

T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK TİP 1 HASTALARINDA BİLİŞSEL
ÇARPITMALAR

TEZİ YAZAN
Güneş ÖZYILDIZ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK (Çukurova Üniversitesi)
Jüri Üyesi: Doç. Dr. Murat KOÇ
Jüri Üyesi: Prof. Dr. Gülşah SEYDAOĞLU (Çukurova Üniversitesi)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERSİN / OCAK 2020

ONAY

T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

201710005 numaralı öğrencimiz olan **Güneş ÖZYILDIZ** tarafından hazırlanan **“REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK TİP 1 HASTALARINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALAR”** başlıklı bu tez çalışması jürimiz tarafından **oy birliği** ile **Psikoloji** Ana bilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Asil Üye-Üniv. Dışı - Tez Danışmanı - Jüri Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi **Soner ÇAKMAK**
 (Çukurova Üniversitesi)

Üniv. İçi. – 1. Yedek Jüri Üyesi: Doç. Dr. **Murat KOÇ**

Üniv. Dışı – 2. Yedek Jüri Üyesi: Prof. Dr. **Gülşah SEYDAOĞLU**
 (Çukurova Üniversitesi)

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylıyorum.



Doç. Dr. **Murat KOÇ**
 Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

NOT: Bu tezde kullanılan ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu' ndaki hükümlere tabidir.

İTHAF

Anneanneme ve Anneme...

ETİK BEYANI

Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

22/01/2020

Güneş ÖZYILDIZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince derslerini keyifle dinlediğim, her türlü desteğini benden esirgemeyen, sabırla bana yol gösteren, engin bilgilerinden meslek hayatım boyunca faydalanacağım tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK'a teşekkürü bir borç bilirim.

Verilerin analizlerinde ve istatistiksel konularda bana yol gösteren kıymetli hocam Öğr. Gör. Ufuk KOCATEPE AVCI'ya,

Bana yol göstermek için büyük uğraşlar veren saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a, Prof. Dr. Şükrü UĞUZ'a, Doç. Dr. Binnaz KIRAN'a, Prof. Dr. Gülşah SEYDAOĞLU'na ve Doç. Dr. Murat KOÇ'a,

Her an yanımda olan ve her anlamda desteğini gördüğüm çocukluk arkadaşım Merve Gözdenur DEMİRBEK'e,

Beni bugünüme getiren, her an yanımda olan annem Dilek ÖZKURT'a, her zaman başaracağıma inanan, beni sonuna kadar destekleyen ağabeyim Bulut ÖZYILDIZ'a ve benim için hiç büyümeyecek olan canım kardeşim Ceyso YAĞCI'ya,

Beni her an destekleyen, başaracağıma sonsuz inanan, sonsuz sevgileriyle beni destekleyen, hep yanımdaymış gibi hissettiren SERÇE ailesine,

Son olarak yüksek lisans eğitimim boyunca tüm kaygılarımda bana destek olan, her anımda yardımcı olan, sayesinde kocaman bir aileye sahip olduğum, desteğiyle güç kazandığım süper kahramanım Reha SERÇE'ye teşekkürlerimi sunarım.

Hepiniz iyi ki varsınız...

22/01/2020

Güneş ÖZYILDIZ

ÖZET

REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK TİP 1 HASTALARINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALAR

Güneş ÖZYILDIZ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK

Ocak 2020, 92 Sayfa

Bu araştırmanın amacı, Bipolar Bozukluk (BPB) tip 1 tanısı almış olan hastalarda hastalığın remisyon döneminde bilişsel çarpıtma düzeylerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırarak incelemektir. Ayrıca BPB tip 1 hastalarında remisyon döneminde bilişsel çarpıtma düzeylerinin cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durum değişkenleri ile ilişkisi de değerlendirilmiştir.

Yasal izinleri alınmış olan, araştırmanın evrenini; Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Bipolar Biriminde ayaktan izlenen 18 yaş üstü, remisyon dönemindeki BPB tip 1 hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü toplam 61 kişi çalışma örneklemini oluşturmaktadır. Cinsiyet ve yaş açısından eşleştirilmiş ve BPB tanısı almamış olan 51 kişi ise sağlıklı kontrol grubunu oluşturmuştur.

Yapılan araştırmanın modeli, olgu-kontrol araştırma modelidir. Araştırmada veri toplama araçları olarak Sosyodemografi Bilgi Formu ve Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (BÇÖ) kullanılmıştır. Ayrıca hastaların Bipolar biriminde kayıtlı dosya bilgilerinden son iki yıllık atak geçmişleri taranmış ve bu süreçte en az bir atak geçirenler ile tam remisyonunda kalanlar belirlenmiştir.

DSM-5 kriterlerine göre remisyonunda bipolar bozukluk tanısı alan 61 BPB tip 1 hastanın bilişsel çarpıtma ölçeğinden aldığı puanlar 51 sağlıklı kontrol grubunun puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; remisyonunda bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda bilişsel çarpıtma düzeylerinin toplam puan ortalaması ($p=0,041$) ve başarı alan puanı ortalamaları ($p=0,039$) açısından sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, ancak sosyal alan puanlarında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ($p=0,107$) belirlenmiştir. Remisyonunda

BPB tip 1 hastalarının bilişsel çarpıtmalar ölçeğinden aldıkları puanlar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. BPB tip 1 hastalarında bilişsel çarpıtma düzeyleri puanlarında cinsiyet (toplam puan $p=0,484$; başarı alan puanı $p=0,512$; sosyal alan puanı $p=0,512$), yaş (toplam puan $p=0,576$; başarı alan puanı $p=0,758$; sosyal alan puanı $p=0,407$), eğitim düzeyi (toplam puan $p=0,967$; başarı alan puanı $p=0,833$; sosyal alan puanı $p=0,858$) ve medeni durum (toplam puan $p=0,107$; başarı alan puanı $p=0,224$; sosyal alan puanı $p=0,069$) değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık belirlenmezken, son iki yılda en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarda, remisyonunda kalan hastalara göre bilişsel çarpıtma düzeylerinde özellikle felaketleştirme ($p=0,016$), iki uçlu düşünme ($p=0,048$), kişiselleştirme ($p=0,044$) olmak üzere anlamlı yükseklik belirlenmiştir (toplam puan $p=0,027$; başarı alan puanı $p=0,033$; sosyal alan puanı $p=0,03$).

Bu çalışmanın sonuçları, BPB tip 1 hastalarda bilişsel çarpıtma düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu ancak hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve yaş gibi sosyodemografik değişkenleri ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Bilişsel çarpıtmaların iki yıldır remisyonunda olan hastalarda, son iki yılda atak geçiren hastalara oranla daha düşük olarak belirlenmesi ise bilişsel çarpıtmaların BPB tip 1 hastalarında atak gelişme riski ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar kelimeler: Bilişsel çarpıtmalar, bipolar, remisyon, biliş, atak

ABSTRACT**COGNITIVE DISTORTIONS IN PATIENTS WITH BIPOLAR I DISORDER IN REMISSION****Güneş ÖZYILDIZ****Master Thesis, Department of Psychology****Supervisor: Dr. Soner ÇAKMAK****January 2020, 92 pages**

This research aims to evaluate the cognitive distortions of patients diagnosed with bipolar 1 disorder (BD-I) in remission compared to healthy controls. In addition, the relationship between cognitive distortions and gender, age, educational level and marital status variables in BD-I patients was evaluated.

Having legal permissions, the research has been applied on the patients with bipolar disorder (BD-I) aged over 18 years who were followed up in an outpatient at Çukurova University Balcalı Hospital, Psychiatry Polyclinic, Bipolar Unit. Of these participants, the aged over 18 years who agreed to participate in the study, constituted the study sample for a total of 61 participants. A random sampling method was used to constitute healthy controls who have not BD-I, similar to gender and age, a total of 51 participants.

The research model is case-control study. Socio-demographic information form and Cognitive Distortions Scale (CDS) were used as data collection tools in this research. Furthermore, the last two year attack histories were scanned from the recorded information of patients who in Bipolar Unit, and patients who had at least one attack with patients who in complete remission were specified in this process.

According to the findings acquired in the research; cognitive distortions were higher in patients with bipolar 1 disorder (BD-I) in remission rather than healthy controls. The scores taken from cognitive distortions scale of 61 patients with bipolar disorder in remission according to DSM-5 criteria were compared with healthy controls. According to the findings; in patients with bipolar disorder in remission, cognitive distortions were significantly higher in the total score average ($p=0,041$) and achievement area score ($p=0,039$) than in healthy control group, but there was no

significant difference in social area scores ($p=0,107$). The scores obtained from the cognitive distortions scale of BD-I patients in remission were compared according to age, gender, education level and marital status characteristics. Gender (total score $p=0,484$; achievement area score $p=0,512$; social area score $p=0,512$), age (total score $p=0,576$; achievement area score $p=0,758$; social area score $p=0,407$), education level (total score $p=0,967$; achievement area score $p=0,833$; social area score $p=0,858$) and marital status (total score $p=0,107$; achievement area score $p=0,224$; social area score $p=0,069$), catastrophizing ($p=0,016$), bipolar thinking ($p=0,048$), personalization ($p=0,044$) which are cognitive distortions in BD-I patients who had at least one attack in the last two years (total score $p=0,027$; achievement area score $p=0,033$; social area score $p=0,03$).

The results of this study showed that cognitive distortions were higher in BD-I patients compared to healthy controls, but did not correlate with sociodemographic variables such as gender, marital status, education level and age. The fact that cognitive distortions were found to be lower in patients who had been in remission for two years compared to patients who had episodes in the last two years suggested that cognitive distortions might be associated with the risk of episode development in BD-I patients.

Keywords: Cognitive distortions, bipolar, remission, cognition, episode

ÖNSÖZ

Bipolar bozukluk (BPB) depresyon dönemleri ile hipomani ve mani dönemlerinin birbirini izlediği kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (Goodwin ve Jamison, 2007, s. 8). Bipolar bozukluk toplumda görülme sıklığı yaygın olan psikiyatrik bozukluklardan biridir. Bu nedenle, hastalığın araştırılması, tedavi sürecine katkı sağlayacağı düşünüldüğünden büyük önem taşımaktadır.

Beck'in bilişsel modeline göre tüm psikiyatrik rahatsızlıkların temelinde, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış veya işlevsel olmayan düşünceler yatmaktadır. Son zamanlarda klinik psikoloji alanında yapılan çalışmalarda davranışsal semptomların yanı sıra bilişsel semptomların üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çalışmada bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 hastalarında sağlıklı kontrol grubu katılımcılarına göre daha yaygın olduğu görülmüştür.

Araştırmanın, BPB tanısı alan kişilerde bilişsel işlevlerde gelişebilecek olası bozuklukların tespit edilmesiyle ilgili bilgi vermesi ve tedavi programlarının geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Bu çalışmada bipolar bozuklukta bilişsel çarpıtmaların değerlendirilmesine ve bipolar bozukluğun tedavisinde bilişsel terapi yöntemine dikkat çekeceği düşünülmektedir.

22/01/2020

Güneş ÖZYILDIZ

İÇİNDEKİLER

KAPAK	i
ONAY	ii
İTHAF	iii
ETİK BEYANI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
ÖNSÖZ	x
İÇİNDEKİLER	xi
KISALTMALAR	xiv
TABLolar LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvii
EKLER LİSTESİ	xviii

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Arka Planı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Problemi	2
1.4. Araştırmanın Önemi	2
1.5. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.6. Araştırmanın Sayıtları	3
1.7. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları	3
1.8. Tanımlar	4

BÖLÜM II

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Bipolar Bozukluk	5
2.1.1. Tanı Kriterleri	5
2.1.2. Tarihçe ve Güncel Sınıflandırma	7
2.1.3. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi	9
2.1.4. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi	9

2.1.4.1. Genetik Etkenler	9
2.1.4.2. Biyokimyasal Etkenler.....	10
2.1.4.3. Psikososyal Etkenler ve Psikodinamik Açıklamalar.....	10
2.1.5. Klinik Seyir, Prognoz ve İşlevsellik	11
2.2. Bilişsel Psikoloji	11
2.2.1. Bilişsel Psikolojinin Tanımı ve Tarihçesi.....	11
2.2.1.1. Beck'in Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli.....	11
2.2.1.2. Bilişsel Şemalar	14
2.2.1.3. Bilişsel Çarpıtmalar	14
2.2.1.4. Bilişsel Üçlü.....	17
2.2.1.5. Otomatik Düşünceler	17
2.2.1.6. Ara İnançlar	18
2.2.1.7. Temel İnançlar	18
2.3. BPB ve Bilişsel Çarpıtmalar	19

BÖLÜM III

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı.....	22
3.2. Araştırmanın Modeli	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4. Araştırmanın Yapılışı (Prosedür)	23
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Sosyodemografi Bilgi Formu	23
3.5.2. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (Düşünme Türleri Ölçeği).....	24
3.5.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)	24
3.5.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale).....	25
3.6. Verilerin Analizi	25

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

4.1. Olgu ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Değişkenlerinin Dağılımı.....	26
4.2. Gruplar Arası Farklar	27
4.2.1. Bilişsel Çarpıtmaların Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Farklılıkları .	27

4.3. Son İki Yıldır Remisyonda Olanlarla, Son İki Yılda En Az Bir Atak Geçiren BPB Tip 1 Hastaların Bilişsel Çarpıtmalar Açısından Farklılıkları	35
4.4. Remisyonda BPB Tip 1 Hastalarında Bilişsel Çarpıtmaların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılıkları	40
4.4.1. Bilişsel Çarpıtmaların Yaş Aralığına Göre Farklılıkları	40
4.4.2. Bilişsel Çarpıtmaların Eğitim Düzeyine Göre Farklılıkları	43
4.4.3. Bilişsel Çarpıtmaların Cinsiyete Göre Farklılıkları	46
4.4.4. Bilişsel Çarpıtmaların Medeni Duruma Göre Farklılıkları	49

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA VE YORUM

5.1. Olgu ve Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	53
5.2. Son İki Yıldır Remisyonda Olan BPB Tip 1 Hastalarla Son İki Yılda En Az Bir Atak Geçiren BPB Tip 1 Hastaların Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri Arasında Farklılıklar	56
5.3. Remisyonda BPB Tip 1 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	56

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	59
6.2. Öneriler	59

7. KAYNAKÇA

8. EKLER

9. ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

BÇÖ	: Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BPB I	: Bipolar Bozukluk I
BPB II	: Bipolar Bozukluk II
COMT	: Catechol-Omethyltransferase
CDS	: Cognitive Distortion Scale
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DDT	: Diyalektik Davranışçı Terapi
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
SPSS	: Statical Package For Social Sciences
YMDÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.	DSM-5’te Tanımlanan Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar.....	6
Tablo 2.	Bipolar Spektrum Hastalıkları Sınıflandırması.....	8
Tablo 3.	Olgu ve Kontrol Grubunda Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı	27
Tablo 4.	Zihin Okuma Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı	28
Tablo 5.	Felaketleştirme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı	28
Tablo 6.	İki Uçlu Düşünme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı.....	29
Tablo 7.	Duygudan Sonuca Ulaşma Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı	30
Tablo 8.	Etiketleme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı	30
Tablo 9.	Aşırı Genelleme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı	31
Tablo 10.	Kişiselleştirme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı	32
Tablo 11.	Zorunluluk İfadeleri Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı.....	33
Tablo 12.	Olumluyu Azımsama Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı.....	34
Tablo 13.	Bilişsel Çarpıtmaların Olgu ve Kontrol Grupları Arasında BÇÖ Toplam, Başarı Alanı ve Sosyal Alan Puan Dağılımı.....	35
Tablo 14.	BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Son İki Yıldır Remisyonda Olanlarla En Az Bir Atak Geçirenler Arasındaki Farklılıkları	38
Tablo 15.	Remisyonda BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Yaş Aralığına Göre Dağılımı	41
Tablo 16.	Remisyonda BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	44
Tablo 17.	Remisyonda BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Cinsiyete Göre Dağılımı	47

Tablo 18. Remisyonda BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Medeni Duruma Göre Dağılımı	51
---	----

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Bilişsel şemaları okuma örneği	19
Şekil 2. Kavramsal çerçeve	22

EKLER LİSTESİ

8.1. Etik Kurulu Onay Belgesi.....	67
8.2. Bilgilendirme ve Onam Formu	68
8.3. Sosyodemografi Bilgi Formu.....	69
8.4. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği.....	70
8.5. Çağ Üniversitesi İzin Belgesi	71
8.6. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Belgesi	72
8.7. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği Kullanım İzni	73



BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Arka Planı

Bipolar bozukluk (BPB) tekrarlayan depresyon, mani ya da hipomani dönemlerinin görüldüğü, düzenli takip ve sürekli tedaviye ihtiyaç duyulan, yaşam boyu süren, toplumun birçok kesimini etkileyen, sık görülen bir duygudurum bozukluğudur. Eskiden toplumda % 1 oranında görüldüğü düşünülen bu bozukluğun zamanla daha iyi tanınması, tanı ölçütlerinin yumuşatılması, yeni alt grupların tanımlanmasıyla yaygınlığının % 5,5'lere ulaşabildiğini öne süren çalışmalar mevcuttur (Angst, 1998).

BPB'de duygudurum epizodlarının önlenmesi için lityum, antikonvülzan ilaçlar ve atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Ancak hastalığın heterojen doğası tedaviyi zorlaştırmakta, kullanılan ilaçların etkinliğini düşürebilmektedir. BPB tip 1 halen neden olduğu; mesleki işlevsellik kayıpları, sosyal ve maddi kayıplar nedeniyle önemini korumaktadır (Sadock, 2007).

Literatür incelendiğinde, BPB ile ilgili birçok araştırma bulunmaktayken, BPB ve bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle araştırmanın daha önce benzerinin olmaması araştırmanın önemini artırmaktadır.

BPB'de bazı bilişsel belirtilerin olabileceği uzun süredir bilinse de, Kraepelin'ci görüşün etkisiyle BPB'de bilişsel belirtilerin hastalık dönemlerine özgü, manik ve depresif belirtilere ya da motivasyonla ilgili etkenlere ikincil olduğu düşünülmüyordu. Son yıllarda, bipolar bozuklukta remisyon döneminde de bilişsel bozukluğun sürdüğünü gösteren veriler hızla artmıştır (Cavanagh ve ark., 2002, Clark ve ark., 2002, Robinson ve ark., 2006). Ancak BPB'de saptanan bilişsel bulguların anlamı ve doğası yeterince bilinmemektedir.

“Bilişsel Çarpıtma” kavramı Beck (1976)'in bilişsel modelinde en çok üzerinde durduğu ve psikopatolojilerin oluşumuna neden olarak gördüğü kavramlardan birisidir. Köroğlu ve Türkçapar (2015 s. 102) bilişsel çarpıtma kavramını “bilgiyi işleme sürecindeki özgün yanlışlıklar ve eğilimler” olarak değerlendirmektedir. Bireylerin, bilişsel çarpıtmada kendisini olduğundan eksik görmeye ve değerlendirmeye yönelik yönelimleri bulunmaktadır. Bu durum bilişsel bozulmalar adı verilen hatalı varsayımlara ve yanlış düşüncelere yol açmaktadır. Duygusal zorluklar yaşayan insanlar

karakteristik olarak “mantıksal hata” yapma eğilimindedirler (Corey, 2009 s. 288). Ülkemizde akademik alanda bilişsel çarpıtmaların BPB tanısı almış olan hasta grupları üzerindeki etkilerinin incelendiği araştırmalara pek rastlanmamaktadır. Bu çalışmayla birlikte BPB tanısı almış kişilerde bilişsel çarpıtma düzeylerinin bu rahatsızlıklara özgü olan bilişsel işleyiş hakkında bizlere önemli bilgiler vereceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, remisyon döneminde BPB tip 1 hastalarında bilişsel çarpıtma düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Problemi

BPB, bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Hastalığın remisyon döneminde de rezidüel bilişsel ve duygusal belirtilerin kısmen devam ettiğine dair araştırma sonuçları bulunmaktadır. Bu çalışmada remisyon dönemindeki BPB tip 1 hastalarında bilişsel alanda değerlendirilen bilişsel çarpıtma düzeylerinde sağlıklı kontrol grubuna göre farklılık olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Birçok BPB hastasında yüksek nüks oranı ve rapor edilmiş rezidüel belirtiler, mevcut BPB tedavisinde bir boşluk olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen bulguların BPB’de özgün bilişsel çarpıtmaların neler olduğunun belirlenmesi ve hastalığın tedavisinde farmakoterapi ile birlikte kullanılması önerilen bilişsel davranışçı yaklaşımlara yol gösterici olması beklenmektedir. Çünkü hem araştırmacılar hem de klinisyenler için BPB tanılı hastalarda remisyon döneminde işlevsel olmayan bilişsel hataların bilinmesinin bu hastalarda tedavinin planlamasında ve hastalığın seyrinin anlaşılmasında fayda sağlayacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın, BPB tanısı alan kişilerde bilişsel işlevlerde gelişebilecek olası bozuklukların tespit edilmesiyle ilgili bilgi vermesi ve tedavi programlarının geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Bu araştırma ile elde edilecek olan sonuçların bipolar ve kognitif işlevlerin ele alındığı araştırmalar için de katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.5. Araştırmanın Hipotezleri

Konuya ilişkin kuramlar ve çalışmalar doğrultusunda araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

Temel Hipotez:

BPB tip 1 tanısı almış remisyonda olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında fark vardır.

Alt Hipotezler:

H1. Son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalar ile son iki yılda en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında fark vardır.

H2. BPB tip 1 tanısı almış remisyonda olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık vardır.

H3. BPB tip 1 tanısı almış remisyonda olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında yaş değişkenine göre anlamlı farklılık vardır.

H4. BPB tip 1 tanısı almış remisyonda olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık vardır.

H5. BPB tip 1 tanısı almış remisyonda olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık vardır.

1.6. Araştırmanın Sayıtları

- Yapılan araştırmada katılımcıların Sosyodemografi Bilgi Formunu ve Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeğini dürüstlükle cevapladıkları varsayılmıştır.
- Araştırmada uygulanan Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeğinin araştırmada belirlenen amaç ve alt amaçları ölçeceği varsayılmıştır.
- Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının toplanmak istenen veri için yeterli olduğu varsayılmıştır.
- Araştırma örnekleminin, evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

1.7. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini sadece Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Bölümüne başvuran remisyon dönemindeki BPB tip 1 hastaları ile sınırlıdır. Araştırmada toplanan veriler kişilerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Buna ek olarak, zaman kısıtlılıkları sebebiyle kesitsel çalışma yapılmıştır. Örnekleme dahil edilen

popülasyonun evreni temsil ettiği ve homojen olduğu varsayılmıştır. Buna bağlı olarak, elde edilen veriler toplanan örneklem ve zaman dilimi ile sınırlı kalmıştır. Hastaların bilişsel çarpıtmaları değerlendirilirken etkili olabilecek aldıkları tedavi (farmakoterapi) türü, tedaviye uyum düzeyi gibi değişkenler göz önünde bulundurulmamıştır.

1.8. Tanımlar

Biliş: Bilginin kazanılması ve kullanılması ile ilgili süreçlerin tümüyle ilgilidir. Algı, bellek, dil, betimleme, kavramlaştırma, değerlendirme veya yorumlama, problem çözme ve karar verme gibi düşünme ile ilişkili süreçler anlamını taşımaktadır (Charles G. Morris, 2002).

Bilişsel Çarpıtmalar: Bilişsel işleyişte sistematik ve tutarlı bir şekilde görülen olumsuz ön yargı kalıplarıdır (Beck, 1976).

Bipolar Bozukluk: Nörobiyolojik temelleri olan ve tekrarlayan ataklarla seyreden, işlevselliği önemli düzeyde etkileyen kronik bir ruhsal bozukluktur (Kara ve ark., 2013).

Remisyon: Bir hastalığın veya bozukluğun semptomlarında ya da bu durumun meydana geldiği dönemde olan azalmadır (VandenBos, 2007).

BÖLÜM II

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanı Kriterleri

Bipolar bozukluk yineleyen depresif, manik, hipomanik veya karma dönemler ile ilerleyen, bu dönemler arasında bireyin tamamen sağlıklı duygudurumuna geçebildiği, kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur. Bu bozukluk önemli boyutta işlevsellik kaybına yol açan, sosyal ve ekonomik kayıplar ile seyreden, sık görülen bir bozukluktur (Işık, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından toplumda işlev kaybına neden olan hastalıklar içerisinde altıncı sırada yer aldığı bildirilmiştir (Murray ve Lopez, 1996).

Güncel basılan sınıflandırma olan DSM-5'te "Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" depresif bozukluklardan ayrı yerde "Şizofreni Spektrumu ve diğer Psikotik Bozukluklar" ile "Depresif Bozukluklar" arasında yer almaktadır (DSM-5). DSM-5 BPB tanı kriterleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1.

DSM-5'te Tanımlanan Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

Bipolar I bozukluğu; Bipolar I tanısı koyabilmek için, bir mani dönemi için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde veya sonrasında hipomani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri bulunabilir.

Mani Dönemi

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

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

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

D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla ikiüçlü I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. İkiüçlü I bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013

BPB 1’de manik epizodlarla birlikte depresyon dönemleri görülür. BPB 2 tanısı koyabilmek için en az bir majör depresif epizod ve hipomani olması ve manik dönemin olmaması gerekir. Siklotimik Bozukluk tanısı için geçmişte majör depresif epizod tanısı olmaksızın en az 2 yıl süreyle major depresif ve manik dönemlerin olmamasına rağmen depresif ve hipomanik bulguların olması gerekmektedir.

2.1.2. Tarihçe ve Güncel Sınıflandırma

Tarihte insanın duygudurumunda öfke, coşku veya elem duygudurumu ile ilgili ilk yazılı kaynaklara eski Babil ve Hindu kaynaklarında rastlanmıştır (Göğüş ve ark., 2014). Günümüzde duygudurum bozuklukları hakkında bilinen “mani” ve “melankoli” tanımları Eski Yunan ve Roma tarihine aittir. Bu tanımlar ilk kez Hipokrat tarafından (M.Ö. 460-370) ortaya çıkmıştır. Hipokrat bireylerde saptadığı farklı duygudurumların (cesaret, aşk, şehvet, elem, keder, öfke, soğukkanlılık, uykusuzluk, sakinlik, mantık) değişik etmenler (toprak, hava, ateş, su), vücut sıvıları (kara safra, kan, sarı safra, balgam), mevsimler (sonbahar, ilkbahar, yaz, kış) ve gök cisimleri (Satürn, Jüpiter, güneş, ay ve mars) ile bir ilişkisi olduğunu öne sürmüştür (Göğüş ve ark., 2014). Mani ve melankoli duygudurumlarının arasındaki bağlantıyı ilk kez Aretaeus (M.S.150’lerde) ortaya çıkarmış ve melankolinin, maninin bir başlangıcı ve parçası olduğunu öne sürmüştür. Bozukluğun semptomlarını, gidiş ve sonlanışını ise detaylı olarak tanımlayan Kraepelin (1896) olmuştur. Kraepelin psikotik özellikli duygudurum bozuklukları, çekirdek belirtilerindeki benzerlikler, bozukluğa dair aile öyküsünün görülmesi, özellikle de hayat boyunca tekrarlayabilen alevlenme ve iyileşme dönemleriyle seyretmelerine rağmen belirgin bir yıkıma neden olmaması sebebiyle bu olgu grubunu “dementia precox”dan (günümüz şizofrenik bozukluklar) ayırarak farklı bir kategori altında değerlendirmiştir (Ruiz, 2000). Duygudurum bozukluklarında “tek uçlu” ve “iki uçlu” kavramları ise ilk kez Karl Kleist tarafından ortaya çıkmıştır; saf mani veya melankoliyi “tek uçlu” bozukluk başlığı altına alırken ikisinin birlikte seyrettiği bozukluğa “iki uçlu” demiştir (Holmes ve ark., 2009).

1930’lu yıllarda ise Bleuler, depresif ve manik semptomları “Affektif Bozukluklar” başlığı altında incelemiştir (Işık, 2003). 1980’de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı üçüncü baskısının (DSM-III) yürürlüğe girmesiyle beraber “affektif bozukluklar” tanımı kabul edilmiştir. 1994 yılında DSM-IV sınıflandırmasında; Bipolar-I, Bipolar-II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk olmak üzere dörde ayrılmıştır. Ayrıca hipomanik ve karma ataklar için

de ayrı ölçütler getirilmiştir (Işık, 2003). DSM-IV-TR’de; ‘Duygu-durum Bozuklukları’ başlığı altında tanımlanmıştır (DSM-IV).

Akiskal DSM’nin yetersiz olduğunu ve BPB’nin spektrum olarak incelenmesi gerektiğini ileri sürerek çeşitli alt tipler tanımlamıştır (Akiskal ve ark., 2000). Akiskal’ın sınıflama sistemlerinden farklı olarak öne sürdüğü bipolar spektrum sınıflandırması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2.

Bipolar Spektrum Hastalıkları Sınıflandırması

BPB ^{1/2}	:	Şizobipolar bozukluk
BPB I	:	Manik-depresif hastalık
BPB I ^{1/2}	:	Uzamış hipomanilerle birlikte depresyon
BPB II	:	Spontan hipomanik dönemler ve depresyon
BPB II ^{1/2}	:	Siklotimik mizaç zemininde depresyon
BPB III	:	Yineleyici depresyon ve antidepresan veya diğer tedavilerle ilişkili hipomani
BPB III ^{1/2}	:	Psikostimulan ve/veya alkol kullanımı ile ilişkili duygudurum dalgalanmaları
BPB IV	:	Hipertimik mizaç zemininde depresyon

Kaynak: Akiskal ve ark., 2000 (*Bipolar spektrum, Akiskal ve Pinto’den değiştirilerek alınmıştır*).

DSM-5’te ise duygudurum bozuklukları kısmı yerine ”Bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar” ile ”Depresif Bozukluklar” şeklinde iki ayrı bölüm bulunmaktadır (Köroğlu, 2014). Tüm bu ayırıcı tanı koyan çalışmalar ve tanımlamalar depresif bozukluk ve bipolar bozukluğun farklılığını ortaya koyma amacı taşımaktadır. Bunun yanı sıra, DSM-IV-TR’de karma epizod tanımlamasından söz edilirken DSM-5’te kaldırılmış, yerine “mani veya hipomani dönemi karma özellikler gösteren” ve “depresyon dönemi karma özellikler gösteren” ayırıcı tanıları getirilmiştir. Major depresyon dönemine eşlik eden karma özellikler saptandığında Bipolar 1 ve Bipolar 2 bozukluğun ilerleme ihtimalinin yüksek olduğu, sonuç olarak tedaviyi oluştururken ve tedaviden alınan yanıtı izlerken bu ayırıcı tanıların varlığına değinmenin klinik anlamda fayda sağlayacağı vurgulanmıştır.

2.1.3. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

Bipolar bozukluğun hayat boyu görülme yaygınlığı % 1 olarak bilinmektedir. Bu oran köken ve ırklara göre değişkenlik göstermemektedir (DSM-IV). BPB tip I için hayat boyu yaygınlık % 0,6; BPB tip II için % 0,4 olarak bildirilmiştir. “Bipolar spektrum” kavramı olarak ele alındığında bu oran %2,4’e yükselmektedir (Merikongas ve ark., 2011; Grande ve ark., 2016).

Bipolar bozukluğun ortalama başlama yaşı 30 olup, çocukluk çağından 50 yaşına kadar herhangi bir yaşta başlayabilmektedir. Bazı olgularda 50 yaş üstü başlangıcın olduğu da bilinmektedir. Bipolar bozukluk tip 1 tanısı konan olguların, %50’ den fazlasında belirtiler 15-25 yaş aralığında başlamaktadır (Merikongas ve ark., 2011, Baldessarini ve ark., 2012). Bipolar bozukluk tip 1, kadınlarda erkeklerden ortalama beş yıl daha geç başlamaktadır ve BPB tip 2 için, başlangıç yaşı BPB tip 1’den daha geçtir. Akrabalarında BPB öyküsü olan bireylerde bozukluk daha erken yaşlarda başlamaktadır (Goodwin ve Jamison, 2007).

BPB tip 1 olgularında yürütülen çalışmalar, erkek ve kadın cinsiyette aynı oranda görüldüğünü göstermektedir (Grande ve ark., 2016, Karamustafaoğlu, 2004). BPB tip 2 ise kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (Karamustafaoğlu, 2004). Öte yandan, bozukluğun doğal seyri her iki cinsiyette farklılık gösterebilmektedir. Erkek olgularda manik dönemler kadınlara göre daha sık gözlenir. Kadınlarda ise erkeklere göre depresif dönemlerin, disforik mani dönemlerinin, karma nöbetlerin ve hızlı döngülülüğün daha sık olduğu görülmektedir. Kadın BPB olgularında özkıyım girişimi daha sık görülmektedir. Yeme ve anksiyete bozukluklarının kadınlarda; alkol ve madde kullanım bozukluklarının ise erkeklerde BPB’ye daha sık eşlik ettiği belirtilmektedir (Azorin, 2013; Altshuler ve ark., 2010).

2.1.4. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi

2.1.4.1. Genetik Etkenler

Akraba, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında ebeveynlerden herhangi birinin bipolar bozukluk tanısına sahip olması durumunda, sahip olacakları çocuklarından birinde herhangi bir duygudurum bozukluğunun ortaya çıkma olasılığı % 25 olurken, her iki ebeveynin de bipolar bozukluk tanısına sahip olması durumunda bu olasılık % 50-75’e kadar yükselebilmektedir (Tsuchiya ve ark., 2004). Epidemiyolojik çalışmalarda, tanı almış olguların birinci derece akrabalarında BPB görülme oranının % 5-10, monozigot ikizlerde eş tanı oranının % 40-70 olduğu bilinmektedir (McGuffin ve

ark., 2003, Kressepa ve ark., 2004). Monozigot ikizlerde eş tanı oranının % 100 olmaması gen çevre etkileşiminin önemine dikkat çekmektedir.

Son dönemde BPB etiyolojisinde epigenetik faktörlerin rolü üzerine çalışılmaya başlanmıştır (Machado-Vieira ve ark., 2011). Bipolar bozukluk ve şizofrenide COMT (Catechol-O-methyltransferase) geni metilasyonunda azalma olduğu görülmüştür (Abdolmaleky ve ark., 2006). Monozigot ikizlerden sadece birinin etkilendiği araştırmalarda belirli bölgelerde DNA metilasyonunda farklılık olduğu tespit edilmiştir (Dempster ve ark., 2011, Munkholm ve ark., 2012). Araştırmalar bipolar bozukluğun her döneminde farklı gen ekspresyonunun olduğunu göstermektedir (Munkholm ve ark., 2012).

BPB’de yer alan aday genler kapsamlı olarak araştırılmıştır ancak tek bir gen tanımlanamamıştır (Craddock ve ark., 2013). Genetik yatkınlık, tek bir genden değil birçok genin etkileşimiyle doğru orantılı görünmektedir (Finn ve ark., 2006, Nurnberger ve ark., 2014).

2.1.4.2. Biyokimyasal Etkenler

Bipolar Bozuklukta şimdiye kadar biyokimyasal sebeplerin araştırılmasında özellikle monoaminerjik sistem, bunların içinde de serotonin, noradrenalin ve daha az oranda da dopamin üzerinde durulmuştur (Yeloğlu ve Hoccoğlu, 2017). Nöroleptiklerin, antidepresif ilaçların ve ardından lityumun devreye girmesi; bu hastalıklarda birçok biyokimyasal kuramın öne sürülmesine neden olmuştur (Işık,1991). Biyokimyasal çalışmalar biyokimyasal dengede bozuklukların olmasının ve bu bozukluğun tedavisinde ilaçların önemli olduğunun keşfedilmesinin ardından daha çok değer kazanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.1.4.3. Psikososyal Etkenler ve Psikodinamik Açıklamalar

Duygudurum bozuklarının ortaya çıkmasında ve devam etmesinde ekonomik sorunlar, aile sorunları, iş kayıpları, beden sağlığının yitilmesi gibi birçok psikososyal faktör önemli rol oynamaktadır. Fakat psikososyal faktörler hastalığın ortaya çıkmasında etkili olsa da, psikososyal stresörlere duyarlılık gelişir ve daha sonraki dönemlerde böyle bir faktörün etkisinin azaldığı gözlenir. Bu durum duyarlılaşma modelinin temelini oluşturur (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.1.5. Klinik Seyir, Prognoz ve İşlevsellik

BPB; önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye sebep olan, manik, hipomanik, depresif ataklar ve bunlar arasında bireyin oldukça sağlıklı duygudurum haline (ötimi) geçiş yapabildiği, kronik seyirli ve yaşam boyu süren bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Semptomatoloji ve hastalık seyri çoğunlukla heterojendir.

Hastalığın manik döneminde ani kararlar alarak lüzumsuz yere işten ayrılma, iş değiştirme, lüzumsuz alışveriş yapma, anlamsız yatırımlara girişme, alım satımlar yapma, düşüncesizce evlilik yapma/boşanma, gelişigüzel ilişkilere girme, alkol/madde ya da ilaç kötüye kullanımı, aşırı harcamalar yapma, adli olaylara sebep olma vb. olumsuz sonuçlar doğurabilecek olaylar görülebilir. Depresif dönemlerde de aile yaşamı, sosyal yaşam, hobiler ve iş yaşamı bozulabilir. Suçluluk duygularıyla alakalı olarak işini bırakma/işini kapatma, emekli olma, eşinden ayrılmaya kalkma ve intihar vb. olumsuz sonuçlar görülebilir (Işık, 2013).

Dönemlerin süresi bir iki ay sürebileceği gibi bir yıldan uzun da sürebilir. Depresif dönemler genellikle manik dönemlerden daha uzun sürmektedir. Hastalığın uzunlamasına seyrinde görülen dönem sayısı hastalık süresi ve koruyucu tedaviye verilen yanıtla bağlıdır (Karamustafaoğlu, 2018).

2.2. Bilişsel Psikoloji

2.2.1. Bilişsel Psikolojinin Tanımı ve Tarihçesi

Bilişsel psikoloji en geniş tanımla; bilincin yapısını, nasıl çalıştığını ve bunun farklı durumları üzerinde araştırma yapan bir bilim dalıdır. Bilişsel psikolojinin öncülerinden biri olan Neisser, bilişsel psikolojiyi şöyle tanımlamıştır: Biliş terimi, “duyusal girdilerin dönüştürüldüğü, azaltıldığı, yeniden gözden geçirildiği, depolandığı ve kullanıldığı bütün süreçleri” anlatmaktadır. Bilişsel psikolojinin konu edindiği bilgi işleme aşamaları duyu, algı ve bilişten meydana gelir. Algı, duyu organlarıyla ulaşılan duyuların, kompleks psikolojik bir fonksiyon neticesinde bir araya gelerek, obje ve olaylar ile ilintili bilgi sahibi yapma etkinliğidir (Gürün, 1991).

2.2.1.1. Beck’in Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli

Bilişsel terapi, 1960’ların başında Pennsylvania Üniversitesinde Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir (Beck, 2001). Psikiyatri ihtisası sırasında psikanalize yönelen ve 1956 yılında psikanalist olan Beck, psikiyatrik kuramın varsayımlarının geçerliliğini depresyon üzerinde yapmış olduğu çalışmalarla incelemiş ve 1960’lı yıllarda davranışçı

kuramın deneysel altyapısı olmamasından ötürü psikoanalizi eleştirmiştir. Psikanalitik varsayımları depresif hastaların rüyaları üzerinde uygulayan Beck, psikoanalize karşı deneysel bilimi tercih ederek bilişsel terapi yaklaşımını ortaya koymuştur (Dinç, 2012). Daha sonra ortaya koyduğu bilimsel gerçekler bilişsel davranışçı yaklaşım, bilişsel davranışçı terapi modeli gibi isimlerle anılmaya başlanmıştır.

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım, davranışçı ve bilişsel terapilerin temel ilkelerinin ortak bir noktada buluşmasıyla oluşan yeni bir yaklaşım olmuştur. Davranışçı terapinin bu yaklaşıma katkıları; öğrenmenin rolü, karmaşık davranışların yapı taşlarına ayrılarak incelenebileceği, küçük hedefler belirlenerek değiştirilebilmesi ve bu sürecin gözlenmesinin önemi; bilişsel terapinin katkıları ise, bireylerin kendi dışı vurumlarına önem vermesi, dilin önemi, benlik algıları ve bireylerin davranışları ile düşünce ve duyguları arasındaki karmaşık ilişkiyi açıklaması olarak gösterilmektedir (Bay, 2003).

Bilgiyi işleme modeline dayanan psikopatoloji ve psikoterapi teoremi olan bilişsel terapi, psikolojik problemlerde bilişsel işlevlerin önemini ve önceliğini vurgulamaktadır. Bilişsel işlev; bireyin kendisini, çevresini, yaşantıları ve geleceğiyle ilgili algısı, değerlendirmeleri, verdiği anlamlar, sahip olduğu inançlar, düşünceler ve tümünün ortaya çıkış şeklidir. Bilişsel kuram, bireyin yaşamış olduğu olayların kendisinden çok, başkaları tarafından bunların algılanma şekline önem verir (Alford ve Beck, 1997).

Bilişsel terapi, kısa süreli, şimdiki zaman odaklı, yapılandırılmış bir psikoterapi tarzına sahip olan bir terapidir. Hastanın terapistle ilk geldiği zamanlardaki sorunlar üzerinde durulup, işlevsel olmayan düşünce ve davranışları değiştirme odaklı çalışmalar yapılır (Beck ve ark., 1964).

Beck danışanları ile yaptığı seanslarda, danışanların otomatik düşüncelerinin olduğunu fark etmiştir. Bu bağlamda, anksiyete ve depresyon kavramlarını, bilişsel çarpıtmaları hedef alarak tekrar tanımlama çalışmalarına başlamış ve danışanlarının hatalı düşüncelerini düzeltmeye yönelik sistemli uygulamalar yapmasına neden olmuştur. Freud'un garip davranışların özünde sadece bilinç dışı dürtülerin olduğunu varsayarak, düşüncedeki çarpıtmalara önem vermediğini savunmuştur. Bu şekilde, Beck Klasik Psikanalizden ayrılarak kendi kuramını ortaya çıkarmıştır.

Terapide, bireyin kendini nasıl hissettiği, kendini nasıl algıladığı, farklı davranışlar denemesi, günden güne pratik yapması ve yeni fikirlere açık olup onları uygulamaya koyması için kişiye aktif bir rol verir. Bireyin, yaşama, diğer insanlara ve kendisine ilişkin genel algılarını değiştirmesi için cesaretlendirilir. Bu terapide bireyin

iç görü kazanması, plan yapması ve kendi kendisinin terapisti olabilmesi en büyük hedeflerden biridir (Fennell, 1999).

Beck'e göre bilişsel terapi bir kişilik kuramı olduğu kadar, öğretilebilir, uygulanabilir ve test edilebilir bir grup stratejiyi, prensibi ve tekniği içeren bir psikopatoloji ve terapötik değişim kuramıdır (Beck, 1990).

Beck'in "Bilişsel Modeli" nin esasında;

- Duygular direkt olaylardan değil, olayların değerlendirmesini kapsayan fikirlerden doğar.
- İnançlar, tutumlar ve olayları işleme yöntemleri gibi geçmişten gelen bilişsel yapılar ve süreçler, değerlendirmeye bazı etkilerde bulunur.

Beck'in kuramının bazı sayılıları şunlardır:

- Yapısaldır: Her terapi görüşmesi hastanın ve terapistin kararlaştırdığı biçimde yapılandırılır.
- Aktiftir: Hem terapist hem de hasta aktif olarak terapi sürecine katılım gösterirler. İlişki önemlidir ve sıklıdır.
- Direktiftir: Terapist görüşmeyi yönetir.
- Esnektir: Tedavinin gelişimine göre hastanın ihtiyaçları göz önünde bulundurularak uygun teknik, yöntem ve ev ödevleri tercih edilmektedir.
- Kurama dayalıdır: Tedavi psikiyatrik bozuklukların bilişsel kuramına dayalıdır.
- Kısa, zaman sınırlıdır: Hastaların bağımsız başa çıkma yöntemleri geliştirmeleri hedeflenmektedir.
- Soruna yöneliktir: Odak sorunları sürdüren etkenleri ortaya çıkarmak ve yok etmektir.

Beck'in modelinde yoğun olumsuz duygulanımlarının (psikolojik rahatsızlıkların) meydana gelmesinde öncelikle bilişler sorumludur. Beck, yoğun olumsuz duygulanımın oluşmasına neden olan bilişsel yapıları, 'Bilişsel Üçlü' (Cognitive Triad), 'Bilişsel Şemalar' (Cognitive Schema) ve 'Bilişsel Hatalar' (Cognitive Errors) olarak üçe ayırmıştır.

Bilişsel modelde belirli kavramlar mevcuttur. Bunlar; temel inançlar, ara inançlar, otomatik düşünceler, bilişsel şemalar ve bilişsel çarpıtmalardır.

2.2.1.2. Bilişsel Şemalar

Bilişsel terapi kuramına bağlı kuramcılar, inançların erken çocukluk çağında başladığını ve kişinin yaşamı boyu gelişerek devamlılık gösterdiğine vurgu yapar. Erken çocukluk dönemindeki tecrübeler, bireyin kendisi ve çevresindekiler hakkında temel inançlarını yaratmaktadır. Bugün artık biliyoruz ki, erken çocukluk döneminde çevresinden sevgi ve ilgi gören çocuklar, birer yetişkin olduklarında kendilerini sevilen, yeterli ve değerli birer birey olarak görürler. Fakat bu durumun aksine, erken çocukluk döneminde olumsuz tecrübeler yaşayan çocuklar, yetişkinlik dönemlerinde, yetersizlik ve sevilmemeye şeklindeki olumsuz temel inançlar oluştururlar. Bu erken çocukluk dönemindeki tecrübeler, bireylerin inanç sistemlerini etkiler. Bu olumsuz inançlar, bireyin olumsuz bilişsel şemalar oluşturmalarının temelini oluşturmaktadır (Sharf, 2015).

Bilişsel kurama göre psikolojik rahatsızlıkları olan kişiler belli şemalara sahiptirler. Bu şemalar bazen işlevselliğini kaybedebilmektedir. İşlevsel olmayan şemalar çoğunlukla başlangıcı çocukluk dönemine dayanan, oldukça kalıcı özelliklerdir. Kişi ne yaparsa yapsın, kendisini iyi hissedebilmek için başkalarının onayının gerektiğine inanma, başarılı sayılabilmek için her alanda başarılı olmanın gerektiğine inanma ve hayatındaki her şeyin kontrol edilebileceğine inanma, sürekli bilişsel çarpıtmalarla desteklenen işlevsel olmayan bilişsel şemalardır. Bilişsel terapide, kişinin işlevsel olmayan şemaları üzerinde durulur (Savaşır ve Batur, 2003).

Bilişsel şemalar, bilişsel terapide büyük önem taşımaktadır. Şemaların başlangıcı olarak çocukluk çağına vurgu yapılmaktadır. Bilişsel şemalar, yaşam boyu gelişmekte, oldukça kalıcılık göstermekte ve yaşam boyunca sürekli bilişsel çarpıtmalar ile birbirini desteklemektedir.

2.2.1.3. Bilişsel Çarpıtmalar

Bilişsel yaklaşıma göre bilişsel çarpıtmalar, kişinin duyguları ve duygularıyla bağlantılı davranışsal ve fizyolojik tepkilerine etki eden, herhangi bir durum değil, kişinin o durumla ilgili yaptığı yorumlar şeklindedir (Beck, 2001).

Bilişsel çarpıtmalar çoğu insanda görülebilme olasılığına sahip ve ruhsal rahatsızlıklarda veya kişilik bozukluğu olan kişilerde daha sık bir şekilde ve sistematik bir biçimde ortaya çıkmaktadırlar. Kişinin yaşam olayının etkileri kendi adına öznel

ve kişinin bunu algılayış şekli, başa çıkma tutumlarıyla yakından ilişkilidir. Kişinin olayı tanımlamasını ve değerlendirmesini, ona olumlu ya da olumsuz bir değer yüklemesini bilişsel etkenler sağlamaktadır.

İnsanlar, bir olayla ilgili bir veya daha fazla bilişsel çarpıtma kullanabilmektedirler. Bilişsel çarpıtmalar, otomatik ve hızlı bir şekilde zihinde oluşmakta, bu yüzden çoğu zaman kişi bunları fark edememektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2011). Çarpıtma eğilimi, tüm insanlarda bulunmaktadır. Bu çarpıtmaların aşırı olduğu durumlarda kişi, gerçeklikten koparak, psikopatolojik semptomlar göstermektedir (Beck, 1976, aktaran Beck ve ark., 1979).

Beck, John Rush, Shaw ve Emery'e (1979) göre depresyonda olan kişiler, karakteristik olarak yedi bilişsel çarpıtmaya sahiptir. Burns (1980) ise bu yedi maddeden oluşan listeye üç madde daha eklemiş ve on bilişsel çarpıtma olduğunu savunmuştur (aktaran Burns, 2014).

Bilişsel çarpıtmalarla ilgili düşünce tarzları aşağıda açıklanmıştır (Beck, 2001):

- i. **Keyfi Çıkarsama:** Somut kanıtlar olmadığı halde veya tersine kanıtlar olduğu halde bulunduğu durumdan bazı sonuçlar çıkarmadır. Örneğin, öğretmeni tarafından çağrılarak ders konusunda bilgi verilen bir öğrencinin “beni başarısız bulduğu için benimle konuşuyor” diyerek düşünmesi bu tür bir düşünme hatasına örnektir.
- ii. **Zihinsel Filtreleme:** Belirli bir durumun genelini yok sayarak kişinin keyfi olarak belirlediği bir detayı ön plana çıkartıp, tüm durumu bu ayrıntı ile tanımlamaktır. Örneğin, tahlil sonuçları iyi olan bir kişinin bir vitaminin eksik çıkması sonucunda hasta olduğunu düşünmesi ve buna inanması bu tür düşünce hatasına bir örnektir.
- iii. **Kişiselleştirme:** Kişinin, kendi ile bir ilgisi olmadığı halde, kendi dışında gelişen olayları kendisiyle ilişkili görmesi ve olayın olumsuz taraflarından kendisini sorumlu hissetmesidir. Örneğin, bir toplantıya birisi gelemediğinde “ben varım diye gelmedi” diye düşünmesi gibi.
- iv. **Siyah Beyaz veya İkili Düşünme:** Her türlü olayın ve yaşantının iki uç bağlamında yorumlanmasıdır. Bir olay ya olmuştur ya da olmamıştır. Örneğin, kişinin söylediği bir sözü eleştiren arkadaşı için “beni eleştirdiğine göre beni sevmiyor” diye düşünmesi gibi.

- v. Küçümseme veya Büyütme: Bir durum ya da olayı olduğundan daha büyük veya olduğundan daha küçük görmedir. Örneğin, kişi yaptığı önemli işleri küçümserken, hatalı davranışlarını büyütür. Çok iyi bir not alan, iyi bir derece ile sınıf birincisi olan bir kişinin “bunu herkes yapabilir, benim yaptığım sıradan bir iş” diyerek düşünmesi bu duruma bir örnektir.
- vi. Zihin Okuma: Aslını bilmeden, araştırmadan karşısındaki kişinin ne düşündüğünü bildiğine inanmaktır. Telefon aramanıza dönüş yapamamış arkadaşınız için “benden nefret ediyor” şeklinde düşünmek bu tarz bir düşünce hatasına örnektir.
- vii. Aşırı Genelleme: Bireyin bir veya birkaç olaya bağlı olarak tüm olayları veya durumları kapsayan sonuçlar çıkarmasıdır. Örneğin, babası tarafından terk edilen birisinin herkes tarafından istenmediği, sevilmediği sonucuna varması aşırı genellemeye örnek bir düşünce tarzıdır.
- viii. Olumluyu Yok Sayma: Kişinin olayların olumlu tarafını bilinçli bir şekilde görmemesidir. Örneğin, iyi bir dereceyle mezun olan bir öğrencinin “İyi bir dereceyle mezun oldum ama tamamen şans!” demesi.
- ix. Etiketleme: Kişinin elindeki olumlu kanıtlara rağmen, kendisine ve diğer insanlar karşı genelleyici ve yargılayıcı etiketler yapıştırmasıdır. Örneğin, çocuğu ders çalışmayan bir ebeveynin çocuğunu ders çalışmıyor diye değerlendirmek yerine “çocuğum çok tembel” diye değerlendirmesi bu tarz düşünceye bir örnektir.
- x. Felaketleştirme: Diğer muhtemel sonuçları hesaba katmadan geleceği hep olumsuz olarak görmektir. Küçük bir olaydan yola çıkarak, olayı diğer seçenekleri ile yeterince değerlendirmeden olayın tamamını olumsuz olarak değerlendirmektir. Örneğin, “çok hastayım, öleceğim”, “heyecandan bayılacağım, tek kelime konuşamayacağım” gibi.
- xi. Duygudan Sonuca Ulaşma: Durumun tam tersine kanıtlar olmasına rağmen, kişi bunları yok sayarak, sadece öyle hissettiği için bir şeyin doğru olduğuna inanır. Örneğin, “bazı şeyleri yaptım, ama ben başarısızın teki olduğumu hissediyorum” gibi.
- xii. “Meli-Malı” İfadeleri: Kişinin kendisinin veya başkalarının nasıl davranması gerektiği konusunda kesin fikirlerinin olması ve bunların gerçekleşmemesi durumunda olası sonuçları abartmasıdır. “Arkadaşımın beni hep sevmesi için onunla kütüphaneye gitmeliyim” tarzı bir düşünce bu düşünce hatasına bir örnektir.

Bireyin otomatik düşüncesinde birden çok bilişsel çarpıtma olabilmektedir. Örneğin, yolda yürürken sizi görmeyen arkadaşınız için “Beni hiç sevmiyor, beni görmezden geldi” diye düşündüğümüz zaman kişiselleştirme, zihin okuma ve keyfi çıkarsama yapmış oluruz. Bilişsel çarpıtmalar belirli ölçülerde tüm kişilerde görülmekle birlikte psikolojik rahatsızlığı ve kişilik bozukluğu olan kişilerde daha sık ve sistematik olarak görülmektedir (Türkçapar, 2012).

2.2.1.4. Bilişsel Üçlü

Beck'in bilişsel terapi modeli, kişilerin bilişsel süreçlerinin duygusal problemlere sebep olduğu düşüncesini savunmaktadır. Bilişsel üçlü, kişinin bilişsel süreçlerinin oluşmasında ve olayları algılayış şeklinde etkili olmakla beraber, kişinin kendisi, geleceği ve yaşantıları hakkında birtakım düşünce örüntülerinden oluşmaktadır (Savaşır, Soygüt ve Barışkan, 2009). Üç aşamada gerçekleşen bilişsel üçlünün birinci aşamasında, kişi kendisini yetersiz, değersiz ve beceriksiz biri olarak görmektedir, ikinci aşamada ise yaşantılarını olumsuz olarak değerlendirmektedir. Kişi son aşamada ise geleceğe yönelik olumsuz beklentiler oluşturur (Sarı, 2012).

2.2.1.5. Otomatik Düşünceler

Beck (2011/2015), bireylerin geçmiş deneyimlerindeki herhangi olumsuz bir olayın hemen öncesinde düşündüğü son derece hızlı gelişen ve otomatik olarak oluşan düşünceleri ‘otomatik düşünceler’ olarak tanımlamıştır. Otomatik düşüncelerin belirlenmesi, duygusal bozuklukların yapı taşı hakkında bilgi vermektedir. Kişiler, kendilerini izlerler, varsayımlarda bulunurlar ve değerlendirerek genellemeler yaparlar. Fakat dışardan bu duruma yönelik yoğunlaşma ve rapor etme istenmedikçe, otomatik düşüncelerin tam olarak bilincinde olunmaz. Bu düşünceler genellikle kısa ve özdür, kendiliğinden oluşur ve insanlar tarafından üzerinde çok fazla değerlendirme yapılmaksızın geliştirilir. Otomatik düşünceleri açığa çıkarmak adına terapist tarafından genellikle ‘O anda aklından tam olarak ne geçiyordu?’ sorusu sorulur. Parkta oturan bekar bir adamın, insanları gözlemlemesi ve ‘Asla onlar gibi mutlu olamayacağım’ şeklinde bir otomatik düşünce geliştirmesi bu duruma bir örnek olarak gösterilebilir (Beck, 2011/2015; Beck, 1976/2015).

Kişinin farkında olmadığı bu tarz düşünceler, daha kalıcı olan inançları ile ilgilidir. Bu inançlar iki kategoriye ayrılmaktadır:

- i. **Ara inançlar:** Kişinin kendisi, diğerleri ve bireysel yaşantısı ile ilgili kural, tutum ve varsayımlarıdır.
- ii. **Temel inançlar:** Kişinin kendisine ve diğerlerine yönelik genel ve katı değerlendirmeleri, yargılarıdır (Beck, 2006).

2.2.1.6. Ara İnançlar

Ara inançlar, kişinin herhangi bir durumu nasıl algıladığını etkileyen kişinin kendisi, diğerleri ve kişinin yaşantısı ile ilgili kural, tutum ve varsayımlarıdır. Bu algılar düşünceleri, hisleri ve davranışları etkileyip, belirlemektedir. Otomatik düşünceler kadar açık olmasalar da, ara inançlar temel inançlara kıyasla daha kolay değiştirilebilirler. Ara inançları tespit edebilmek için, bir varsayım cümlesinin devamını tamamlama, bir kural ya da tutumunu doğrudan sorma ya da aşağı doğru ok tekniklerinden yararlanılabilir (Beck, 2001).

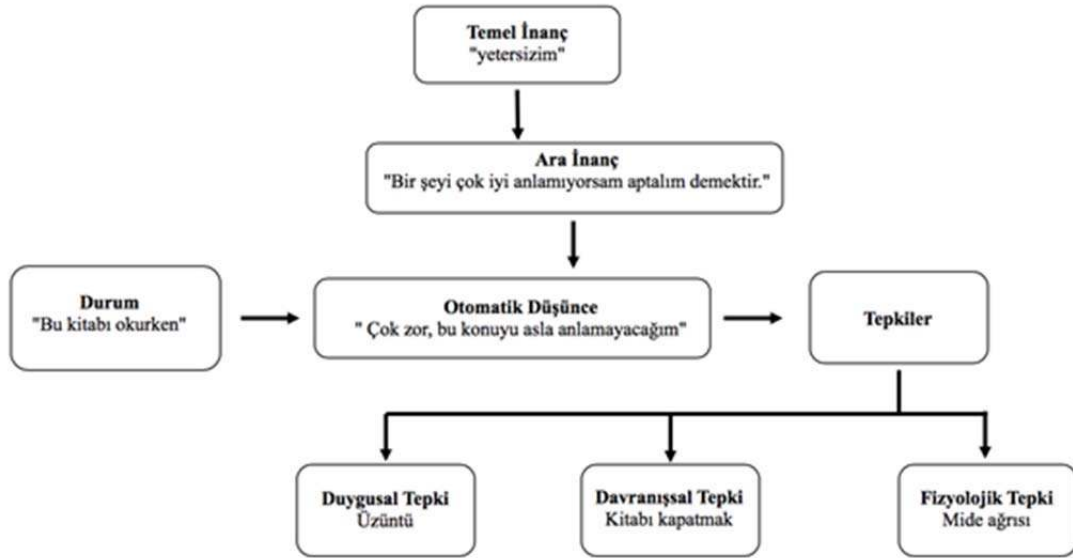
Ara inançlar; genel anlamda oturmuş davranışlar, düzenler ve algılamalardan ortaya çıkan ve gelişen temel inançlar yoluyla belirlenen düşüncelerdir. Bu düşünceler, bireyin herhangi bir hali ve olayı nasıl algıladığını belirlemektedir. Bu algılar vasıtasıyla fikirler, duygulara ve tutumlara ışık tutmaktadır (Beck, 2001).

Ara inançlar, otomatik düşünceler kadar çabuk olmasalar da, temel inançlara kıyasla daha kolay değiştirilebilirler. Bilişsel terapist için önemli olan işlevsel olmayan bu inançların doğuştan getirilmediği, sonradan öğrenildiğidir. Temel inançlar, ara inançların gelişimini etkiler. Ara inançlar, bireyin bir takım hal ve durumları nasıl gördüğünü belirlemekte, bu varsayımları ise ne düşündüğünü, ne algıladığını ve nasıl tepki verdiğini göstermektedir (Kılınç, 2005).

2.2.1.7. Temel İnançlar

Temel inançlar, kişinin çocukluk çağından başlayarak kendisi için önemli insanlarla etkileştikçe oluşan, kendisine ve diğerlerine yönelik genel, katı değerlendirme ve yargılarıdır. En temel ve derinlerdeki inançlar bu dönemde dünya ve diğer insanlar ile elde edilen ilk deneyimlerle biçimlenen, hiç sorgulanmamış algılar ve fikirlerden oluşur (Beck, 2001). Beck'e göre temel inançlar "çaresizlik, sevilme ve değersizlik" olmak üzere üç ayrı kategoride toplanır (Beck, 2014). Bazı çalışmalarda "şemalar" temel inanç yerine geçmektedir. Fakat temel inançları şemaların bir alt kategorisi olarak düşünebiliriz. Beck (2001)'e göre; "Şemalar, dünyayı algılayışımıza yarayan bilişsel

yapıları oluştururken; temel inançlar ise bu bilişsel yapının kişisel yaşantılara dayalı içeriğidir”. Bilişsel Şemaları Okuma Örneği Şekil 1’de verilmiştir (Beck, 2001).



Şekil 1. Bilişsel şemaları okuma örneği

Kaynak: Beck, J. (2001).

2.3. BPB ve Bilişsel Çarpıtmalar

Duygusal bozukluğu olan kişiler bilişsel alıştırma uygulamaları sıklıkla bilişsel çarpıtma vakaları gözlemlenmiştir (Bowie ve ark., 2013). Bilişsel zorluklarla ilgili ortaya çıkan tutumları ele almak için BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi) ilkelerini dahil etmek, tıpkı şizofreni için yapılan beceri eğitiminde olduğu gibi, BPB içinde daha fazla beceri transferine yardımcı olabilir. Başlangıçta tek kutuplu depresyonun tedavisi için tasarlanan BPB için BDT’nin amaçları, hastalığın bilişsel çarpıtmalarını değiştirmeyi, nüksleri, şiddeti ve semptomların seyrini izlemeyi amaçlamaktadır (Beck, 1976; Miklowitz ve Scott, 2009; Colom ve ark., 2004; Scott ve Moorhead, 2001). Bilişsel iyileştirme, nörobilişsel eksiklikleri gidermek ve işleyişini geliştirmek için de tasarlanmış ampirik olarak onaylanmış bir tedavi girişimidir. Son on yılda bu tedavinin odağının çoğu dikkat eksikliği bozuklukları, beyin hasarı ve şizofreni spektrum bozuklukları üzerine odaklanmış olsa da, ortaya çıkan kanıtlar, bilişsel iyileştirmenin duygudurum bozuklukları için etkili bir müdahale olduğunu ve bu tedavi etkilerinin bilişsel performansta iyileşmelere yol açtığını göstermektedir (Bowie ve ark., 2013). Artmış kişisel başarısızlık algısı bilişsel çarpıtmasının, depresif nüksler için bir risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (Beck, 1963, Leppanen, 2006). Green ve

arkadaşları (2011), felaketleştirme bilişsel çarpıtmasının ve kendini suçlamanın bipolar bozuklukta ataklar üzerinde etkisi olabileceğine dair çalışma bulguları BPB’de remisyon döneminde bilişsel çarpıtmaların klinik seyir açısından değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Birlikte ele alındığında, çok sayıda kesitsel çalışma ve mevcut uzunlamasına araştırmalardan elde edilen kanıtlar BPB’de remisyon da bilişsel eksikliklerin olduğunu göstermektedir. Bilişsel eksikliklerin genellikle BPB’de sabit kaldığı sonucuna da varılmıştır (Szmulewicz ve ark., 2015).

BPB tanısı konulmuş olanlarda ve risk altındaki popülasyonlarda birçok duygu sorununun bulunduğu dair kanıtlar bulunmaktadır. Araştırmacılar, duygu düzenleme konusundaki bireysel farklılıkların BPB’de belirtilerle nasıl ilişkili olduğunu değerlendirmişlerdir. Olumsuz duyguları düzenlemeye yönelik uyumsuz yaklaşımların, daha şiddetli depresif belirtilerle ilişkili olduğuna dair araştırma bulguları vardır (Gilbert ve ark., 2013, Green ve ark., 2011, Johnson ve ark., 2008, Green ve ark., 2013, Thomas ve ark., 2007).

Duygusal hallerde aşırı belirgin kaymalar yaşama eğiliminin gençler arasında BPB'nin başlangıcını öngördüğünü gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Akiskal ve ark., 2005). Bu nedenle, hem olumlu hem de olumsuz duyguları etkin bir şekilde düzenleme yeteneği BPB'deki klinik seyir için önemli görünmektedir. Duygusal ile ilgili daha yüksek dürtüsellik, BPB tip 1 olanlar arasında daha fazla intihar ve saldırganlık ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre, belki de duygu ile ilgili dürtüsellik ve buna aracılık eden bilişsel çarpıtmaların, BPB’de yaşam kalitesinin ve fonksiyonel sonuçların büyük ölçüde daha düşük olmasına neden olduğunu düşünmek yerinde olacaktır. Bu nedenle, hem olumlu hem de olumsuz duyguları etkin bir şekilde düzenleme yeteneği BPB'deki klinik seyir için önemli görünmektedir. Olumsuz duygusal, olumsuz duyguları düzenleyen uyumsuz stratejiler ve olumlu duyguların azaltılması, düşük işlevsellik ile ilgilidir. Bilişsel-davranışçı bakış açısı ile bu olumlu ve olumsuz duyguları düzenleyen uygunsuz stratejilerin bilişsel çarpıtmalar ile kendini gösterdiği düşünülebilir. Görüntüleme bulguları, BPB’de artmış duygusal ve azalmış duygu düzenleme profiline uymaktadır (Wessa ve ark., 2015). Mevcut az sayıdaki bulgu, bilişsel eksikliklerin BPB’de görülen duygu güçlüklerinde merkezi olarak yer aldığı düşüncesini desteklemektedir. Bilişin ya da duygunun, bipolar belirtilere dönüşen nihai basamak için merkezi başlangıç noktaları olduğu varsayıldığı takdirde, bilişin BPB’de gözlenen tüm duygu sorunlarının tamamını açıklayıp açıklayamayacağı

hakkında daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Bugüne kadar, araştırmacılar özellikle duygu düzenlemeye odaklanmıştır, ancak bilişsel bakış açısında duyguyu ortaya çıkaran alttaki düşüncenin (bilişsel çarpıtmaların) hastalıkla ilişkisine değinmemişlerdir. Bilişin ve/veya bilişsel çarpıtmaların bu hastalıkta duygusallığı tetikleyebileceği düşüncesi, tedavinin bilişsel çarpıtmaların giderilmesine odaklanabileceğini göstermektedir. Bu, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) veya Diyalektik Davranış Terapi (DDT)'de kullanılan birçok duygu düzenleme tekniğinin mevcut tedavi yaklaşımlarına eklenmesi eğilimi artırmaktadır (Linehan, 1993). Bu tür çalışmaların sonuçları, BDT ve DDT ile bilişsel kaygıları hafifleterek, bilişsel çarpıtmaları ele almak suretiyle BPB'de gözlenen duygusallığın önüne geçerek ve/veya onu yönlendirerek, tedavide yeni gelişmelere yol açması beklentisini artırmaktadır. Biliş problemleri tedavi edildiğinde duygu güçlüğü düzelirse, bu aynı zamanda bu iki alan arasındaki bağlantıların yönlülüğünün daha net anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Bilişsel bakış açısı, BPB'de duygu denetiminde ve hastalık seyrinde bilişsel çarpıtmaların etkinliğinin göz önünde bulundurulması ve etkinliğinin araştırılması konusunda bir bakış açısı sunmaktadır. Bu nedenle hastalıkta bilişsel çarpıtmaların etkinliğinin ve duygu denetimi ve atak sıklıkları ve atak tipleri ile ilişkisinin araştırılması ve sağlıklı popülasyonlar ile BPB'de bilişsel çarpıtma türleri arasındaki farklılıkların incelenmesi bu bakış açısına katkı sunacaktır.

BÖLÜM III

3. YÖNTEM

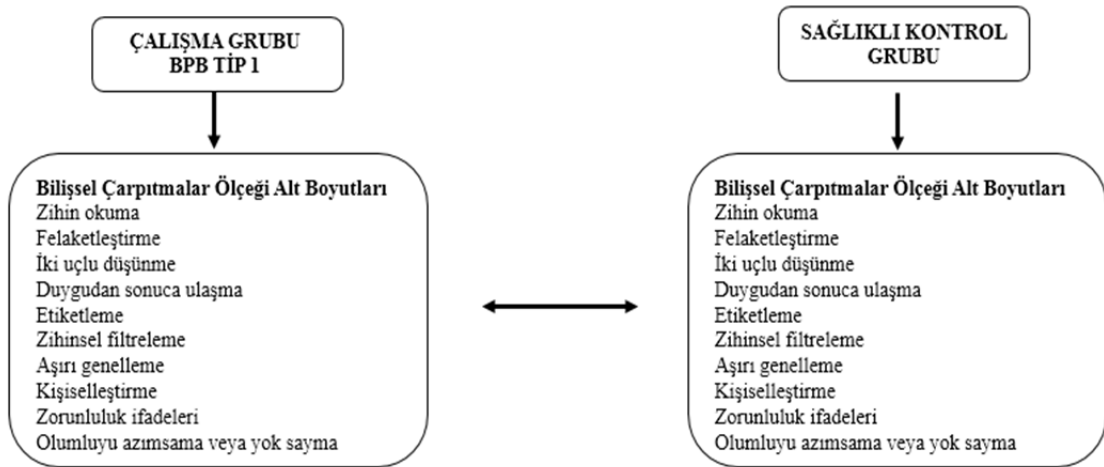
Bu bölümde, araştırmanın yöntemi, evreni ve örnekleme ile kullanılan ölçek, veri toplamada kullanılan araçlar ve istatistiksel analizde kullanılmış olan yöntem ve programa ilişkin bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Bipolar Biriminde ayaktan izlenen ve BPB tip 1 tanısı almış hastalarda bilişsel çarpıtma düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada olgu-kontrol araştırma modeli kullanılmıştır. Olgu grubunu remisyonda BPB tip 1 hasta grubu oluşturmaktadır. Kontrol grubunu ise psikiyatri ana bilim dalında herhangi bir bipolar tanısı almamış kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın kavramsal çerçevesi Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Kavramsal çerçeve

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Bipolar Biriminde ayaktan izlenen 18 yaş üstü, remisyon dönemindeki

bipolar hastalar ile cinsiyet ve yaş açısından eşleştirilmiş olan aynı zamanda daha önceden hiç bipolar bozukluk tanısı almamış olan bireylerden oluşmaktadır. Bipolar Polikliniği her hafta çarşamba günleri yapılmakta olup, bu günlerde ortalama 10-15 hasta başvurusu olmaktadır. Bipolar Polikliniği'nde değerlendirilen hastaların yaklaşık % 80'i ötimik olup, rutin kontrollerine gelmektedirler. Katılımcı hastaların testleri ve değerlendirmeleri remisyonda oldukları dönemde ve 1 Haziran 2019 - 30 Temmuz 2019 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran bipolar tanısı almış hastalar ile yapıldı. Bu hastalar BPB tip 1 tanısı almış olup remisyonda olan hastalar (n=61) çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak hastalara benzer cinsiyet ve yaş grubunda herhangi bir psikiyatrik tanı almamış arkadaşları çalışmaya davet edilmiştir. Psikiyatri ana bilim dalında herhangi bir bipolar tanısı almamış bu kişilerden 51'i verilere uygun bulunduğu için çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Yapılışı (Prosedür)

Araştırmanın modeli ve örneklemini belirlendikten sonra ilgili kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışma popülasyonunda, başlangıçta manik atakların ve depresyonun ciddiyetini ölçmek ve hastaları remisyon ve remisyon dışı olarak sınıflandırmak için uzman psikiyatrist tarafından Young Mania Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) kullanılmıştır. HAM-D skoru 7 ve altı olanlar ve YMDÖ 12 veya daha az olanlar ötimik ve remisyonda kabul edilmiştir. Mental retardasyonu, organik mental sorunu, demansı (Mini mental test puanı 24'ün altı olanlar), kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma kriterlerini karşılayan ve onam veren katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu ve ön bilgi verilerek, Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği uygulanmıştır. Bu çalışmada, uluslararası alanda kabul edilen ve 2013 yılında revize edilen 1964 Helsinki Deklerasyonu hükümlerine uyulmuş ve çalışmanın etik kurul onayı Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.04.2019 tarih ve 36 sayılı kararı ile alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografi Bilgi Formu

Sosyodemografi Bilgi Formu; cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni hali gibi değişkenlere ilişkin bilgi toplamak amacıyla sorulan soruları kapsamaktadır. Ayrıca

hastaların Bipolar biriminde kayıtlı dosya bilgilerinden son iki yıllık atak geçmişleri taranmış ve bu süreçte en az bir atak geçirenler ile tam remisyonda kalanlar belirlenmiştir.

3.5.2. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (Düşünme Türleri Ölçeği)

Ölçek, araştırmacıların ve klinisyenlerin 10 önemli bilişsel hatayı değerlendirebilmeleri amacıyla Covin ve Dozois (2011) tarafından geliştirilmiştir. Katılımcılar tarafından rahatlıkla anlaşılacak şekilde 10 bilişsel hatayı tanımlayan küçük hikâyelerden oluşturulmuştur. Ölçek toplam 10 maddeden oluşmakta ve her bir madde bilişsel çarpıtmaları kişiler arası (sosyal) ve başarı alanlarında ayrı ayrı değerlendirmek üzere yapılandırılmıştır. Yedili likert tipinde hazırlanmış ölçeğin cevap seçenekleri, 1 “Asla” ve 7 “Her zaman” arasında değişmektedir.

Covin ve Dozois, “Bilişsel Çarpıtmalar” isminin katılımcılarda bir ön yargı oluşturarak savunma tepkisi yaratma ihtimalini en aza indirmek için ölçeği, katılımcılara daha nötr bir ifade olduğunu düşündükleri “Düşünme Türleri Ölçeği” ismi ile vermişlerdir. Ölçeğin iç geçerliliği Cronbach alfa testi ile değerlendirilmiş ve ölçeğin genel güvenilirliği $\alpha=0.85$ olarak rapor edilmiştir. Alt ölçeklerin güvenilirliği; kişiler arası alt ölçeği, $\alpha=0.75$, başarı alt ölçeği, $\alpha=0.79$ olarak bildirilmiştir. BÇÖ ve alt ölçekleri kuramsal olarak ilgili diğer değişkenler ile de oldukça iyi bir eş zamanlı geçerlilik göstermiştir. BÇÖ’nün iç geçerliği 0.91 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Ardancı tarafından yapılmıştır (Ardancı, 2017). Ölçeği oluşturan 20 maddenin (alt boyutları ile) iç tutarlılık analizleri gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısının 0.88 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin test tekrar test katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Max Hamilton tarafından 1960'ta geliştirilmiştir (Hamilton, 1960). Son 1 haftada kişide bulunan depresyon belirtilerinin şiddetini değerlendirmek amacıyla klinisyenler tarafından kullanılan bir ölçektir. 17 depresyon belirtisini üç ya da beş dereceli bir boyut üzerinde değerlendirmektedir. Ölçek, hastayla görüşen kişi tarafından doldurulmakta, belirtilerin şiddetine göre verilen puanların toplamı depresyonun şiddetini göstermektedir. Değerlendirmede en fazla

alınacak toplam puan 53 olup 0-7 puan arası "depresyon olmadığını" göstermektedir. Türkçe'ye çevrilen ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bu ölçeğin, yeterli iç tutarlığa, test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu gösterilmiştir. HAM-D iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, güvenilirlik katsayısı ise 0.76 olarak bulunmuştur (Akdemir ve ark., 1996).

3.5.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale)

Bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddetini ölçmektedir (Young ve ark., 1978). Ölçekteki maddeler, bipolar bozukluğun manik döneminde tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılmaktadır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0,93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0,66-0,92 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Karadağ, 2001). İç tutarlık katsayısı % 79 olarak bulunmuş, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği % 63,3-95,5, kappa değerleri 0,114-0,849 arasında bulunmuştur.

3.6. Verilerin Analizi

Bu çalışmada Sosyodemografi Bilgi Formu ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kullanılarak elde edilen veriler, dijital ortama aktarıldıktan sonra SPSS 21.0 İstatistik Paket Programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizi, betimleyici istatistik analizi, bağımsız gruplar için T-testi, diğer örneklemeler için tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0,05$ anlamlılık değeri esas alınmıştır.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Katılımcılardan toplanan veriler SPSS 21.0 programı ile kodlanmıştır. Veri ranj dışı değerler açısından incelenmiş ve hatalı girilen değerler doğrusuyla değiştirilmiştir. Boş bırakılan herhangi bir değer olmadığı görülmüştür. Veri temizlemesi sonrasında betimleyici istatistik ile sosyodemografik değişkenlerin dağılımına; bağımsız gruplar T-testi ve tek yönlü ANOVA ile gruplar arası farklara bakılmıştır.

4.1. Olgu ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Değişkenlerinin Dağılımı

Katılımcılar yaşları açısından incelendiğinde, remisyonda BPB tip 1 hastalarının yarısından fazlasının (n = 33, %54,1) 31-50 yaş aralığında, % 27,9'unun 51 yaşında veya üzerinde (n = 17) ve %18'inin 20-30 yaş aralığında (n = 11) olduğu görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında yine bu grubun da yarısından fazlasının (n = 27; %52,9) 31-50 yaş aralığında, %29,4'ünün 20-30 yaş aralığında ve %17,6'sının ise 51 yaşında veya üzerinde (n = 9) olduğu görülmektedir. Toplamda katılımcıların %53,6'sı 31-50 yaş aralığında (n = 60), %23,2'si 20-30 yaş aralığında (n = 26) ve %23,2'si 51 yaşında veya üzerindedir (n = 26).

Hasta grubunun %65,6'sını kadınlar (n = 40), %34,4'ünü erkekler (n = 21) oluşturmuştur. Kontrol grubunun ise %60,8'ini kadınlar (n = 31) ve %39,2'sini erkekler (n = 20) oluşturmuştur. Toplamda katılımcıların %63,4'ü kadınlardan (n = 71), %36,6'sı erkeklerden (n = 41) oluşmaktadır.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, hasta grubunun %54,1'inin bekar (n = 33), %45,9'unun evli (n = 28) olduğu görülmektedir. Kontrol grubuna bakıldığında, %60,8'inin bekar (n = 31), %39,2'sinin evli (n = 20) olduğu gözlenmiştir. Toplamda katılımcıların %57,1'i bekar (n = 64), %42,9'u evlidir (n = 48).

BPB tip 1 grubunun %47,5'i üniversite mezunlarından (n = 29), %32,8'i lise mezunlarından (n = 20) ve %19,7'si ilköğretim mezunlarından (n = 12) oluşmaktadır. Kontrol grubunun ise %52,9'u üniversite mezunlarından (n = 27), %31,4'ü lise mezunlarından (n = 16) ve %15,7'si ilköğretim mezunlarından (n = 8) oluşmaktadır. Toplamda katılımcıların %50'si üniversite mezunlarından (n = 56), %32,1'i lise mezunlarından (n = 36) ve %17,9'u ilköğretim mezunlarından (n = 20) oluşmaktadır. Sosyodemografik değişkenlerin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3.

Olgu ve Kontrol Grubunda Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı

	BPB (n=61)		KONTROL (n=51)		Toplam (n=112)	
	n	%	n	%	n	%
Yaş						
20-30	11	18	15	29,4	26	23,2
31-50	33	54,1	27	52,9	60	53,6
51≤	17	27,9	9	17,6	26	23,2
Cinsiyet						
Kadın	40	65,6	31	60,8	71	63,4
Erkek	21	34,4	20	39,2	41	36,6
Medeni durum						
Evli	28	45,9	20	39,2	48	42,9
Bekar	33	54,1	31	60,8	64	57,1
Eğitim durumu						
İlköğretim	12	19,7	8	15,7	20	17,9
Lise	20	32,8	16	31,4	36	32,1
Üniversite	29	47,5	27	52,9	56	50

4.2. Gruplar Arası Farklar**4.2.1. Bilişsel Çarpıtmaların Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Farklılıkları**

Bilişsel çarpıtma türlerinden zihin okumanın başarı alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamsızdır [$t(110) = 1,444$; $p = 0,152$]. Zihin okumanın sosyal alanının remisyonda bipolar hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(110) = 2,291$; $p = 0,024$]. Analiz sonucuna göre, kontrol grubunun (Ort. = 4,176) zihin okumanın sosyal alanından aldığı puanlar remisyonda bipolar hastalarınınkinden (Ort. = 3,410) daha yüksektir. Ortalama zihin okuma puanlarına bakıldığında, kontrol grubunun puanları (Ort. = 3,912) hasta grubunun puanlarından (Ort. = 3,287) anlamlı düzeyde yüksektir [$t(110) = 2,110$; $p = 0,037$]. Bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında zihin okuma dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4.

Zihin Okuma Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	t	p	Fark
ZİHİN OKUMA					
Başarı alanı puanı	3,164±1,762	3,647±1,764	1,444	0,152	-
Sosyal alan puanı	3,410±1,838	4,176±1,670	2,291	0,024	K > BPB
Ortalama puan	3,287±1,634	3,912±1,469	2,11	0,037	K > BPB

*p<0,05

Felaketleştirmenin başarı alanının remisyonunda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [t(110) = -3,594; p = 0,000]. Analiz sonucuna göre, remisyonunda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. = 3,688), felaketleştirmenin başarı alanından aldığı puanlar kontrol grubunununkinden (Ort. = 2,529) daha yüksektir. Felaketleştirmenin sosyal alanının bu iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamsızdır [t(110)= -0,904; p = 0,368]. Ortalama felaketleştirme puanları incelendiğinde, remisyonunda bipolar hastalarının puanları (Ort. = 3,434), kontrol grubunun puanlarından (Ort. = 2,706) anlamlı düzeyde yüksektir [t(110)= -2,634; p = 0,010]. Bilişsel çarpıtmaların remisyonunda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında felaketleştirme dağılımı Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5.

Felaketleştirme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	t	p	Fark
FELAKETLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	3,688±1,884	2,529±1,447	-3,594	0,000	BPB > K
Sosyal alan puanı	3,180±1,727	2,882±1,751	-0,904	0,368	-
Ortalama puan	3,434±1,556	2,706±1,331	-2,634	0,01	BPB > K

*p<0,05

İki uçlu düşünmenin başarı alanının $[t(110) = -0,751; p = 0,454]$, sosyal alanının $[t(110) = -1,188; p = 0,237]$ ve toplam ortalama puanlarının $[t(110) = -1,205; p = 0,231]$ bu iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testleri sonuçları anlamsızdır. Bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında iki uçlu düşünme dağılımı Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6.

İki Uçlu Düşünme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	<i>t</i>	<i>p</i>	Fark
İKİ UÇLU DÜŞÜNME					
Başarı alanı puanı	3,082±1,909	2,823±1,693	-0,751	0,454	-
Sosyal alan puanı	3,632±1,881	3,196±1,908	-1,188	0,237	-
Ortalama puan	3,352±1,487	3,010±1,511	-1,205	0,231	-

* $p < 0,05$

Bilişsel çarpıtma türlerinden duygudan sonuca ulaşmanın başarı alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır $[t(110) = -2,256; p = 0,026]$. Analiz sonucuna göre, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. = 2,918) duygudan sonuca varmanın başarı alanından aldığı puanlar kontrol grubunununkinden (Ort. = 2,176) daha yüksektir. Duygudan sonuca ulaşmanın sosyal alanı $[t(110) = -0,742; p = 0,460]$ ve toplam ortalama $[t(110) = -1,671; p = 0,098]$ puanları bu iki grup arasında farklılaşmamaktadır. Bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında duygudan sonuca ulaşma dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7.

Duygudan Sonuca Ulaşma Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	t	p	Fark
DUYGUDAN SONUCA ULAŞMA					
Başarı alanı puanı	2,918±1,792	2,176±1,658	-2,256	0,026	BPB > K
Sosyal alan puanı	3,262±2,032	3,000±1,637	-0,742	0,46	-
Ortalama puan	3,090±1,694	2,588±1,438	-1,671	0,098	-

*p<0,05

Etiketlemenin başarı alanı [t(110) = -0,439; p = 0,662], sosyal alan [t(110) = 0,349; p = 0,728] ve toplam ortalama [t(110) = -0,035; p = 0,972] puanları açısından remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Benzer şekilde, bilişsel çarpıtma türlerinden zihinsel filtrelemenin başarı alanı [t(110) = -1,886; p = 0,062], sosyal alan [t(110) = -0,634; p = 0,528] ve toplam ortalama [t(110) = -1,348; p = 0,181] puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında etiketleme dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. *Etiketleme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı*

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	t	p	Fark
ETİKETLEME					
Başarı alanı puanı	2,590±1,802	2,451±1,501	-0,439	0,662	-
Sosyal alan puanı	2,803±1,787	2,922±1,787	0,349	0,728	-
Ortalama puan	2,697±1,689	2,686±1,403	-0,035	0,972	-

*p<0,05

Bilişsel çarpıtma türlerinden aşırı genellemenin başarı alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamsızdır [$t(110) = -1,738$; $p = 0,085$]. Aşırı genellemenin sosyal alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(110) = -3,012$; $p = 0,003$]. Analiz sonucuna göre, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. = 3,869) aşırı genellemenin sosyal alanından aldığı puanlar kontrol grubunkinden (Ort. = 2,863) daha yüksektir. Ortalama aşırı genelleme puanları incelendiğinde, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının puanları (Ort. = 3,352), kontrol grubunun puanlarından (Ort. = 2,578) anlamlı düzeyde yüksektir [$t(110) = -2,838$; $p = 0,005$]. Bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında aşırı genelleme dağılımı Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9.

Aşırı Genelleme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	t	p	Fark
AŞIRI GENELLEME					
Başarı alanı puanı	2,836±1,881	2,294±1,301	-1,738	0,085	-
Sosyal alan puanı	3,869±1,875	2,863±1,613	-3,012	0,003	BPB > K
Ortalama puan	3,352±1,603	2,578±1,210	-2,838	0,005	BPB > K

* $p < 0,05$

Kişiselleştirmenin başarı alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamsızdır [$t(110) = -1,699$; $p = 0,092$]. Kişiselleştirmenin sosyal alanının bu iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(110) = -2,094$; $p = 0,039$]. Analiz sonucuna göre, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. = 3,066), kişiselleştirme sosyal alanından aldığı puanlar kontrol grubunkinden (Ort. =2,392) daha yüksektir.

Benzer şekilde, ortalama kişiselleştirme puanlarına bakıldığında, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının puanları (Ort. = 3,074), kontrol grubunun puanlarından (Ort. = 2,461) anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmektedir [$t(110) = -2,199$; $p = 0,030$]. Bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında kişiselleştirme dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10.

Kişiselleştirme Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	<i>t</i>	<i>p</i>	Fark
KİŞİSELLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	3,082±1,846	2,529±1,541	-1,699	0,092	-
Sosyal alan puanı	3,066±1,914	2,392±1,387	-2,094	0,039	BPB > K
Ortalama puan	3,074±1,609	2,461±1,280	-2,199	0,03	BPB > K

* $p < 0,05$

Bilişsel çarpıtma türlerinden zorunluluk ifadelerinin başarı alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamsızdır [$t(110) = -1,379$; $p = 0,171$]. Zorunluluk ifadelerinin sosyal alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(110) = -2,772$; $p = 0,007$]. Analiz sonucuna göre, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. =3,000) zorunluluk ifadelerinin sosyal alanından aldığı puanlar kontrol grubunununkinden (Ort. =2,137) daha yüksektir. Ortalama zorunluluk ifadelerinin puanları incelendiğinde, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının puanları (Ort. =3,221), kontrol grubunun puanlarından (Ort. =2,549) anlamlı düzeyde yüksektir [$t(110) = -2,503$; $p = 0,014$]. Bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında zorunluluk ifadeleri dağılımı Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11.

Zorunluluk İfadeleri Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	t	p	Fark
ZORUNLULUK İFADELERİ					
Başarı alanı puanı	3,443±1,971	2,961±1,673	-1,379	0,171	-
Sosyal alan puanı	3,000±1,826	2,137±1,386	-2,772	0,007	BPB > K
Ortalama puan	3,221±1,529	2,549±1,266	-2,503	0,014	BPB > K

*p<0,05

Olumluyu azımsamanın başarı alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(110) = -3,510$; $p = 0,001$]. Analiz sonucuna göre, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. = 2,754) olumluyu azımsamanın başarı alanından aldığı puanlar kontrol grubunkinden (Ort. = 1,823) daha yüksektir. Olumluyu azımsamanın sosyal alanının remisyonda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(110) = -2,094$; $p = 0,039$]. Analiz sonucuna göre, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. = 3,295) olumluyu azımsamanın sosyal alanından aldığı puanlar kontrol grubunkinden (Ort. = 2,627) daha yüksektir. Ortalama olumluyu azımsama puanlarına bakıldığında, remisyonda bipolar tip 1 hastalarının puanları (Ort. = 3,025), kontrol grubunun puanlarından (Ort. = 2,225) anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulgulanmaktadır [$t(110) = -3,120$; $p = 0,002$]. Bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında olumluyu azımsama dağılımı Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12.

Olumluyu Azımsama Bilişsel Çarpıtma Türü Puanlarının Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	t	p	Fark
OLUMLUYU					
AZIMSAMA					
Başarı alanı puanı	2,754±1,629	1,823±1,053	-3,51	0,001	BPB > K
Sosyal alan puanı	3,295±1,847	2,627±1,455	-2,094	0,039	BPB > K
Ortalama puan	3,025±1,564	2,225±1,036	-3,12	0,002	BPB > K

*p<0,05

Bilişsel çarpıtma türünden bağımsız olarak toplam başarı alanı puan ortalamasının remisyonunda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(110) = -2,091$; $p = 0,039$]. Analiz sonucuna göre, remisyonunda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. = 3,054) bilişsel çarpıtma başarı alanı puan ortalamaları kontrol grubununkinden (Ort. = 2,600) daha yüksektir. Bilişsel çarpıtmaların sosyal alanının puan ortalamaları iki grup arasında farklılaşmamaktadır [$t(110) = -1,624$; $p = 0,107$]. Bilişsel çarpıtmaların toplam puan ortalamasının remisyonunda bipolar tip 1 hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(110) = -2,069$; $p = 0,041$]. Analiz sonucuna göre, remisyonunda bipolar tip 1 hastalarının (Ort. = 31,664) bilişsel çarpıtma toplam puan ortalamaları kontrol grubununkinden (Ort. = 27,461) daha yüksektir. Bilişsel çarpıtmaların remisyonunda BPB tip 1 ve kontrol grupları arasında toplam, başarı alanı ve sosyal alan dağılımı Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13.

Bilişsel Çarpıtmaların Olgu ve Kontrol Grupları Arasında BÇÖ Toplam, Başarı Alanı ve Sosyal Alan Puan Dağılımı

	BPB1 (n=61) Ort±Ss	Kontrol (n=51) Ort±Ss	t	p	Fark
BÇÖ Toplam Puan Ortalaması	31,664±11,997	27,451±8,976	-2,069	0,041	BPB > K
BÇÖ Başarı Alanı Puan Ortalaması	3,054±1,276	2,600±0,963	-2,091	0,039	BPB > K
BÇÖ Sosyal Alan Puan Ortalaması	3,259±1,194	2,918±0,994	-1,624	0,107	-

*p<0,05

4.3. Son İki Yıldır Remisyonda Olanlarla, Son İki Yılda En Az Bir Atak Geçiren BPB Tip 1 Hastaların Bilişsel Çarpıtmalar Açısından Farklılıkları

Bilişsel çarpıtmaların son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarıyla son iki yıldır en az bir atak geçirmiş olan BPB tip 1 hastaları arasında farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t-testleri ile incelenmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, bilişsel çarpıtma türlerinden zihin okumanın başarı alanı [$t(59) = 1,168$; $p = 0,247$], sosyal alanı [$t(59) = 0,922$; $p = 0,360$] ve toplam ortalama puanları [$t(59) = 1,151$; $p = 0,225$] son iki yıldır remisyonda olan ve son iki yılda en az bir atak geçirmiş olan BPB tip 1 hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemektedir.

Bilişsel çarpıtma türlerinden felaketleştirme başarısı alanı, sosyal alanı ve toplam ortalama puanlarının bu iki grup arasında değişip değişmediğini incelemek için yapılan bağımsız gruplar t-testi sonuçlarına bakıldığında, bu iki grubun yalnızca başarı alanında felaketleştirme bilişleri açısından anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmektedir [$t(59) = 1,536$; $p = 0,130$]. Son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının sosyal alanda felaketleştirme bilişlerinin puanları (Ort. = 3,632) son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 2,435) anlamlı düzeyde yüksektir [$t(59) = 2,764$; $p = 0,008$]. Benzer şekilde, son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının felaketleştirme bilişlerinin ortalama puanları (Ort. = 3,803) son

iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 2,826) anlamlı düzeyde yüksektir [$t(59) = 2,475$; $p = 0,016$].

İki uçlu düşünme bilişsel çarpıtma türünün başarı alanı, sosyal alan ve toplam ortalama puanlarının bu iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonuçları başarı alanı [$t(59) = 2,754$; $p = 0,008$] ve toplam ortalama puanları [$t(59) = 2,023$; $p = 0,048$] açısından anlamlıdır. Son iki yıldır en az bir atak geçirmiş olan BPB tip 1 hastalarının başarı alanında iki uçlu düşünme puanları (Ort. = 3,579) ve toplam ortalama puanları (Ort. = 3,645) son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (sırasıyla Ort. = 2,261; Ort. = 2,870) anlamlı düzeyde yüksektir. İki uçlu düşünmenin sosyal alan puanları bu iki grup arasında farklılaşmamaktadır [$t(59) = 0,464$; $p = 0,644$].

Bilişsel çarpıtma türlerinden duygudan sonuca ulaşmanın başarı alanı [$t(59) = 1,201$; $p = 0,235$], sosyal alan [$t(59) = 1,584$; $p = 0,119$] ve toplam ortalama puanlarının [$t(59) = 1,591$; $p = 0,117$] son iki yıldır remisyonda olan BPB1 hastalarıyla son iki yıldır en az bir atak geçiren hastalar arasında değişip değişmediğini bulgulamak için yürütülen bağımsız gruplar t-testleri sonuçları anlamsızdır. Etiketleme bilişsel çarpıtmasının başarı alanı [$t(59) = 0,963$; $p = 0,339$], sosyal alan [$t(59) = 1,412$; $p = 0,163$] ve toplam ortalama puanları [$t(59) = 1,261$; $p = 0,212$] da bu iki grup arasında farklılaşmamaktadır.

Zihinsel filtreleme bilişsel çarpıtma türünün başarı alanı, sosyal alan ve toplam ortalama puanlarının son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarıyla son iki yıldır en az bir atak geçiren hastalar arasında değişip değişmediğini bulgulamak için yürütülen bağımsız gruplar t-testlerinin sonucuna göre, yalnızca sosyal alanda zihinsel filtrelemenin bu iki grup arasında farklılaştığı görülmektedir [$t(59) = 2,301$; $p = 0,025$]. Buna göre, son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının sosyal alanda zihinsel filtreleme puanları (Ort. = 3,605) son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 2,478) anlamlı düzeyde yüksektir. Öte yandan, bu iki grup arasında başarı alanında zihinsel filtreleme [$t(59) = 1,166$; $p = 0,248$] ve toplam ortalama zihinsel filtreleme [$t(59) = 1,879$; $p = 0,065$] puanları açısından anlamlı farklar gözlenmemiştir.

Bilişsel çarpıtma türlerinden bir diğeri olan aşırı genellemenin başarı alanı, sosyal alan ve toplam ortalama puanlarının iki grup arasında değişip değişmediğini test etmek için yürütülen bağımsız gruplar t-testlerinin sonuçlarına göre yalnızca başarı alanı ile ilgili olan puanların birbirinden anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür [$t(59)$]

= 2,051; $p = 0,045$]. Buna göre, son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının başarı alanında aşırı genelleme puanları (Ort. = 3,210) son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 2,217) anlamlı düzeyde yüksektir. Ancak sosyal alanda aşırı genelleme [$t(59) = 0,984$; $p = 0,329$] ve toplam ortalama aşırı genelleme [$t(59) = 1,779$; $p = 0,080$] puanları açısından iki grubun farklılaşmadığı bulgulanmıştır.

Kişiselleştirme bilişsel çarpıtma türünün başarı alanı, sosyal alan ve toplam ortalama puanlarının iki grup arasında değişip değişmediğini ortaya koymak için bağımsız gruplar t-testlerinden yararlanılmıştır. Başarı alanında kişiselleştirme bilişsel çarpıtma türünün iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı gözlenmiştir [$t(59) = 2,357$; $p = 0,022$]. Buna göre, son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının başarı alanında kişiselleştirme puanları (Ort. = 3,500) son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 2,391) anlamlı düzeyde yüksektir. Benzer şekilde, kişiselleştirme bilişsel çarpıtma türünün toplam ortalama puanları da iki grup arasında değişkenlik göstermektedir [$t(59) = 2,055$; $p = 0,044$]. Yine, son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının toplam ortalama kişiselleştirme puanları (Ort. = 3,395) son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 2,543) anlamlı düzeyde yüksektir.

Bilişsel çarpıtma türlerinden zorunluluk ifadelerinin başarı alanı [$t(59) = 0,557$; $p = 0,580$], sosyal alan [$t(59) = 1,310$; $p = 0,195$] ve toplam ortalama [$t(59) = 1,142$; $p = 0,258$] puanlarının iki grup arasında değişip değişmediğini ortaya koymak için yürütülen bağımsız gruplar t-testleri sonuçları anlamsızdır. Benzer şekilde, bu iki grup olumluyu azımsama türü bilişsel çarpıtmaların başarı alanı [$t(59) = 1,362$; $p = 0,178$], sosyal alan [$t(59) = 1,116$; $p = 0,269$] ve toplam ortalama puanları [$t(59) = 1,373$; $p = 0,175$] yönünden de farklılaşmamaktadır.

Türünden bağımsız olarak toplam başarı alanındaki bilişsel çarpıtma ortalama puanlarının iki grup arasında değişip değişmediğini incelemek için yapılan bağımsız gruplar t-testi sonucu anlamlıdır [$t(59) = 2,186$; $p = 0,033$]. Buna göre, son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının başarı alanında toplam ortalama bilişsel çarpıtma puanları (Ort. = 3,324) son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 2,609) anlamlı düzeyde yüksektir. Yine, son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının sosyal alanda toplam ortalama bilişsel çarpıtma puanlarının (Ort. = 3,516) son iki yıldır remisyonda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 2,835) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir [$t(59) =$

2,230; $p = 0,030$]. Benzer şekilde, son iki yıldır en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarının toplam ortalama bilişsel çarpıtma puanlarının (Ort. = 34,289) son iki yıldır remisyonunda olan BPB tip 1 hastalarının puanlarından (Ort. = 27,326) anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulgulanmıştır [$t(59) = 2,272$; $p = 0,027$]. Bilişsel çarpıtmaların son iki yıldaki atakların varlığına göre farklılıkları Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14.

BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Son İki Yıldır Remisyonunda Olanlarla En Az Bir Atak Geçirenler Arasındaki Farklılıkları

	a. Son iki yıldır remisyonunda	b. Son iki yıldır 1≤ atak geçiren			
	BPB1 (n=23) Ort±Ss	BPB1 (n=38) Ort±Ss	t	p	Fark
ZİHİN OKUMA					
Başarı alanı puanı	2,826±1,642	3,368±1,822	1,168	0,247	-
Sosyal alan puanı	3,130±2,074	3,579±1,687	0,922	0,36	-
Ortalama puan	2,978±1,695	3,474±1,589	1,151	0,255	-
FELAKETLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	3,217±1,882	3,974±1,852	1,536	0,13	-
Sosyal alan puanı	2,435±1,440	3,632±1,746	2,764	0,008	b > a
Ortalama puan	2,826±1,411	3,803±1,540	2,475	0,016	b > a
İKİ UÇLU DÜŞÜNME					
Başarı alanı puanı	2,261±0,964	3,579±2,164	2,754	0,008	b > a
Sosyal alan puanı	3,478±2,042	3,710±1,799	0,464	0,644	-
Ortalama puan	2,870±1,140	3,645±1,606	2,023	0,048	b > a
DUYGUDAN SONUCA ULAŞMA					
Başarı alanı puanı	2,565±1,590	3,132±1,891	1,201	0,235	-
Sosyal alan puanı	2,739±1,912	3,579±2,062	1,584	0,119	-
Ortalama puan	2,652±1,526	3,355±1,755	1,591	0,117	-
ETİKETLEME					
Başarı alanı puanı	2,304±1,521	2,763±1,951	0,963	0,339	-
Sosyal alan puanı	2,391±1,616	3,053±1,859	1,412	0,163	-
Ortalama puan	2,348±1,480	2,908±1,789	1,261	0,212	-

Tablo 14. devamı

ZİHİNSEL					
FİLTRELEME					
Başarı alanı puanı	2,739±1,514	3,289±1,930	1,166	0,248	-
Sosyal alan puanı	2,478±1,533	3,605±2,021	2,301	0,025	b > a
Ortalama puan	2,609±1,422	3,447±1,830	1,879	0,065	-
AŞIRI GENELLEME					
Başarı alanı puanı	2,217±1,565	3,210±1,975	2,051	0,045	b > a
Sosyal alan puanı	3,565±2,041	4,053±1,770	0,984	0,329	-
Ortalama puan	2,891±1,530	3,632±1,601	1,779	0,08	-
KİŞİSELLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	2,391±1,406	3,500±1,969	2,357	0,022	b > a
Sosyal alan puanı	2,696±1,820	3,289±1,958	1,178	0,243	-
Ortalama puan	2,543±1,348	3,395±1,685	2,055	0,044	b > a
ZORUNLULUK					
İFADELERİ					
Başarı alanı puanı	3,261±1,864	3,553±2,049	0,557	0,58	-
Sosyal alan puanı	2,609±1,699	3,237±1,881	1,31	0,195	-
Ortalama puan	2,935±1,325	3,395±1,632	1,142	0,258	-
OLUMLUYU					
AZIMSAMA					
Başarı alanı puanı	2,391±1,233	2,974±1,808	1,362	0,178	-
Sosyal alan puanı	2,956±1,637	3,500±1,955	1,116	0,269	-
Ortalama puan	2,674±1,239	3,237±1,711	1,373	0,175	-
BÇÖ Toplam Puan Ortalaması	27,326±9,305	34,289±12,773	2,272	0,027	b > a
BÇÖ Başarı Alanı Puan Ortalaması	2,609±0,962	3,324±1,376	2,186	0,033	b > a
BÇÖ Sosyal Alan Puan Ortalaması	2,835±0,972	3,516±1,253	2,23	0,03	b > a

*p<0,05

4.4. Remisyonda BPB Tip 1 Hastalarında Bilişsel Çarpıtmaların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılıkları

4.4.1. Bilişsel Çarpıtmaların Yaş Aralığına Göre Farklılıkları

Remisyonda BPB tip 1 hastalarının rapor ettikleri bilişsel çarpıtma düzeylerinin yaş aralığına (20-30; 31-50; 51 ve üzeri) göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için tek yönlü ANOVA kullanılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre, zihin okumanın başarı alanı [$F(2, 58) = 0,680$; $p = 0,511$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,293$; $p = 0,747$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,457$; $p = 0,635$] puanları; felaketleştirmenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,038$; $p = 0,963$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,622$; $p = 0,541$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,234$; $p = 0,792$] puanları; iki uçlu düşünmenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,029$; $p = 0,971$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,916$; $p = 0,406$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,291$; $p = 0,749$] puanları; duygudan sonuca ulaşmanın başarı alanı [$F(2, 58) = 0,328$; $p = 0,722$], sosyal alan [$F(2, 58) = 1,248$; $p = 0,295$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,940$; $p = 0,397$] puanları; etiketlemenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,813$; $p = 0,448$], sosyal alan [$F(2, 58) = 1,722$; $p = 0,188$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 1,123$; $p = 0,332$] puanları; zihinsel filtrelemenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,152$; $p = 0,859$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,393$; $p = 0,677$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,200$; $p = 0,819$] puanları; aşırı genellemenin başarı alanı [$F(2, 58) = 1,490$; $p = 0,234$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,533$; $p = 0,590$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 1,315$; $p = 0,276$] puanları; kişiselleştirmenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,157$; $p = 0,855$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,154$; $p = 0,857$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,166$; $p = 0,848$] puanları; zorunluluk ifadelerinin başarı alanı [$F(2, 58) = 2,902$; $p = 0,063$], sosyal alan [$F(2, 58) = 1,487$; $p = 0,235$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 2,414$; $p = 0,098$] puanları; olumluyu azımsamanın başarı alanı [$F(2, 58) = 1,116$; $p = 0,335$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,074$; $p = 0,929$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,494$; $p = 0,613$] puanları; bilişsel çarpıtma türünden bağımsız olarak toplam başarı alanındaki bilişsel çarpıtma ortalamaları [$F(2, 58) = 0,279$; $p = 0,758$]; bilişsel çarpıtma türünden bağımsız olarak toplam sosyal alandaki bilişsel çarpıtma ortalamaları [$F(2, 58) = 0,914$; $p = 0,407$] ve toplam bilişsel çarpıtma puanları [$F(2, 58) = 0,557$; $p = 0,576$] yaş aralığına göre değişmemektedir. Bilişsel çarpıtmaların yaş aralığına göre dağılımı Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15.

Remisyonunda BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Yaş Aralığına Göre Dağılımı

	20-30 (n=11) Ort±Ss	31-50 (n=33) Ort±Ss	51≤ (n=17) Ort±Ss	F	p
ZİHİN OKUMA					
Başarı alanı puanı	3,727±1,902	3,030±1,629	3,059±1,952	0,68	0,511
Sosyal alan puanı	3,636±1,804	3,242±1,582	3,588±2,347	0,293	0,747
Ortalama puan	3,682±1,677	3,136±1,496	3,323±1,903	0,457	0,635
FELAKETLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	3,818±1,940	3,636±1,950	3,706±1,829	0,038	0,963
Sosyal alan puanı	3,545±1,863	3,242±1,640	2,823±1,845	0,622	0,541
Ortalama puan	3,682±1,721	3,439±1,575	3,265±1,480	0,234	0,792
İKİ UÇLU DÜŞÜNME					
Başarı alanı puanı	3,182±2,182	3,030±1,759	3,118±2,118	0,029	0,971
Sosyal alan puanı	3,636±1,689	3,879±1,900	3,118±1,965	0,916	0,406
Ortalama puan	3,409±1,562	3,454±1,366	3,118±1,719	0,291	0,749
DUYGUDAN SONUCA ULAŞMA					
Başarı alanı puanı	3,273±2,102	2,909±1,588	2,706±2,024	0,328	0,722
Sosyal alan puanı	4,091±1,578	3,182±2,053	2,882±2,205	1,248	0,295
Ortalama puan	3,682±1,736	3,045±1,568	2,794±1,904	0,94	0,397
ETİKETLEME					
Başarı alanı puanı	2,454±1,809	2,848±1,922	2,176±1,551	0,813	0,448
Sosyal alan puanı	3,364±1,859	2,939±1,853	2,176±1,510	1,722	0,188
Ortalama puan	2,909±1,758	2,894±1,758	2,176±1,478	1,123	0,332
ZİHİNSEL FİLTRELEME					
Başarı alanı puanı	3,091±2,023	3,182±1,722	2,882±1,867	0,152	0,859
Sosyal alan puanı	3,636±2,013	3,121±1,932	3,000±1,904	0,393	0,677
Ortalama puan	3,364±1,898	3,151±1,688	2,941±1,767	0,2	0,819

Tablo 15. devamı

AŞIRI GENELLEME					
Başarı alanı puanı	3,182±1,940	3,061±1,853	2,176±1,845	1,49	0,234
Sosyal alan puanı	4,091±1,972	4,000±1,887	3,471±1,841	0,533	0,59
Ortalama puan	3,636±1,719	3,530±1,520	2,823±1,658	1,315	0,276
KİŞİSELLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	2,818±1,834	3,182±1,944	3,059±1,749	0,157	0,855
Sosyal alan puanı	2,818±1,328	3,061±1,983	3,235±2,166	0,154	0,857
Ortalama puan	2,818±1,454	3,121±1,746	3,147±1,497	0,166	0,848
ZORUNLULUK İFADELERİ					
Başarı alanı puanı	4,273±1,849	2,909±1,792	3,941±2,164	2,902	0,063
Sosyal alan puanı	3,818±1,888	2,909±1,646	2,647±2,060	1,487	0,235
Ortalama puan	4,045±1,387	2,909±1,389	3,294±1,741	2,414	0,098
OLUMLUYU AZIMSAMA					
Başarı alanı puanı	3,182±1,834	2,848±1,502	2,294±1,723	1,116	0,335
Sosyal alan puanı	3,454±1,695	3,303±1,759	3,176±2,186	0,074	0,929
Ortalama puan	3,318±1,521	3,076±1,506	2,735±1,742	0,494	0,613
BÇÖ Toplam Puan Ortalaması	34,545±11,405	31,758±12,370	29,618±11,927	0,557	0,576
BÇÖ Başarı Alanı Puan Ortalaması	3,273±1,345	3,061±1,333	2,900±1,169	0,279	0,758
BÇÖ Sosyal Alan Puan Ortalaması	3,609±0,976	3,282±1,209	2,988±1,289	0,914	0,407

*p<0,05

4.4.2. Bilişsel Çarpıtmaların Eğitim Düzeyine Göre Farklılıkları

Remisyonda BPB tip 1 hastalarının rapor ettikleri bilişsel çarpıtma düzeylerinin eğitim düzeyine (ilköğretim, lise, üniversite) göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için tek yönlü ANOVA kullanılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre, zihin okumanın başarı alanı [$F(2, 58) = 0,483$; $p = 0,619$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,070$; $p = 0,933$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,103$; $p = 0,902$] puanları; felaketleştirmenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,376$; $p = 0,689$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,231$; $p = 0,795$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,090$; $p = 0,914$] puanları; iki uçlu düşünmenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,701$; $p = 0,500$], sosyal alan [$F(2, 58) = 1,621$; $p = 0,207$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 1,232$; $p = 0,299$] puanları; duygudan sonuca ulaşmanın başarı alanı [$F(2, 58) = 0,487$; $p = 0,617$], sosyal alan [$F(2, 58) = 1,787$; $p = 0,177$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,487$; $p = 0,617$] puanları; etiketlemenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,279$; $p = 0,758$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,185$; $p = 0,832$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,201$; $p = 0,819$] puanları; zihinsel filtrelemenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,245$; $p = 0,784$], sosyal alan [$F(2, 58) = 0,820$; $p = 0,445$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,200$; $p = 0,819$] puanları; aşırı genellemenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,440$; $p = 0,646$], sosyal alan [$F(2, 58) = 1,088$; $p = 0,344$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,951$; $p = 0,392$] puanları; kişiselleştirmenin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,136$; $p = 0,873$], sosyal alan [$F(2, 58) = 1,687$; $p = 0,194$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,498$; $p = 0,610$] puanları; zorunluluk ifadelerinin başarı alanı [$F(2, 58) = 0,426$; $p = 0,655$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 0,612$; $p = 0,546$] puanları; olumluyu azımsamanın başarı alanı [$F(2, 58) = 1,937$; $p = 0,153$], sosyal alan [$F(2, 58) = 1,262$; $p = 0,291$] ve toplam ortalama [$F(2, 58) = 1,790$; $p = 0,176$] puanları; bilişsel çarpıtma türünden bağımsız olarak toplam başarı alanındaki bilişsel çarpıtma ortalamaları [$F(2, 58) = 0,183$; $p = 0,833$]; bilişsel çarpıtma türünden bağımsız olarak toplam sosyal alandaki bilişsel çarpıtma ortalamaları [$F(2, 58) = 0,154$; $p = 0,858$] ve toplam bilişsel çarpıtma puanları [$F(2, 58) = 0,033$; $p = 0,967$] eğitim düzeyine göre değişmemektedir.

Yalnızca, zorunluluk ifadelerinin sosyal alanı puanlarının eğitim düzeyine göre değiştiği bulgulanmıştır [$F(2, 58) = 4,211$; $p = 0,020$]. Yapılan Duncan post-hoc karşılaştırmasına göre, üniversite mezunları (Ort. = 3,552) ilköğretim mezunlarına (Ort. = 1,833) göre daha yüksek düzeyde sosyal alanda zorunluluk ifadeleri puanları bildirmiştir. Öte yandan, lise mezunlarının sosyal alanda zorunluluk ifadeleri puanları (Ort. = 2,900) ilköğretim mezunlarınıninkinden ve üniversite mezunlarınıninkinden anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bilişsel çarpıtmaların eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16.

Remisyonunda BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

	İlköğretim (n=12) Ort±Ss	Lise (n=20) Ort±Ss	Üniversite (n=29) Ort±Ss	F	p	Fark
ZİHİN OKUMA						
Başarı alanı puanı	2,833±2,329	3,450±1,820	3,103±1,472	0,483	0,619	-
Sosyal alan puanı	3,583±2,353	3,400±1,698	3,345±1,758	0,07	0,933	-
Ortalama puan	3,208±2,039	3,425±1,608	3,224±1,521	0,103	0,902	-
FELAKETLEŞTİRME						
Başarı alanı puanı	4,083±2,353	3,700±2,002	3,517±1,617	0,376	0,689	-
Sosyal alan puanı	2,917±2,314	3,350±1,725	3,172±1,490	0,231	0,795	-
Ortalama puan	3,500±2,023	3,525±1,602	3,345±1,350	0,09	0,914	-
İKİ UÇLU DÜŞÜNME						
Başarı alanı puanı	3,667±2,535	2,900±1,971	2,965±1,569	0,701	0,5	-
Sosyal alan puanı	4,000±2,523	4,050±1,986	3,172±1,416	1,621	0,207	-
Ortalama puan	3,833±1,813	3,475±1,743	3,069±1,091	1,232	0,299	-
DUYGUDAN						
SONUCA ULAŞMA						
Başarı alanı puanı	3,250±2,094	3,050±2,038	2,690±1,490	0,487	0,617	-
Sosyal alan puanı	2,333±2,348	3,700±2,319	3,345±1,587	1,787	0,177	-
Ortalama puan	2,792±2,083	3,375±1,999	3,017±1,278	0,487	0,617	-
ETİKETLEME						
Başarı alanı puanı	2,833±2,406	2,700±2,130	2,414±1,240	0,279	0,758	-
Sosyal alan puanı	3,083±2,275	2,700±1,809	2,759±1,596	0,185	0,832	-
Ortalama puan	2,958±2,320	2,700±1,852	2,586±1,275	0,201	0,819	-
ZİHİNSEL						
FİLTRELEME						
Başarı alanı puanı	3,083±2,314	3,300±1,657	2,931±1,689	0,245	0,784	-
Sosyal alan puanı	3,750±2,179	2,850±1,755	3,172±1,928	0,82	0,445	-
Ortalama puan	3,417±2,010	3,075±1,608	3,051±1,729	0,2	0,819	-

Tablo 16. devamı

AŞIRI						
GENELLEME						
Başarı alanı puanı	3,250±2,340	2,600±1,847	2,828±1,733	0,44	0,646	-
Sosyal alan puanı	4,583±2,109	3,700±1,838	3,690±1,795	1,088	0,344	-
Ortalama puan	3,917±1,881	3,150±1,582	3,259±1,498	0,951	0,392	-
KİŞİSELLEŞTİRME						
Başarı alanı puanı	3,333±2,462	3,000±1,947	3,034±1,523	0,136	0,873	-
Sosyal alan puanı	2,833±2,406	3,700±1,976	2,724±1,579	1,687	0,194	-
Ortalama puan	3,083±1,917	3,350±1,694	2,879±1,437	0,498	0,61	-
ZORUNLULUK						
İFADELERİ						
Başarı alanı puanı	3,917±2,193	3,350±1,899	3,310±1,966	0,426	0,655	-
Sosyal alan puanı	1,833±1,337	2,900±2,075	3,552±1,616	4,211	0,02	$\bar{I} \leq L \leq \bar{Ü}$
Ortalama puan	2,875±1,509	3,125±1,708	3,431±1,425	0,612	0,546	-
OLUMLUYU						
AZIMSAMA						
Başarı alanı puanı	2,250±1,422	2,450±1,637	3,172±1,649	1,937	0,153	-
Sosyal alan puanı	2,583±2,275	3,300±1,750	3,586±1,701	1,262	0,291	-
Ortalama puan	2,417±1,756	2,875±1,459	3,379±1,510	1,79	0,176	-
BÇÖ Toplam Puan Ortalaması	32,000±14,428	32,075±13,202	31,241±10,394	0,033	0,967	-
BÇÖ Başarı Alanı Puan Ortalaması	3,250±1,528	3,040±1,474	2,983±1,038	0,183	0,833	-
BÇÖ Sosyal Alan Puan Ortalaması	3,117±1,431	3,360±1,251	3,248±1,082	0,154	0,858	-

*p<0,05

4.4.3. Bilişsel Çarpıtmaların Cinsiyete Göre Farklılıkları

Remisyonda BPB tip 1 hastalarının rapor ettikleri bilişsel çarpıtma düzeylerinin cinsiyete (kadın, erkek) göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için bağımsız gruplar t-testi analizlerinden yararlanılmıştır.

Sonuçlara göre, zihin okumanın başarı alanı [$t(59) = -1,003$; $p = 0,320$], sosyal alan [$t(59) = 0,088$; $p = 0,930$] ve toplam ortalama [$t(59) = -0,488$; $p = 0,628$] puanları; felaketleştirmenin başarı alanı [$t(59) = 0,349$; $p = 0,728$], sosyal alan [$t(59) = 0,901$; $p = 0,371$] ve toplam ortalama [$t(59) = 0,711$; $p = 0,480$] puanları; iki uçlu düşünmenin başarı alanı [$t(59) = -0,319$; $p = 0,751$], sosyal alan [$t(59) = 0,296$; $p = 0,768$] ve toplam ortalama [$t(59) = -0,018$; $p = 0,986$] puanları; duygudan sonuca ulaşmanın başarı alanı [$t(59) = 0,191$; $p = 0,849$], sosyal alan [$t(59) = 1,267$; $p = 0,210$] ve toplam ortalama [$t(59) = 0,856$; $p = 0,396$] puanları; etiketlemenin başarı alanı [$t(59) = 0,504$; $p = 0,616$], sosyal alan [$t(59) = 0,883$; $p = 0,381$] ve toplam ortalama [$t(59) = 0,736$; $p = 0,465$] puanları; zihinsel filtrelemenin başarı alanı [$t(59) = -0,490$; $p = 0,626$], sosyal alan [$t(59) = -0,448$; $p = 0,656$] ve toplam ortalama [$t(59) = -0,504$; $p = 0,616$] puanları; aşırı genellemenin başarı alanı [$t(59) = 1,084$; $p = 0,283$], sosyal alan [$t(59) = -0,107$; $p = 0,915$] ve toplam ortalama [$t(59) = 0,569$; $p = 0,572$] puanları; kişiselleştirmenin başarı alanı [$t(59) = 1,129$; $p = 0,263$], sosyal alan [$t(59) = -0,087$; $p = 0,931$] ve toplam ortalama [$t(59) = 0,591$; $p = 0,557$] puanları; zorunluluk ifadelerinin başarı alanı [$t(59) = 1,563$; $p = 0,123$], sosyal alan [$t(59) = 0,884$; $p = 0,380$] ve toplam ortalama [$t(59) = 1,542$; $p = 0,129$] puanları; olumluyu azımsamanın sosyal alan [$t(59) = 0,609$; $p = 0,545$] ve toplam ortalama [$t(59) = 1,392$; $p = 0,169$] puanları; bilişsel çarpıtma türünden bağımsız olarak toplam başarı alanında bilişsel çarpıtmalar puanları ortalaması [$t(59) = 0,659$; $p = 0,512$]; bilişsel çarpıtma türünden bağımsız olarak toplam sosyal alanda bilişsel çarpıtmalar puanları ortalaması [$t(59) = 0,660$; $p = 0,512$] ve toplam bilişsel çarpıtma puanları ortalamaları [$t(59) = 0,703$; $p = 0,485$] cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Cinsiyete göre farklılaştığı görülen tek bilişsel çarpıtma türünün başarı alanında olumluyu azımsama olduğu görülmektedir [$t(59) = 2,006$; $p = 0,049$]. Buna göre, kadınlar (Ort. = 3,050) erkeklere (Ort. = 2,190) göre daha yüksek düzeyde başarı alanında olumluyu azımsama bilişsel çarpıtması puanları bildirmiştir. Bilişsel çarpıtmaların cinsiyete göre dağılımı Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17.

Remisyonunda BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kadın (n=40) Ort±Ss	Erkek (n=21) Ort±Ss	t	p	Fark
ZİHİN OKUMA					
Başarı alanı puanı	3,000±1,710	3,476±1,861	-1,003	0,32	-
Sosyal alan puanı	3,425±1,907	3,381±1,746	0,088	0,93	-
Ortalama puan	3,212±1,648	3,429±1,638	-0,488	0,628	-
FELAKETLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	3,750±1,822	3,571±2,039	0,349	0,728	-
Sosyal alan puanı	3,325±1,803	2,905±1,578	0,901	0,371	-
Ortalama puan	3,537±1,587	3,238±1,513	0,711	0,48	-
İKİ UÇLU DÜŞÜNME					
Başarı alanı puanı	3,025±1,941	3,190±1,887	-0,319	0,751	-
Sosyal alan puanı	3,675±1,953	3,524±1,778	0,296	0,768	-
Ortalama puan	3,350±1,464	3,357±1,566	-0,018	0,986	-
DUYGUDAN SONUCA ULAŞMA					
Başarı alanı puanı	2,950±1,753	2,857±1,905	0,191	0,849	-
Sosyal alan puanı	3,500±2,051	2,809±1,965	1,267	0,21	-
Ortalama puan	3,225±1,597	2,833±1,880	0,856	0,396	-
ETİKETLEME					
Başarı alanı puanı	2,675±1,845	2,429±1,748	0,504	0,616	-
Sosyal alan puanı	2,950±1,797	2,524±778	0,883	0,381	-
Ortalama puan	2,813±1,705	2,476±1,677	0,736	0,465	-
ZİHİNSEL FİLTRELEME					
Başarı alanı puanı	3,000±1,812	3,238±1,786	-0,49	0,626	-
Sosyal alan puanı	3,100±1,958	3,333±1,880	-0,448	0,656	-
Ortalama puan	3,050±1,764	3,286±1,677	-0,504	0,616	-

Tablo 17. devamı

AŞIRI GENELLEME					
Başarı alanı puanı	3,025±2,001	2,476±1,601	1,084	0,283	-
Sosyal alan puanı	3,850±1,902	3,905±1,868	-0,107	0,915	-
Ortalama puan	3,437±1,684	3,190±1,462	0,569	0,572	-
KİŞİSELLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	3,275±1,839	2,714±1,848	1,129	0,263	-
Sosyal alan puanı	3,050±1,973	3,095±1,841	-0,087	0,931	-
Ortalama puan	3,162±1,650	2,905±1,554	0,591	0,557	-
ZORUNLULUK İFADELERİ					
Başarı alanı puanı	3,725±2,075	2,905±1,670	1,563	0,123	-
Sosyal alan puanı	3,150±1,915	2,714±1,647	0,884	0,38	-
Ortalama puan	3,437±1,557	2,809±1,418	1,542	0,129	-
OLUMLUYU AZIMSAMA					
Başarı alanı puanı	3,050±1,739	2,190±1,250	2,006	0,049	K > E
Sosyal alan puanı	3,400±1,919	3,095±1,729	0,609	0,545	-
Ortalama puan	3,225±1,683	2,643±1,256	1,392	0,169	-
BÇÖ Toplam Puan Ortalaması	32,450±12,245	30,167±11,656	0,703	0,485	-
BÇÖ Başarı Alanı Puan Ortalaması	3,132±1,295	2,905±1,257	0,659	0,512	-
BÇÖ Sosyal Alan Puan Ortalaması	3,332±1,199	3,119±1,200	0,66	0,512	-

*p<0,05

4.4.4. Bilişsel Çarpıtmaların Medeni Duruma Göre Farklılıkları

Bilişsel çarpıtmaların evli ve bekar remisyonda BPB tip 1 hastası grupları arasında farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t-testleri ile incelenmiştir.

Bilişsel çarpıtma türlerinden zihin okumanın başarı alanı [$t(59) = 0,960$; $p = 0,341$], sosyal alanı [$t(59) = 1,479$; $p = 0,145$] ve toplam ortalama [$t(59) = 1,351$; $p = 0,182$] puanlarının evli ve bekar grupları arasında anlamlı düzeyde değişmediği görülmektedir.

Felaketleştirme bilişsel çarpıtma türünün yalnızca sosyal alan puanlarının medeni duruma göre farklılaştığı gözlenmiştir [$t(59) = -2,472$; $p = 0,016$]. Buna göre, bekarlar (Ort. = 3,750) evlilere (Ort. = 2,697) göre daha yüksek düzeyde sosyal alanda felaketleştirme bilişsel çarpıtmaları bildirmektedir. Öte yandan, felaketleştirmenin başarı alanı [$t(59) = -0,233$; $p = 0,817$] ve toplam ortalama [$t(59) = -1,473$; $p = 0,146$] puanları iki grup arasında anlamlı düzeyde değişmemektedir.

Sonuçlara göre, iki uçlu düşünmenin başarı alanı [$t(59) = 0,307$; $p = 0,760$], sosyal alan [$t(59) = -1,172$; $p = 0,246$] ve toplam ortalama [$t(59) = -0,538$; $p = 0,593$] puanları ile duygudan sonuca ulaşmanın başarı alanı [$t(59) = -1,643$; $p = 0,106$], sosyal alan [$t(59) = 0,673$; $p = 0,504$] ve toplam ortalama [$t(59) = -0,448$; $p = 0,656$] puanları medeni duruma göre farklılaşmamaktadır.

Bilişsel çarpıtma türlerinden etiketlemenin başarı alanı puanları medeni duruma göre farklılaşmazken [$t(59) = -1,510$; $p = 0,136$], sosyal alan [$t(59) = -2,309$; $p = 0,024$] ve toplam ortalama [$t(59) = -2,027$; $p = 0,047$] puanlarının medeni duruma göre farklılaştığı görülmektedir. Buna göre, bekarlar (Ort. = 3,357) evlilere (Ort. = 2,333) göre daha yüksek düzeyde sosyal alanda etiketleme bilişsel çarpıtması rapor etmiştir. Aynı zamanda, bekarlar (Ort. = 3,161) evlilere (Ort. = 2,303) göre daha yüksek düzeyde toplam ortalama etiketleme puanları bildirmiştir.

Zihinsel filtrelemenin başarı alanı [$t(59) = -1,403$; $p = 0,166$], sosyal alan [$t(59) = -1,908$; $p = 0,061$] ve toplam ortalama [$t(59) = -1,794$; $p = 0,078$] puanları medeni duruma bağlı olarak değişmemektedir.

Aşırı genelleme bilişsel çarpıtmasının başarı alanı [$t(59) = -2,993$; $p = 0,004$] ve toplam ortalama [$t(59) = -2,626$; $p = 0,011$] puanları medeni duruma göre farklılık gösterirken, sosyal alan puanları evli ve bekarlar arasında anlamlı olarak değişmemektedir [$t(59) = -1,477$; $p = 0,145$]. Sonuçlara göre bekarlar (Ort. = 3,571) evlilere (Ort. = 2,212) daha yüksek düzeyde başarı alanında aşırı genelleme puanları

bildirmiştir. Benzer şekilde, toplam ortalama aşırı genelleme açısından bakıldığında, bekarlar (Ort. = 3,911) evlilere (Ort. = 2,879) göre daha yüksek puanlar rapor etmiştir.

Kişiselleştirmenin başarı alanı [$t(59) = -1,360$; $p = 0,179$], sosyal alan [$t(59) = -1,098$; $p = 0,277$] ve toplam ortalama [$t(59) = -1,439$; $p = 0,155$] puanları medeni duruma bağlı olarak değişmemektedir.

Zorunluluk ifadeleri bilişsel çarpıtmalarının yalnızca sosyal alan puanları medeni duruma göre değişmektedir [$t(59) = -2,996$; $p = 0,004$]. Analiz sonucuna göre, bekarlar (Ort. = 3,714) evlilere (Ort. = 2,394) göre daha yüksek düzeyde sosyal alan zorunluluk ifadeleri bilişsel çarpıtması puanları bildirmiştir. Öte yandan, başarı alanında zorunluluk ifadeleri puanları [$t(59) = -1,439$; $p = 0,155$] ve toplam ortalama zorunluluk ifadeleri puanları [$t(59) = -1,439$; $p = 0,155$] medeni duruma göre farklılaşmamaktadır.

Olumluyu azımsamanın başarı alanı [$t(59) = -1,745$; $p = 0,086$], sosyal alan [$t(59) = -1,656$; $p = 0,103$] ve toplam ortalama [$t(59) = -1,899$; $p = 0,063$] puanları medeni duruma bağlı olarak değişmemektedir.

Türünden bağımsız olarak toplam başarı alanındaki [$t(59) = -1,230$; $p = 0,224$], sosyal alandaki [$t(59) = -1,855$; $p = 0,069$] ve toplam ortalama [$t(59) = -1,637$; $p = 0,107$] bilişsel çarpıtma puanlarının iki grup arasında değişip değişmediğini incelemek için yapılan bağımsız gruplar t-testleri sonuçları anlamsızdır. Bilişsel çarpıtmaların medeni duruma göre dağılımı Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Remisyonda BPB Tip 1 Hastalarda Bilişsel Çarpıtmaların Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Evli (n=33) Ort±Ss	Bekar (n=28) Ort±Ss	t	p	Fark
ZİHİN OKUMA					
Başarı alanı puanı	3,364±1,851	2,929±1,654	0,96	0,341	-
Sosyal alan puanı	3,727±2,020	3,036±1,551	1,479	0,145	-
Ortalama puan	3,545±1,760	2,982±1,443	1,351	0,182	-
FELAKETLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	3,636±1,917	3,750±1,878	-0,233	0,817	-
Sosyal alan puanı	2,697±1,648	3,750±1,669	-2,472	0,016	B > E
Ortalama puan	3,167±1,569	3,750±1,506	-1,473	0,146	-
İKİ UÇLU DÜŞÜNME					
Başarı alanı puanı	3,151±1,889	3,000±1,963	0,307	0,76	-
Sosyal alan puanı	3,364±1,901	3,929±1,844	-1,172	0,246	-
Ortalama puan	3,258±1,562	3,464±1,414	-0,538	0,593	-
DUYGUDAN SONUCA ULAŞMA					
Başarı alanı puanı	2,576±1,820	3,321±1,701	-1,643	0,106	-
Sosyal alan puanı	3,424±2,151	3,071±1,904	0,673	0,504	-
Ortalama puan	3,000±1,794	3,196±1,595	-0,448	0,656	-
ETİKETLEME					
Başarı alanı puanı	2,273±1,701	2,964±1,875	-1,51	0,136	-
Sosyal alan puanı	2,333±1,614	3,357±1,805	-2,309	0,024	B > E
Ortalama puan	2,303±1,536	3,161±1,769	-2,027	0,047	B > E
ZİHİNSEL FİLTRELEME					
Başarı alanı puanı	2,788±1,900	3,429±1,620	-1,403	0,166	-
Sosyal alan puanı	2,758±1,854	3,679±1,906	-1,908	0,061	-
Ortalama puan	2,773±1,781	3,554±1,583	-1,794	0,078	-

Tablo 18. devamı

AŞIRI GENELLEME					
Başarı alanı puanı	2,212±1,672	3,571±1,874	-2,993	0,004	B > E
Sosyal alan puanı	3,545±1,889	4,250±1,818	-1,477	0,145	-
Ortalama puan	2,879±1,484	3,911±1,581	-2,626	0,011	B > E
KİŞİSELLEŞTİRME					
Başarı alanı puanı	2,788±1,763	3,429±1,913	-1,36	0,179	-
Sosyal alan puanı	2,818±1,976	3,357±1,830	-1,098	0,277	-
Ortalama puan	2,803±1,591	3,393±1,601	-1,439	0,155	-
ZORUNLULUK İFADELERİ					
Başarı alanı puanı	3,545±2,195	3,321±1,701	0,439	0,662	-
Sosyal alan puanı	2,394±1,519	3,714±1,922	-2,996	0,004	B > E
Ortalama puan	2,970±1,436	3,518±1,607	-1,407	0,165	-
OLUMLUYU AZIMSAMA					
Başarı alanı puanı	2,424±1,437	3,143±1,779	-1,745	0,086	-
Sosyal alan puanı	2,939±2,045	3,714±1,512	-1,656	0,103	-
Ortalama puan	2,682±1,520	3,429±1,544	-1,899	0,063	-
BÇÖ Toplam Puan Ortalaması	29,379±12,364	34,357±11,171	-1,637	0,107	-
BÇÖ Başarı Alanı Puan Ortalaması	2,870±1,315	3,271±1,217	-1,23	0,224	-
BÇÖ Sosyal Alan Puan Ortalaması	3,003±1,243	3,561±1,077	-1,855	0,069	-

*p<0,05

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA VE YORUM

5.1. Olgu ve Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Bu araştırmanın temel amacı remisyonda BPB tip 1 tanısı alan hasta grubu ile, BPB tanısı olmayan sağlıklı kontrol grubunda bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını araştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; bilişsel çarpıtma düzeyleri remisyonda BPB tip 1 hastalarında, sağlıklı kontrol grubuna göre, toplam puan ve başarı alanı ortalama puanları açısından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bilişsel çarpıtmalar ölçeğinin 10 alt bilişsel çarpıtma türlerinin ortalama puanlarının karşılaştırmasında ise “felaketleştirme”, “aşırı genelleme”, “kişiselleştirme”, “zorunluluk ifadeleri” ve “olumluyu azımsama” bilişsel çarpıtma türlerinde sağlıklı kontrol grubuna göre remisyonda BPB tip 1 hastalarında anlamlı olarak yüksek değerler bulunmuştur. Sadece “zihin okuma” bilişsel çarpıtma türünde sağlıklı kontrol grubunda remisyonda BPB tip 1 hastalarına göre yüksek anlamlılık belirlenmiştir. “İki uçlu düşünme”, “duygudan sonuca ulaşma”, “etiketleme” alt bilişsel çarpıtma türlerinde her iki grup arasında ortalama puanlar açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Remisyonda BPB tip 1 hastalarının Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeğinden aldıkları puanlar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum özelliklerine göre de karşılaştırılmış ve remisyonda BPB tip 1 hastalarında bilişsel çarpıtma düzeyleri ortalama puanlarında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve medeni durum değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Araştırmanın alt amaçlarından biri olan 2 yıldır remisyonda olanlar ile son iki yılda en az bir atak geçirmiş olan BPB tip 1 hastaları arasında bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında yapılan karşılaştırmada BÇÖ toplam puan, başarı ve sosyal alan ortalama puanlarının ve “felaketleştirme”, “iki uçlu düşünme” ve “kişiselleştirme” ortalama puanlarının anlamlı olarak atak geçirmemiş olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Duygusal bozukluğu olan kişilerde bilişsel alıştırmalar uygularken, sık sık bilişsel çarpıtma vakaları gözlemlendiğine dair araştırma bulgularının olması (Bowie ve ark., 2013), klinik ve epidemiyolojik çalışmaların, farmakoterapiye rağmen, BPB'li hastaların ötimik evrede bile sıklıkla rezidüel ruh hali belirtileri yaşamaya devam

ettiğine dair kanıtlar sunmuştur (Akiskal ve ark., 2008). BPB hastalarında remisyon döneminde de duygusal rezidüel belirtilerin olabileceğini ve bilişsel bakış açısı ile bu duygusal belirtilere aracılık eden bilişsel çarpıtmaların, BPB’de yaşam kalitesinin ve fonksiyonel sonuçların büyük ölçüde daha düşük olmasına neden olduğunu düşündürmüştür. Bu nedenle, hem olumlu hem de olumsuz duyguları etkin bir şekilde düzenleme yeteneğinin BPB'deki klinik seyir için önemli olabileceği ve olumsuz duygusallık, olumsuz duyguları düzenleyen uyumsuz stratejilerin düşük işlevsellik ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Özetle bilişsel-davranışçı bakış açısı ile BPB’de remisyon döneminde var olan olumlu ve olumsuz duyguları düzenleyen uygunsuz stratejilerin bilişsel çarpıtmalar ile kendini gösterebileceği düşünülmüştür. Çalışma sonucunda elde edilen toplam puan açısından bilişsel çarpıtma düzeylerinin remisyonunda BPB tip 1 hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olması bu çıkarımları desteklemiştir. Ayrıca son 2 yıldır remisyonunda olan hastalarla, bu süreçte atak geçirmiş olan hastalar arasında yapılan değerlendirmede; her ne kadar atak sıklığı göz önünde bulundurulmamışsa da iki grup arasında bilişsel çarpıtma düzeylerinde anlamlı farklılığın olması ve özellikle “felaketleştirme”, “iki uçlu düşünme” ve “kişiselleştirme” bilişsel çarpıtmalarının atak geçirenlerde anlamlı olarak yüksek belirlenmesi, remisyon döneminde bilişsel çarpıtma düzeylerinin yüksekliği ile atak riski arasında ilişki olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışma bulgularından elde edilen sonuçlardan biri de, Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği alt boyutlarından olan zihin okumanın sosyal alan ortalama puanında, remisyonunda BPB tip 1 hastalarına göre sağlıklı kontrol grubunda daha yüksek bulunmuş olmasıdır. Sağlıklı kontrol grubunun remisyonunda bipolar hastalarına göre daha çok zihin okuma bilişsel çarpıtmalarını yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde, otonomik kişilik özelliği bulunan kişilerin daha çok zihin okuma yaptıkları bulgulanmıştır (Beck, 2001). Bunun neticesinde, bireyler başarı odaklı olmalarından dolayı sosyal alanlarını kontrol etmeye çalışırken zihin okumaya daha sık başvurdukları düşünülmektedir. Ayrıca, Bora ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmanın sonucunda da sağlıklı kontrol grubunun, ötimik Bipolar Affektif Bozukluğu bulunan kişilerle karşılaştırılması sonucu, daha yüksek zihin okuma yaptığını gösterdiklerini saptamışlardır. Bilişsel çarpıtma alt boyutu olan zihin okuma; aslını bilmeden, araştırmadan karşısındaki kişinin ne düşündüğünü bildiğine inanmak şeklinde tanımlanmaktadır. Zihin okumanın, kaygının en güçlü belirleyicisi olduğunu belirtmektedir (Schwartz ve Maric, 2015). BPB’de otonomi kaybının remisyonunda ve

atak sırasında normal bireylere göre daha yüksek olması zihin okuma bilişsel çarpıtmasını daha az kullanıyor olabileceklerini düşündürmüştür.

Felaketleştirmenin başarı alanı ve ortalama puanı remisyonunda bipolar tip 1 tanısı almış hasta grubu, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu bulgu Green ve arkadaşlarının (2011), yaptığı çalışmada felaketleştirmenin ve kendini suçlama eğiliminin BPB’de sık görüldüğüne dair bulguları ile örtüşmektedir. Felaketleştirme; diğer muhtemel sonuçları hesaba katmadan geleceği hep olumsuz olarak görmektir. Bu anlamda BPB tip 1 tanısı almış remisyon döneminde felaketleştirme bilişsel çarpıtmasının anlamlı olarak yüksek bulunması özellikle depresif atak eğilimine katkıda bulunuyor olabilir. Bu konuda depresif atak sıklığı ile felaketleştirme bilişsel çarpıtma ilişkisinin incelendiği araştırmalara ihtiyaç vardır.

Duygudan sonuca ulaşma bilişsel çarpıtma alt boyutunun remisyonunda BPB tip 1 tanısı almış olan hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında ortalama puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sadece başarı alan puanında remisyonunda BPB tip 1 hastalarında anlamlı yükseklik belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, bu duruma benzer olarak, yapılan çalışmalarda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite belirtileri yüksek olan kişilerin, sağlıklı kontrol grubuna göre duygudan sonuca ulaşma konusunda daha çok çarpıtma yaptığı belirtilmektedir (Çelik, 2019). Duygudan sonuca ulaşma; durumun tam tersine kanıtlar olmasına rağmen, kişinin bunları yok sayarak, sadece öyle hissettiği için bir şeyin doğru olduğuna inanması olarak tanımlanmaktadır. Bu çarpıtmanın duygu düzenleme stratejilerinin yetersizliği ile ilgili kanıtlar sunulan BPB için yüksek anlamlılıkta bulunması beklenmiştir. Ancak sadece başarı alanında anlamlı yüksek bulunması, sosyal alanda farklılık belirlenmemesi, örneklemin küçüklüğü ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda aşırı genellemenin, zorunluluk ifadelerinin ve kişiselleştirmenin sosyal alanının ve ortalama puanının remisyonunda bipolar tip 1 tanısı almış olan hasta grubunda, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aşırı genelleme ve zorunluluk ifadeleri bilişsel çarpıtma alt boyutlarının anksiyete tanısı alan hasta grubunda, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha fazla kullanıldığı bulgusuna dair çalışmalar bulunmakla birlikte (Suadiye ve Aydın, 2009; Çelik, 2019), bu konuda remisyonunda BPB tip 1 tanısı almış hastalar ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Olumluyu azımsama başarı alanının, sosyal alanının ve ortalama puanı remisyonunda bipolar tip 1 bozukluk tanısı almış olan hasta grubu, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak remisyonunda BPB tip 1 hastalarında daha

yüksek bulunmuştur. Bilişsel çarpıtmaların alt boyutları olan aşırı genelleme, kişiselleştirme, zorunluluk ifadeleri ve olumluyu azımsamanın ortak olarak sosyal alanında remisyonda bipolar bozukluk tip 1 hastalarının daha çok çarpıtma yaptığı bulgusunun, bu kişilerin sosyal alandaki kaygı bozuklukları ile ilişkilendirilebilir.

5.2. Son İki Yıldır Remisyonda Olan BPB Tip 1 Hastalarla Son İki Yılda En Az Bir Atak Geçiren BPB Tip 1 Hastaların Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri Arasında Farklılıklar

Bilişsel çarpıtmaların son iki yıldır remisyonda olan bipolar bozukluk tip 1 hastaları ile son iki yılda en az bir atak geçirmiş olan bipolar bozukluk hastaları arasındaki farklılık bağımsız grup t-testi ile incelenmiştir. Bu çalışmada, son iki yıldır remisyonda bipolar bozukluk tip 1 hastalar ile son iki yılda en az bir atak geçiren bipolar bozukluk tip 1 hastalarının bilişsel çarpıtmalar açısından karşılaştırıldığında sonuçlara göre; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Son iki yılda en az bir atak geçiren BPB tip 1 hastalarda, remisyonda kalan hastalara göre bilişsel çarpıtma türlerinden özellikle felaketleştirme, iki uçlu düşünme, kişiselleştirmede anlamlı yükseklik belirlenmiştir. Genel olarak bilişsel çarpıtma düzeyleri toplam puanı, başarı alanı ve sosyal alan ortalama puanı da son iki yıldır remisyonda olan BPB hastalarına göre yüksek bulunmuştur. Felaketleştirmenin bipolar bozukluk üzerinde etkili olabileceği konusunda yapılan araştırmaları destekler niteliktedir (Green ve ark., 2011). Bilişsel çarpıtmaların iki yıldır remisyonda olan hastalarda, son iki yılda atak geçiren hastalara oranla daha düşük olarak belirlenmesi bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 hastalarında atak gelişme riski ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

5.3. Remisyonda BPB Tip 1 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Yaş değişkenine göre, remisyonda bipolar bozukluk tip 1 tanısı almış olan hasta grubunun Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nde bulunan alt boyutlardan zihin okuma, felaketleştirme, iki uçlu düşünme, duygudan sonuca ulaşma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, zorunluluk ifadeleri ve olumluyu azımsama puanları incelenmiştir. Yaptığımız bu çalışmada remisyonda bipolar bozukluk hastalarının bütün bilişsel çarpıtma alt boyutları ile ilgili anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Eğitim düzeyi değişkenine göre, remisyonda bipolar bozukluk tip 1 tanısı almış olan hasta grubunun Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nde zihin okuma, felaketleştirme, iki uçlu düşünme, duygudan sonuca ulaşma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme ve olumluyu azımsama alt boyutları incelenmiştir. Yaptığımız bu çalışmada remisyonda bipolar bozukluk tip 1 hastalarının bilişsel çarpıtmalar alt boyut puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, yalnızca zorunluluk ifadelerinin sosyal alanı puanlarının eğitim düzeyine göre değiştiği bulgulanmıştır. Yapılan post-hoc analizine göre, üniversite mezunları ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek düzeyde sosyal alanda zorunluluk ifadeleri puanına sahip olduğu gösterilmektedir. Ayrıca, lise mezunlarının sosyal alanda zorunluluk ifadeleri puanları ilköğretim ve üniversite mezunlarından anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bu durumlarda, eğitim süresinin artması, bilişsel çarpıtmaların alt boyutu olan zorunluluk ifadelerinin sosyal alanında artacağı yönünde bir sonuç çıkarılabilir. Zorunluluk ifadeleri; kişinin kendisinin veya başkalarının nasıl davranması gerektiği konusunda kesin fikirlerinin olması ve bunların gerçekleşmemesi durumunda olası sonuçları abartmasıdır. Bu yüzden, eğitim aldıkları süre boyunca, daha çok sosyal etkileşimde bulunmuş olan remisyonda BPB tip 1 hastalarının, hastalıkla ilgili toplumsal kaygılarının sosyokültürel düzeyleri arttıkça yükseldiği ve sosyal çevreyle ilişkilerinde daha kuralcı davranarak, zorunluluk ifadelerini daha çok kullandıkları düşünülebilir.

Bu araştırmada, remisyonda bipolar bozukluk tanısı almış olan hasta grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeğinin alt boyutları cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırıldığında sonuçlara göre; kadın ve erkek gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemektedir. Cinsiyetin bilişsel çarpıtmaları etkileyen bir değişken olmadığı üzerine çalışmalar bulunmakta olup bu durumu desteklemektedir (Güven,2005, Kuyucu, 2007). Fakat bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, cinsiyete göre farklılaştığı görülen tek bilişsel çarpıtma alt boyutu başarı alanında olumluyu azımsama olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre remisyonda BPB tip 1 hastalarında kadınlar erkeklere göre daha yüksek düzeyde başarı alanında olumluyu azımsama bilişsel çarpıtmasını kullandığı bulgulanmıştır.

Remisyon dönemindeki bipolar hastalarının medeni durumunun bilişsel çarpıtmalar açısından bir farklılık oluşturup oluşturmadığının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, bekar bireylerin, bilişsel çarpıtmaların alt boyutları olan etiketleme ve aşırı genelleme ortalama puanlarının evli bireylere göre yüksek olduğu tespit edilmiş, ancak BÇÖ toplam puanlarında, başarı ve sosyal alan genel ortalamalarında anlamlı bir

farklılık saptanmamıştır. Bilişsel eksikliklerin genellikle BPB’de sabit kaldığına dair araştırma bulguları bulunmaktadır (Szmulewicz ve ark., 2015). Bilişsel bakış açısı da bilişsel çarpıtmaların öznel olduğunu ve kişinin olayları algılayış şeklinin, başa çıkma tutumlarıyla yakından ilişkili olduğunu belirtmektedir. Kişinin olayı tanımlamasını ve değerlendirmesini, ona olumlu ya da olumsuz bir değer yüklemesini bu bilişsel etkenler sağlamaktadır. Kişide var olan bilişsel çarpıtmaların çocukluktan itibaren geliştiği ve öznellediği, tedavi ile kişinin çarpıtmalarını farkındalığının artırılması ve yeniden düzenlenmesi dışında değişmeyeceği kabul edilmektedir. Bu nedenle bu çalışma bulgularında da görüldüğü üzere, bilişsel çarpıtmalar kişinin yaş, medeni durumu ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlere göre farklılık göstermemesi beklenen bir sonuç olmuştur.

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma, remisyonda BPB tip 1 tanısı almış hastalarda bilişsel çarpıtma düzeylerinin değerlendirildiği literatürdeki sınırlı çalışmalardan biridir. Ana hipotez olan remisyonda BPB tip 1 hastalarda bilişsel çarpıtmaların, sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olma durumu yapılan çalışma ve analizler sonucu doğrulanmıştır. Remisyonda BPB tip 1 hastalarında daha yüksek olduğu görülen Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puan ortalamalarının, bu hastalarda bilişsel davranışçı terapi ile çalışmanın gerekliliğine işaret etmektedir.

Bu çalışmada Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği alt boyutlarından olan “zihin okuma”, “iki uçlu düşünme”, “duygudan sonuca ulaşma”, “etiketleme” ve “zihinsel filtreleme” dışındaki tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamasında remisyonda BPB tip 1 hastalarının puanları, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Ancak, hasta grubunun cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim düzeyi gibi bağımsız değişkenler ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Bu bulgular bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin remisyonda BPB tip 1 hastalarına uygulanabileceğini göstermektedir. Yapılan çalışmalar, genellikle kısmi remisyonadaki veya ötimik dönemdeki hastalarda gerçekleştirilmiştir (Scott, 2006).

Bipolar bozukluk toplumda görülme sıklığı yaygın olan psikiyatrik bozukluklardan biridir. Bu kişilerin bilişsel işlevlerini etkileyebildiğinden hem bireyi hem toplumu etkileyebilmektedir. Son iki yıldır remisyonda olan hastaların, son iki yılda atak geçiren hastalar göre daha düşük olarak belirlenmesi durumu bilişsel çarpıtmaların remisyonda BPB tip 1 hastaların atak gelişme riskleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

6.2. Öneriler

Bipolar bozukluğun kalıtsal ve biyolojik kökenli bir bozukluk olduğu görüşü, bu bozukluğun tedavi süresince bilişsel modellerin öneminin anlaşılmasını geciktirmiştir. Yapılan çalışmayla; bilişsel-davranışçı teknikler bu gibi durumlarda güçlü bir alternatif strateji olarak kullanılabilir.

Bu çalışma yapılırken, yurt içinde benzer çalışmalar olmaması nedeniyle yurt içi çalışmalar ile yeterli kıyaslamalar yapılamamıştır. Yurt içinde bu konuda araştırma yapılması literatüre katkıda bulunacaktır.

Bu araştırmada bilişsel çarpıtma alt boyutlarının düzeylerini değerlendirerek elde edilen bulgular, yapılan çalışmanın olgu-kontrol olduğunu göz önünde bulundurarak değerlendirilmelidir. Bu çalışmanın, daha güçlü ve yararlı olması için yapılan araştırmanın evren ve örnekleme genişletirilerek, daha fazla remisyonda BPB tip 1 hastalarıyla tekrarlanabilir.

7. KAYNAKÇA

- Abdolmaleky, H. C. (2006). Hypomethylation of MB-COMT promoter is a major risk factor for schizophrenia and bipolar disorder. *Human Molecular Genetics*, 15(21), 3132-45.
- Akdemir, A. Ö. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4, 251-259.
- Akiskal, H. B. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59(1), 5-30.
- Altshuler, L. K. (2010). Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation bipolar treatment outcome network. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 708-15.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 143-151.
- Ardanç, P. (2017). Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Azorin, J. B. (2013). Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: findings from an admixture analysis. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 993-1000.
- Back, C. B. (1996). The performance of schizophrenics on three cognitive tests of Malingering, Rey 15-Item Memory Test, Rey Dot Counting, and Hiscock Forced-Choice Method. *Assessment*, 3(4), 449-457.
- Baldessarini, R. T. (2012). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, 11(1), 40-6.
- Bay, A. (2003). Bilişsel davranışçı terapilerin tarihi. *3p Dergisi*, 11(Ek2), 5-8.
- Beck A.T. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nature Medicine*, 12, 10.
- Beck, A. (2015). *Bilişsel davranışçı terapi temelleri ve ötesi*. (M. Şahin, Çev.) Ankara: Nobel.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. theory and therapy . *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. USA: The Guildford Pres.
- Beck, A.T., Alford, H.S. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (2014). *Bilişsel davranışçı terapi temelleri ve ötesi*. (M. Şahin, Çev.) İstanbul: Nobel.
- Beck, J. S. (2001). *Bilişsel terapi: temel ilkeler ve ötesi*. (F. B. N. Hisli Şahin, Çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Birliği, A. P. (2000). *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı* (Cilt DSM-IV-TR). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Birliği, A. P. (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı* (Cilt DSM-V). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekim Yayın Birliği.
- Bora, E. V. (2015). Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 110-6.
- Bowie C.R. ve G. M. (2013). Cognitive remediation therapy for mood disorders: rationale, early evidence, and future directions. *Can J Psychiatry*, 58, 319-325.
- Burns, D. D. (2014). *İyi hissetmek: yeni duygudurum tedavisi* (Cilt 15. Baskı). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Cavanagh, J. V. (2002). Case control study of neurocognitive function in euthymic bipolar disorder: an association with mania. *Br J Psychiatry*, 180, 320-326.
- Clark, L. I. (2002). Sustained attention deficit in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 180, 313-319.
- Colom F., V. E. (2004). *Manual de Psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Medica.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (Cilt 288). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Craddock, N. S. (2013). Bipolar disorder 1 - genetics of bipolar disorder. *Lancet*, 381(9878), 1654-62.

- Çelik, N. (2019). Kadın tutuklu hükümlülerin travma düzeyleri ve bilişsel çarpıtma şekillerinin toplum örnekleme ile karşılaştırılması. Işık Üniversitesi, İstanbul.
- Dempster, E. P. (2011). Disease-associated epigenetic changes in monozygotic twins discordant for schizophrenia and bipolar disorder. *Human molecular genetics*, 20(24), 4786-96.
- Dinç, M. (2012). Aaron temkin beek: eleştirel düşüncenin peşinden yaratıcı bir psikoterapi kuramına. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 70-76.
- Fennell, M. J. (1999). *Overcoming low self-esteem*,. London: Constable and Robinson Ltd. Finn, CT.,.
- Gilbert K.E., N.-H. S. (2013). Positive emotion dysregulation across mood disorders: How amplifying versus dampening predicts emotional reactivity and illness course. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 736-741.
- Goodwin, .. J. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford University Press.
- Göğüş, A. D. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Görün, O. (1991). *Psikoloji sözlüğü*. İstanbul: İnkılap Yayınları.
- Grande, I. B. (2016). Bipolar disorder. *Lancet*, 1561-72.
- Green, M. J. (2011). Cognitive emotion regulation in bipolar disorder and unaffected biological relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 307-316.
- Güven, N. (2005). İlişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ve evlilikte problem çözme becerilerinin evlilik doyumu ile ilişkisi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hiçdurmaz, D. v. (2011). Benliğin bilişsel yaklaşımla güçlendirilmesi (Derleme). *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 68-78.
- Holmes, M. B. (2009). Conceptualizing impulsivity and risk taking in bipolar disorder: importance of history of alcohol abuse,. *Bipolar Disorders*, 11(1), 33.
- Işık, E. (1991). *Duygudurum bozuklukları, depresyon ve mani*. İstanbul: Boğaziçi Matbaası.
- Işık, E. (2003). *Depresyon ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık.

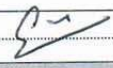
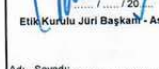
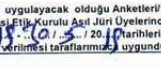
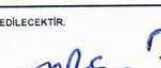
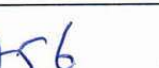
- Işık, E. (2003). *Duygu durumu bozuklukları, depresyon ve bipolar bozukluklar*. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası.
- Işık, E. (2013). *Depresif ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Rotatıp Kitabevi.
- Johnson S.L, M. G. (2008). Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 702-713.
- Judd, L. L. (2008). Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorder and rapid episode relapse/recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 65, 386-394.
- Kanske P., S. S. (2015). Impaired regulation of emotion: Neural correlates of reappraisal and distraction in bipolar disorder and unaffected relatives. *Translational Psychiatry*, 5(1), e497.
- Kara, K. A. (2013). Bipolar bozuklukta nörogörüntüleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1).
- Karadağ F., O. E. (2001). Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 107-114.
- Karamustafalıoğlu, N. T. (2004). İki uçlu mizaç bozuklugunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları/Gender differences in bipolar disorder and treatment implications. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 28.
- Karamustafalıoğlu O. (2018). *Temel ve klinik psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Kieseppä, T. P. (2004). High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1814-21.
- Kılınç, H. (2005). Ergenlerin yalnızlık düzeyleri ve kişilerarası ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi, Ankara
- Kochman F.J, H. E. (2005). Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*.
- Köroğlu, E. T. (2015). *Psikoterapi yöntemleri: kuramlar ve uygulama yönergeleri*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Kuyucu, Y. (2007). Boşanmış ailede yetişen ergenlerin bilişsel çarpıtmalarıyla benlik değeri arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

- Leppanen, J. M. (2006). Emotional information processing in mood disorders: a review of behavioral and neuroimaging findings. *Current Opinion in Psychiatry*, 34-39.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: NY: Guilford Press.
- Machado-Vieira, R. I. (2011). Histone deacetylases and mood disorders: epigenetic programming in gene-environment interactions. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17(6), 699-704.
- McGuffin, P. R. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 497-502.
- Merikangas, K. J. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-51.
- Miklowitz D.J, S. J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorder*, 11, 110-22.
- Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Munkholm, K. V. (2012). State-related alterations of gene expression in bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disorders*, 14(7), 684-96.
- Murray, C. L. (1996). Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 740-3.
- Nurnberger, J. K. (2014). Identification of pathways for bipolar disorder: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 71(6), 657-64.
- Nurnberger, J. K. (2014). Identification of pathways for bipolar disorder: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 71(6), 657-64.
- Öztürk, M. &. (2008). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- Robinson, L. T. (2006b). A metaanalysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 93, 105-115.
- Rowland J.E., H. M. (2013). Cognitive regulation of negative affect in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 208, 21-28.
- Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: lippincott Williams & Williams.

- Sadock, B. S. (2007). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (Cilt 8.baskı). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Sarı, T. (2012). Evli bireylerin ebeveyn algıları, otomatik düşünceleri ve bağlanma stillerinin evlilik doyumu ile ilişkisi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Savaşır, I. B. (2003). *Bilişsel-davranışçı görüşme ve değerlendirme süreçleri*. Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları.
- Savaşır, I. S. (2009). *Bilişsel davranışçı terapiler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları .
- Schwartz, J. S. (2015). Negative cognitive errors in youth: specificity to anxious and depressive symptoms and age differences. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 434(5), 526-537.
- Scott J, G. A. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med*, 31(3), 459-67.
- Sharf, R. S. (2015). *Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases*. Cengage Learning.
- Smoller, J. (2006). *Genetic counseling in psychiatry*. Harvard Review of Psychiatry.
- Suadiye, Y. A. (2009). Anksiyete bozukluğu olan ergenlerde bilişsel hatalar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 172-179.
- Szmulewicz A.G., S. C. (2015). An updated review on the neuropsychological profile of subjects with bipolar disorder. *Archives of Clinical Psychiatry*, 139-146.
- Thomas J., K. R. (2007). Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 100, 249-252.
- Tsuchiya, K. A. (2004). Higher socio-economic status of parents may increase risk for bipolar disorder in the offspring. *Psychological Medicine*, 34(5), 787-93.
- Türkçapar, H. (2012). *Bilişsel terapi [cognitive therapy]*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- VanderBos, G. (. (2007). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Yeloğlu, Ç. H. (2017). Önemli bir ruğ sağlığı sorunu: bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30).
- Young R.C., B. J. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133, 429-435.

8. EKLER

8.1. Etik Kurulu Onay Belgesi

T.C. ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ / ARAŞTIRMA / ANKET / ÇALIŞMA İZİNİ / ETİK KURULU İZİNİ TALEP FORMU VE ONAY TUTANAK FORMU	
ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
T.C. NOSU	16639201626
ADI VE SOYADI	Güneş ÖZYILDIZ
ÖĞRENCİ NO	201710005
TEL. NO' LARI	5467371881
E - MAIL ADRESLERİ	gunes_ozyildiz@hotmail.com
ANA BİLİM DALI	Psikoloji
PROGRAM ADI	Psikoloji Y.L.
BİLİM DALININ ADI	Sosyal Bilimler Enstitüsü
HANGİ AŞAMADA OLDUĞU (DERS / TEZ)	Tez
İSTEKDE BULUNDUĞU DÖNEME AİT DÖNEMLİK KAYITIN YAPILIP-YAPILMADIĞI	2018 / 2019 - Bahar DÖNEMİ KAYITINI YENİLEMEDİM (YENİLEDİM)
ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
TEZİN KONUSU	Bipolar Hastalarda Remisyon Döneminde Bilişsel Çarpıtmalar ile Tedaviye Uyum ve Hastalık Seyri İlişkisi
TEZİN AMACI	Bu çalışmada bilişsel çarpıtmaların bipolar hastalarda normal sağlıklı popülasyona göre farkliliğini ve hastalık seyrini tedaviye uyum üzerine etkisini araştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlarla bipolar hastalarda tedaviye uyumda bilişsel çarpıtmaların önemi konusunda fikir sunmak ve bu konuda yapılacak çalışmalara kaynak oluşturmak amaçlanmıştır.
TEZİN TÜRKÇE ÖZETİ	Bipolar bozukluk (BPB), depresyon ve/veya mani atakları ile karakterize kronik bir ruh hastalığıdır. Bipolar bozukluğa yönelik etkili psikolojik müdahalelere ve etkili ilaç tedavisine rağmen, BPB hastalarının %50'si ilk yıl içinde ve %70-73'ü beş yıl içinde tekrar etmektedir. Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, farmakoterapiye rağmen, BPB olan hastaların ömür boyu bile sürekli rezidüel semptomlar yaşamaya devam ettiğini belgelemiştir. Birçok BPB hastasında yüksek nöks oranı ve rapor edilmemiş rezidüel semptomlar mevcut BPB tedavisinde bir boşluk olduğunu göstermektedir. Yüksek nöks oranlarının önemli bir nedeni de tedavi uyumsuzluğu olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada bilişsel çarpıtmaların bipolar hastalarda normal sağlıklı popülasyona göre farkliliğini ve hastalık seyrini tedaviye uyum üzerine etkisini araştırmayı amaçladık. Elde edilen sonuçlarla bipolar hastalarda tedaviye uyumda bilişsel çarpıtmaların önemi konusunda fikir sunmayı ve bu konuda yapılacak çalışmalara kaynak oluşturmayı amaçladık. Bu çalışmaya psikiyatri bipolar polikliniğinde ayakta izlenen 18 yaş üstü her iki cinsiyetten remisyonunda bipolar hastalar alınacaktır. Çalışma 2019 yılı Nisan-Temmuz ayları arasında yürütülecektir. Çalışmaya yaklaşık 100 bipolar hasta ve 100 sağlıklı kontrol grubu alınması planlanmıştır. Bilişsel çarpıtmaların bipolar hastalarda sağlıklı kontrolere göre farkliliğı ve bilişsel çarpıtmaların tedavi uyumu ve hastalık seyrini ilişkisi konusunda bilgi edinilmesi ve tedavi uyumunu artırıcı müdahalelere ve ileri dönemde bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutması yararı beklenmektedir.
ARAŞTIRMA YAPILACAK OLAN SEKTÖRLER / KURUMLARIN ADLARI	Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniği
İZİN ALINACAK OLAN KURUMA AİT BİLGİLER (KURUMUN ADI - ŞUBESİ / MÜDÜRLÜĞÜ - İLÇESİ)	Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniği - Sarıçam/ADANA
YAPILMAK İSTENEN ÇALIŞMANIN İZİN ALINMAK İSTENEN KURUMUN HANGİ ÖLÇELERİNE HANGİ KURUMUNA HANGİ BÖLÜMÜNDE/ HANGİ ALANINA/ HANGİ KODLARDA/ HANGİ GRUBA/ KİMLERE/ NE UYULANACAK/ OBI AYRINTILI BİLGİLER	Sarıçam/ADANA, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Bipolar Polikliniği, bipolar hastalarda bilişsel çarpıtma düzeyleri ölçülmek üzere Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği uygulanacaktır.
UYULANACAK OLAN ÇALIŞMAYA AİT ANKETLERİN ÖLÇEKLERİN BAŞLIKLARI/ HANGİ ANKETLERİN ÖLÇEKLERİN UYULANACAK	
EKLER (ANKETLER, ÖLÇEKLER, FORMLAR GİBİ EVRAKLARIN İSİMLERİYLE BİRLİKTE KAÇ ADET SAYFA OLUKLARINA AİT BİLGİLER İLE AYRINTILI YAZILACAKTIR)	1) İÇ GÖRÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (1 SAYFA) ÖLÇEĞİ (1 SAYFA) 4) BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ (8 SAYFA) 2) MORISKY İLAÇ UYUM 3) SOSYODEMOGRAFI BİLGİ FORMU (2 SAYFA)
ÖĞRENCİNİN ADI - SOYADI: Güneş ÖZYILDIZ	ÖĞRENCİNİN İMZASI: 
TEZ / ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRME SONUCU	
1. Seçilen konu Bilim ve İş Dünyasına katkı sağlayabilmektedir.	
2. Anılan konu faaliyet alanı içerisinde girmektedir.	
1. TEZ DANIŞMANININ ONAYI	
Adı - Soyadı: Soner Çelikkale	Adı - Soyadı: Murat KOC
Unvanı: Dr. Öğr. Üyesi	Unvanı: Doç. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
2. TEZ DANIŞMANININ ONAYI (VARSA)	
Adı - Soyadı: Mustafa BAŞARAN	Adı - Soyadı: Yücel ERTEKİN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
ETİK KURULU ASIL ÜYELERİNE AİT BİLGİLER	
Adı - Soyadı: Mustafa BAŞARAN	Adı - Soyadı: Deniz AYRIN ÖLER
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Yücel ERTEKİN	Adı - Soyadı: Ali Engin OBA
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası: 	İmzası: 
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmzası:	İmzası:
Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN	Adı - Soyadı: Mustafa TEVİK ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.

8.2. Bilgilendirme ve Onam Formu

REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALAR

BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bipolar Bozukluk (BPB), depresyon ve/veya mani atakları ile karakterize kronik bir ruh hali rahatsızlığıdır. BPB'ye yönelik etkili psikolojik müdahalelere ve etkili ilaç tedavisine rağmen, BPB hastalarının %50'si ilk yıl içinde tekrarlanır ve %70-73'ü beş yıl içinde tekrar eder. Bu yüksek nüks oranında hastaların tedaviye uyum sorunları ve içgörü azlığı önemli faktörlerdir. BPB'de remisyon döneminde bireylerin sahip olduğu bilişsel çarpıtmaların da tedaviye uyumu etkileyeceği öngörülmektedir.

Bu nedenle Dr. Öğretim Üyesi Soner ÇAKMAK'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Tez Öğrencisi Güneş ÖZYILDIZ tarafından yürütülecek olan bu tez çalışmasında psikiyatri polikliniğinde BPB tanısı ile izlenen bireylerde bilişsel çarpıtmaların düzeylerinin belirlenmesi ve bunun tedaviye uyum ve hastalık seyri ile ilişkisin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Çalışmaya katılmamanız tedavi sürecinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

**YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE KLİNİK
GÖRÜŞME VE PSİKOLOJİK TESTLERİN UYGULANMASINI KABUL
EDİYORUM.**

ADI SOYADI: BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN VE ONAMI ALAN:

TARİH: TARİH:

İMZASI: İMZASI:

TANIK:

İMZASI:

8.3. Sosyodemografi Bilgi Formu**Ad Soyad:****Yaş:****Cinsiyet:****Medeni Durum:****Eğitim Düzeyi:**

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Üniversite

8.4. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği

DÜŞÜNME TÜRLERİ ÖLÇEĞİ (BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ)

Yönerge: Bu kısımda, kullandığınız farklı düşünme türleri hakkında bilgi edinmek istemekteyiz. İzleyen kısımda, 10 tür düşünme türü okuyacaksınız. Size her bir düşünme türünün açıklaması verilecektir. Ayrıca düşünme türünü açıklamaya yardımcı olacak iki vaka örneği de okuyacaksınız. Biri sosyal ilişkilere (arkadaşlar, eşler ya da aile gibi) ve diğeri kişisel başarılarla değinen (bir testi geçme ya da işle ilgili bir görevde başarısız olma gibi) iki vaka örneği her bir düşünce türü için verilecektir. Bu örnekler, her bir düşünme türünün gerçek hayat senaryosu içinde nasıl görüldüğünü anlamanızda size yardımcı olmak amacıyla kullanılmıştır.

Sizden istenen, açıklanan düşünme türünü anlamaya çalışmanızdır. Daha sonra sizden bu düşünme türünü ne sıklıkla kullandığınızı değerlendirmeniz beklenmektedir. Daha önce açıklanan iki alanda (sosyal ilişkiler ve başarı) bu düşünme türünü ne sıklıkta kullandığınızı konusunda düşünmeniz istenecektir. Lütfen cevaplarınızı iyice düşündükten sonra veriniz.

1- ZİHİN OKUMA

İnsanlar bazen başkalarının onlar hakkında olumsuz düşündüğünü varsayarlar. Bu durum, diğer kişi olumsuz herhangi bir şey söylemediğinde bile ortaya çıkabilir. Bu, bazen, zihin okuma olarak adlandırılır. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Ayşe, erkek arkadaşı Kerem ile kahve içmektedir. Kerem durgundur ve Ayşe ters giden bir şeyin olup olmadığını sorar. Kerem 'iyi' olduğunu söyler. Ayşe ona inanmaz. Kerem'in kendisiyle mutsuz olduğunu düşünür.

Lütfen, bu örnekte olduğu gibi, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler ve aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla zihin okuma yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Mert, haftalardır bir proje üzerinde çalışmaktadır. Sonunda patronuna projenin bitmiş halini teslim eder. Patronunun projesi konusunda ne düşündüğünü merak etmektedir. Birkaç gün geçtikten sonra Mert, patronunun onun beceriksiz olduğunu düşünüyör olmasından endişe etmeye başlar.

Lütfen, bu örnekte olduğu gibi başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla zihin okuma yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

2- FELAKETLEŞTİRME

İnsanlar gelecek hakkında olumsuz öngörülerde bulunabilirler. Bu öngörüler için yeterli kanıt olmadığında, bu durum Felaketleştirme olarak adlandırılır. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

8.5. Çağ Üniversitesi İzin Belgesi



T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
ÇAĞ UNIVERSITY

SAYI : 23867972/58-283
KONU: Tez Anket İzini Hakkında

30.04.2019

T.C.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ BALCALI HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE

ADANA

1. Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında kayıtlı olup, programdaki kaydı halen devam etmekte olan ve tez aşamasına geçmiş olan 201710005 numaralı **Güneş ÖZYILDIZ**, “**Bipolar Hastalarda Remisyon Döneminde Bilişsel Çarpıtmalar ile Tedaviye Uyum ve Hastalık Seyri ilişkisi**” konulu tez çalışmasını Çukurova Üniversitesi öğretim üyesi olan **Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK** danışmanlığında halen yürütülmektedir.
2. Adı geçen öğrencinin bu tez çalışması kapsamında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Bipolar Polikliniğine başvuran Bipolar hastalara uygulanmak üzere kopyası Ek’te sunulan anket uygulamasının yapılması planlanmıştır.
3. Bu kapsamda, adı geçen öğrencinin bu tez çalışması ile ilgili Ek’lerde sunulan anketi uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda bilginizi rica ederim.

Prof. Dr. Ünal AY
Rektör

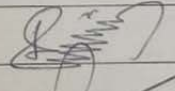
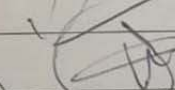
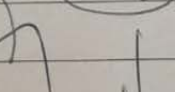
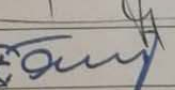
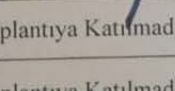
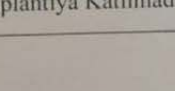
EKLERİ: 11 (On Bir) Sayfa Anket Formu Listesi.

8.6. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Belgesi

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
87		5 Nisan 2019

KARAR NO 36- Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji yüksek lisans programında, Doktor Öğretim Üyesi Soner Çakmak yönetiminde, Güneş Özyıldız tarafından yürütülmesi öngörülen, “Bipolar Hastalarda Remisyon Döneminde Bilişsel Çarpıtmalar ile Tedaviye Uyum ve Hastalık Seyri İlişkisi” başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

8.7. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği Kullanım İzni

Türk Telekom

22:51

%98

< Geri

1/9

○

Re: Yüksek Lisans Tezi

12:39, 25 Mart 2019 Pzt

Gönderen:

P

Pelin Ardanic

Ayrıntılar

Merhaba,

Türkçe uyarlama: Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığım Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'ni akademik çalışmanız için kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili tüm bilgilere TOAD sayfasından ulaşabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Güneş Özyıldız <gunes_ozyildiz@hotmail.com>, 25 Mar 2019 Pzt, 00:45 tarihinde şunu yazdı:

Hocam merhabalar,

Ben Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Tez yazma aşamasındayım. Sizin Türkçeye uyarladığınız, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği" ni izninizle kullanmak istiyorum. Bana puanlamasını ve maddelerini yollayabilir misiniz acaba? Şimdiden çok teşekkür ederim.

Saygılarımı sunar, iyi çalışmalar dilerim.

Yanıtla

İlet

İstenmeyen

Sil

Daha Fazla

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad Soyad: Güneş ÖZYILDIZ

Doğum Tarihi/Yeri: 14.11.1994 / Adana

E-posta: gunes_ozyildiz@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Çağ Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Tezli Yüksek Lisans / 2020

Girne Amerikan Üniversitesi / Eğitim Fakültesi / Rehberlikve Psikolojik Danışmanlık / 2016

Özel Çağ Koleji Anadolulisesi / 2012

İŞ / STAJ DENEYİMİ

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniği / Stajyer / Adana / 2019

Algım Özel Eğitim Merkezi / Stajyer / KKTC / 2016 / Lefkoşa

İLETİŞİM: gunes_ozyildiz@hotmail.com