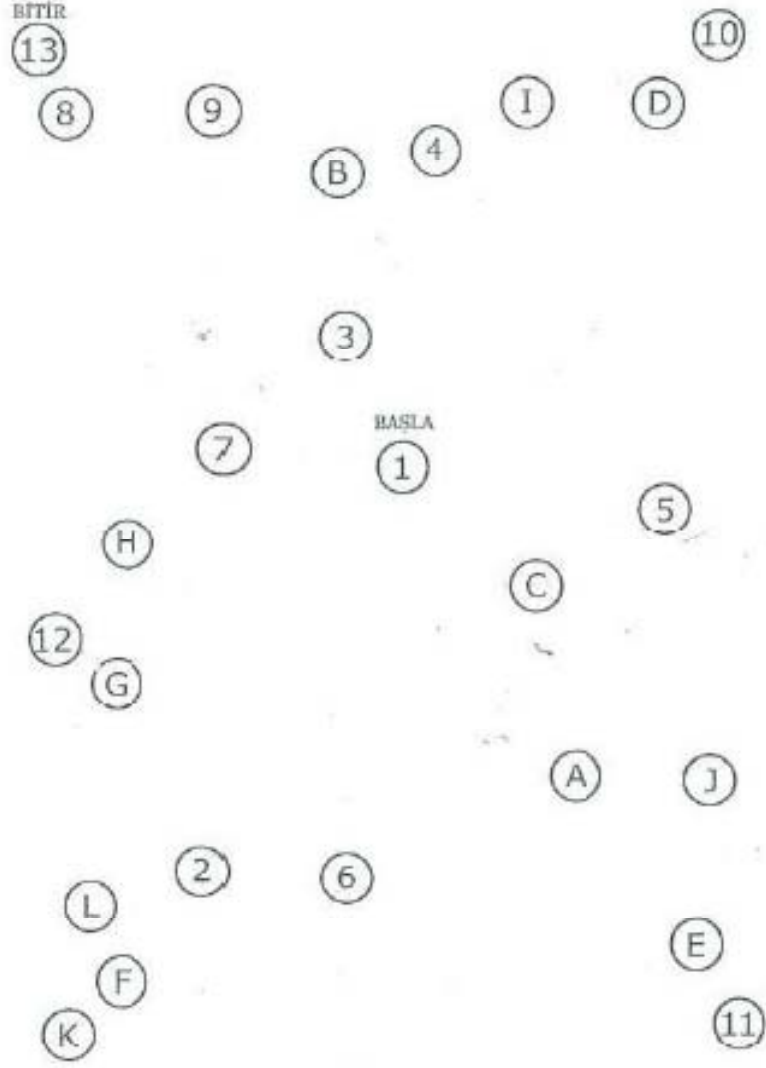
B FORMU

ALİŞTİRMA



EK 6: İz Sürme Testi (devam)

İZ SÜRME TESTİ B FORMU (ARKA SAYFA)



EK 7: Kategori (Hayvan) Akıcılık Testi Kayıt Formu

KATEGORİ (HAYVAN) AKICILIK TESTİ KAYIT FORMU

0-30''		
30-59''		
TEKRAR	TOPLAM	KATEGORİ DIŞI

EK 8: KAS Akıcılık Testi Kayıt Formu

KAS AKICILIK TESTİ KAYIT FORMU

SÜRE	K	A	S
0-30"			
30-59"			
TOPLAM SONUÇ	Tekrar Toplam Kategori Dışı Özel İsim	Tekrar Toplam Kategori Dışı Özel İsim	Tekrar Toplam Kategori Dışı Özel İsim

EK 9: Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 69
KONU:

18/105/2015

Sayın; Yrd.Doç.Dr.M. Bayhan ÜGE

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Alev KIZIL'ın "Epileptik Psiko-Sendromlu yetişkinlerde Bilişsel Süreçler, Ego Fonksiyonları, Afektif Süreçler ve Sosyal Uyumun Yönetici İşlev Düzeylerine Göre İncelenmesi" isimli araştırması kurulumuzun 04.05.2015 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

S. Kayalı
Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Kiel-Almanya’da doğmuştur. 2004 yılında Karamürsel Lisesi’nden (Kocaeli) mezun olup, ertesi yıl Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü’ne birincilikle yerleşmiştir. 2009-2010 yılları arasında Erasmus Değişim Öğrencisi olarak University of Copenhagen (Kopenhag/Danimarka)’da öğrenimine devam etmiştir. 2012 yılında, Temel Askerlik ve Subaylık Nosyonu Kazandırma Eğitimi’ni başarıyla tamamlayarak Deniz Kuvvetleri Komutanlığı’nda göreve başlamıştır. 2014 yılında, Deniz Lisesi öğrencileriyle danışmanlığını yaptığı “Psikolojik Dayanıklılık” adlı proje, TÜBİTAK Ortaöğretim Kurumları Bilimsel Proje Yarışmasında, İstanbul-Asya Bölge İkinciliğine değer görülmüştür. İngilizce bilen Alev KIZIL, bekarıdır.