

“Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği” Kısa Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Psik. Zeynep MAÇKALI¹, Dr. Ahmet TOSUN², Psik. Özlem ÇAĞIN TOSUN³,
Dr. Aytül GÜRSU HARİRİ⁴, Dr. Cengiz AKKAYA⁵, Dr. Esin İYİDOĞAN⁶,
Dr. Esra SÜER YALÇIN⁷

ÖZET

Amaç: Kişilerde maniye yatkınlık yaratan, iki uçlu bozukluğa özgü bilişlerle ilgili araştırmalar son dönemlerde artmıştır. Mansell (2006) Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği’ni (HİTPOY) bu bilişleri belirlemek üzere geliştirmiştir. Bu çalışmada HİTPOY’un kısa versiyonunun (Mansell ve Jones 2006) psikometrik özellikleri ülkemizdeki iki uçlu bozukluk tanısı olan hastalarda incelenmiştir.

Yöntem: Örneklem sönme dönemindeki 115 iki uçlu bozukluk tanısı alan hasta ile 103 sağlıklı kontrol katılımcısından oluşmaktadır. Katılımcılara Kısa-HİTPOY, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DDBÖ) ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Ters maddelerin alfa katsayısını düşürdüğü saptanmış ve bu maddeler toplam puan hesaplamasından çıkarılmıştır. Bu düzenleme sonrasında ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (bütün örnekleme $r=0,84$, klinik grupta $r=0,83$, kontrol grubunda $r=0,86$). Test-tekrar test güvenilirliği oldukça yüksektir ($r=0,41$). Ölçeğin DDBÖ ve FOTÖ ile karşılaştırılmasıyla elde edilen ölçüt geçerliliği yine yüksek bulunmuştur. Son olarak Kısa-HİTPOY’un klinik ve sağlıklı kontrol katılımcılarını ayırt edebildiği görülmüştür.

Sonuç: Kısa-HİTPOY ülkemizde, sönme dönemindeki iki uçlu bozukluk tanısı olan hastaların hipomanik tutumlarını değerlendirmek için kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ayrıca bu ölçeğin iki uçlu bozukluğun bilişsel-davranışçı ve psikososyal müdahalelerde işlevsel olmayan tutumların belirlenmesi ve üzerine çalışılması için kullanılabilirliği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: İki uçlu bozukluk, sönme, işlevsel olmayan inanç, geçerlik, güvenilirlik

SUMMARY

The Validity and Reliability of the Brief-Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory-Turkish Version (Brief-HAPPI-TR)

Objective: There has been a great deal of interest in specific dysfunctional beliefs that may be associated with susceptibility to mania. The Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory (HAPPI) was developed by Mansell (2006) to identify such beliefs. The present study aimed to measure the psychometric properties of the Turkish version of the brief version of the HAPPI (Brief-HAPPI-TR).

Method: The study sample consisted of 115 outpatients with bipolar disorder (BD) and 103 healthy controls. Participants were administered the Brief-HAPPI-TR, Mood Disorder Questionnaire (MDQ), and Dysfunctional Attitudes Scale (DAS).

Results: The reverse-scored HAPPI items lowered the alpha coefficient and were therefore excluded from the total score. The remaining items had high internal consistency for the entire sample ($r= 0.84$), for the BD group ($r= 0.83$), and for the control group ($r= 0.86$). The test-retest reliability coefficient was moderately high ($r= 0.41$). Brief-HAPPI-TR scores were significantly correlated with MDQ and DAS scores. Finally, Brief-HAPPI-TR was able to differentiate between the BD patients and controls.

Conclusion: Brief-HAPPI-TR was observed to be valid and reliable for assessing hypomanic attitudes in Turkish BD patients in remission. In addition, we think that within the cognitive-behavioral paradigm this scale can be used to identify and treat dysfunctional cognitions in Turkish BD patients.

Key Words: Bipolar disorder, remission, dysfunctional belief, validity, reliability

Geliş Tarihi: 22.05.2012 - **Kabul Tarihi:** 18.03.2013

¹Psik., Hacettepe Üniv. Ankara. ²Yrd. Doç., Okan Üniv. Psikoloji Bl., ³Psik., Boğaziçi Üniv. ⁴Doç., Maltepe Üniv. Tıp Fak. Hastanesi, Psikiyatri Bl., İstanbul. ⁵Doç., Uludağ Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Bursa. ⁶Uzm., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bl., İstanbul. ⁷Uzm., Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., Ankara.

Zeynep Maçkali, e-posta: zeynepmackali@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

İki uçlu bozukluk tedavisinde hastanın biyolojik tedaviye uyumunu ve işbirliğini artırmak ve sönme (remission) dönemlerini uzatmak önemli tedavi amaçlarından biridir. Bu nedenle sönme dönemleri tedavilerin yavaşladığı değil, özellikle psiko-sosyal müdahalelerin hız kazandığı, tedavinin önemli bir aşaması olarak değerlendirilmektedir (Lam ve ark. 2003, 2005). Bu dönemde psikososyal eğitimler, bilişsel-davranışçı terapiler, grup ve aile terapileri gibi psikoterapi müdahaleleri giderek yaygınlaşmaktadır. Bu süreçle ilgili olarak yapılan etkililik araştırmaları psikoterapi müdahalelerinin ilaç tedavisinde işbirliğini artırdığı, yinelemeleri (relaps) geciktirdiği, sönme dönemlerini uzattığı, kalıntı belirtilerini azalttığı, hastaların psikososyal işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini arttırdığı gibi önemli sonuçlar bildirmektedirler (ör.; Scott ve ark. 2001, Lam ve ark. 2001, Ball ve ark. 2003, Totterdell ve Kellett 2008, Zaretsky ve ark. 2007, Colom ve ark. 2009). Bu nedenle, sönme dönemlerinde hastanın akut dönemlerdeki belirtilerini tanıması, yaklaşan alevlenmeleri önceden görebilmesi ve bunları ayırt edebilmesi önemli görünmektedir.

Son yıllarda iki uçlu bozukluğun bilişsel yapısına yönelik araştırmalar ve açıklamalar giderek artmaktadır (ör. Basco 2000, Newman ve ark. 2002, Thomas ve Bentall 2002, Lam ve ark. 1999, Colom ve Vieta 2007). Mansell ve arkadaşlarının (2007) iki uçlu bozukluk için geliştirdikleri “Bütüncül Bilişsel Model”e (Integrative Cognitive Model) göre, iki uçlu bozuklukta duyudurum dalgalanmalarında kişinin yaşadığı duygusal, fizyolojik ve bilişsel değişimlere yönelik yaptığı aşırı, birbiriyle çelişen ve kişiselleştirilmiş değerlendirmeler hastalığın alevlenmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir faktördür. Yazarların ‘farkındalığı ihlal eden düşünceler’ (intrusions into awareness) adını verdikleri bu değerlendirmeler aşırı pozitif, negatif veya katastrofik olabilirler (Mansell ve ark. 2007) ve kısır döngüler şeklinde çalışarak, duruma dair bilgilerin duyudurumu düzenleyecek şekilde işlemlenmemesine yol açabilirler (Mansell ve ark. 2008).

Bu modele göre, iki uçlu bozukluğun sönme döneminde bireyler içsel durumlarına dair değerlendirmeler ve içsel gözlemler yaparlar (Mansell 2006). Bu dönemde duygusal dalgalanmalar yaşanırken, davranışsal tepkiler ya etkinleşme (activation) seviyesini artırma ve kontrol etmeye yönelik (yükselme davranışları-ascent behaviors) ya da etkinleşme seviyesini düşürmeye yönelik (çökme davranışları-descent behaviors) olabilir (Mansell ve ark. 2011). Aynı zamanda iki uçlu kişi davranışlarını aşırı olumlu (ör. çok hırslı) veya olumsuz (ör. eleştirel) inançlara göre belirlemeye ve sosyal çevresinden gelen tepkileri dikkate almamaya başlar. Bu karma değerlendirmeler iki uçlu bozukluk yaşayan kişinin “-miş gibi hissederek” aşırı eleştirel veya kontrolcü olarak gördüğü diğerlerine kendini kanıtlamaya çalışmasına neden olabilir. Bu çabalar kişinin daha da iyiyi yapmaya uğraşmasına ve etkinleşmenin

artmasına sebep olur. Artmış etkinleşme durumunda dışarıdan gelen geribildirimlerin de engellenmeye yönelik bir tehdit olarak algılanması iki uçlu bozukluğu olan kişinin “kontrolünü kaybetmiş” hissetmesine yol açabilir (Mansell ve ark. 2011). Etkinleşme seviyesini yükselten veya azaltan değerlendirmeler kişiye özgüdür ve erken dönem yaşam olaylarıyla ilişkilidir. Fakat hayatın daha sonraki dönemlerinde yaşanan yaşam olaylarıyla birlikte değişebilirler. Aynı zamanda bazıları davranışsal tepkilerin sonucu olarak da değişebilir. Bu bağlamda Mansell ve arkadaşları (2007) iki uçlu belirtilerin oluşumunda çevresel faktörler ve altta yatan inançlar arasında karmaşık bir etkileşimin olduğuna dikkat çekmektedirler.

Mansell (2006) ileri sürdüğü “Bütüncül Bilişsel Model”i değerlendirmek, iki uçlu bozukluk için ayırt edici olan ve (hipo)maninin gelişiminde etkisi olan bilişleri belirlemek için Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği’ni (HİTPOY) geliştirmiştir. HİTPOY, iki uçlu uzamdaki içsel durumlarla (bilişler, duygular, davranışlar ve fizyolojik belirtiler) ilgili aşırı, olumlu, olumsuz veya birbiriyle çelişen bilişsel değerlendirmelerden oluşan ifadeleri içerir. Sözü edilen belirtiler aşırı neşeli duyudurum (euphoria), artmış etkinleşme, sıkıntılı duyudurum (dysphoric), kaygı ve huzursuzluk (irritability) oluşmaktadır (Mansell ve ark. 2008). Mansell (2006) ölçekte sözü edilen tutumlar ve davranışlarla ilgili ifadelerin sadece atak dönemlerinde görüldüğünü, fakat sönme döneminde kişilerin bu davranışlarına ve tutumlarını değerlendirebildiklerini belirtmiştir. Bu sebeple, ölçek maddeleri katılımcının içsel durumunda herhangi bir değişimi fark ettiği zaman nasıl davrandığını ve düşündüğünü sorgulamaktadır (Alatiq ve ark. 2010).

Yüksek bir iç tutarlılığı olan HİTPOY’da 5 alt ölçek saptanmıştır: kendini harekete geçirme (self-activation), tepki stili (response style), olumlu-öteki (other-positive), olumsuz-öteki (other-negative) ve kendiyi ilgili felaketleştirme (self-catastrophic). Kendini harekete geçirme alt ölçeği etkinleşme hisleri ve duyudurumdaki değişikliklere bağlı olarak kişinin kendine dair aşırı olumlu değerlendirmelerini (ör. Kendimi daha aktif hissettiğimde, çok önemli bir insan olduğumun farkına varırım.) içermektedir. Etkinleşme hisleri ve duyudurumdaki değişikliklere verilen bilişsel ve davranışsal tepkilere dair inançlar (ör. Kendimden memnun olmam için herkesin dikkatinin benim üzerimde olması gerekir.) ise tepki stili alt ölçeği kapsamındadır. Olumlu-öteki alt ölçeği kişinin diğer insanlar tarafından nasıl ideal şekilde görülmesi gerektiğine dair aşırı olumlu tutumlarla ilgilidir (ör. Eğer çevremdeki herkes için çok özel olursam, bütün sorunlarım kaybolur.). Olumsuz-öteki alt ölçeği ise etkinleşme durumlarında kişinin diğer insanlara ve bu insanlarla olan ilişkilerine dair olumsuz inançları (ör. İstediyimi elde etmek için çok çabaladığımda diğer insanlar beni durdurmaya çalışırlar.) sorgulamaktadır. Son olarak, kendini felaketleştirme alt ölçeğinde kişinin etkinleşme hislerine ve duyudurumdaki değişikliklere

karşı katastrofik inançları (ör. Huzursuz ve yerinde duramaz hissettiğimde, bu benim duygusal bir çöküntüye girmek üzere olduğum anlamına gelir.) değerlendirilmektedir (Mansell 2006).

HİTPOY'un psikometrik özellikleri ölçeğin farklı versiyonlarıyla araştırılmaya devam etmektedir (Mansell ve ark. 2008, 2011, Alatiq ve ark. 2010, Dodd ve ark. 2010). Bu versiyonlardan biri Kısa-Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği'dir (Kısa-HİTPOY) (Mansell 2006). 104 maddelik HİTPOY'da klinik grup ve kontrol grubu arasındaki farklılıkların etki büyüklüklerine göre yapılan sıralamanın ardından, en yüksekte bulunan 25 madde alınarak bu ölçeğin kısa formu oluşturulmuştur (Mansell ve Jones 2006). Bu 25 maddenin 10 tanesi ters madde olarak düzenlenmiş, ayrıca 5 tane nötr madde eklenmiştir. Bu şekilde gözlenen farklılığın katılımcıların genelde verdikleri tepkilere bağlı olup olmadığını kontrol etmek amaçlanmıştır. Mansell ve Jones (2006), iki uçlu bozukluk tanılı katılımcılar ve sağlıklı kontrollerden oluşan oluşan bir örnekleme yaptıkları çalışmalarında, toplam puanlar açısından gruplar arasında fark bulmuşlar ve bu farkın o andaki mani ve depresyon belirtileri ile geçmiş hipomanik belirtiler kontrol edildiğinde değişmediğini gözlemişlerdir. Kısa-HİTPOY ortalama puanı ile mevcut hipomanik belirtiler arasında pozitif bir ilişki saptamışlar, Kısa-HİTPOY'un hipomaninin artmış etkinleşme, huzursuzluk, sıkıntılı duygudurum ve paranoya gibi belirtileri kapsadığını bildirmişlerdir.

Yapılan çalışmalar Kısa-HİTPOY'un iki uçlu belirtilerin yordanmasında kullanılabilir bir ölçek olduğunu göstermiştir. Ayrıca HİTPOY Mansell (2006) tarafından terapi sürecinde kullanılabilir bir ölçek olarak tasarlanmıştır. Bu ölçek kişilerin tutumlarına dair tahminler içerir ve bu tahminler terapide test edilebilecek düşünceler şeklindedir. HİTPOY, kişilerin kendilerini değerlendirmelerini sağlayarak, kendilerine, hastalıklarına dair bakış açısı kazanmalarına yardımcı olabilir. Bu bakımdan Kısa-HİTPOY danışanın terapi sürecine uyum sağlaması amacıyla kullanılabilir. Mansell (2007) Kısa-HİTPOY'un psikoterapide derinlemesine çalışılacak işlevsel olmayan inançların belirlenmesinde de kullanılabilirliğini belirtmiştir. Türkiye'de iki uçlu bozukluğun psikososyal müdahalelerinde kullanılabilir değerlendirme ölçeklerinin kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu sebeple böyle bir ölçeğin Türk örneğine uyarlanması sönme dönemindeki iki uçlu bozukluk tanısı olan hastaların bilişlerinin değerlendirilmesinde, bilişsel-davranışçı müdahalelerin kişiye özgü planlanmasında ve psikoterapinin etkililiğin ölçülmesinde önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma Kısa-HİTPOY'un (Mansell ve Jones 2006) Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesini amaçlamaktadır.

2. Yöntem

2.1. Katılımcılar

Çalışmaya iki uçlu bozukluk tanısı almış 118 ayaktan takip edilen hasta ile 103 sağlıklı kişi katılmıştır. Klinik

örneklem Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ve Uludağ Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nün Duygudurum Bozuklukları Polikliniklerindeki ve Ankara Ulus Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğindeki hastalardan oluşmaktadır. İki uçlu bozukluk grubuna atanma ölçütleri; (1) iki uçlu I veya II tanısı olmak (2) en az 8 haftadır sönmede olmak (3) idame tedavisine devam ediyor olmak şeklinde belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki sağlıklı örneklem, belli demografik özellikler (yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi) açısından klinik grupla eşleşen ve kişisel temaslar yoluyla ulaşılan gönüllü katılımcılardan oluşmaktadır. Örneklemelerin demografik özellikleri ve klinik bilgileri Tablo 1'de gösterilmektedir.

2.2. Ölçekler

2.2.1. Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği-Kısa form (Kısa-HİTPOY)

Bu ölçek (The Hypomanic Interpretations and Positive Predictions Inventory-HAPPI) Mansell (2006) tarafından iki uçlu bozuklukta duygudurum dalgalanmalarına yol açan ayırt edici bilişleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, Mansell ve Jones (2006) tarafından kısa formu (Kısa-HİTPOY) oluşturulmuştur. Kısa-HİTPOY, hipomanik belirtilerle ilgili tutumlara yönelik 25 madde ile kontrol amaçlı 5 nötr madde olmak üzere toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Otuz maddeden 10 tanesi (2, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 23, 26 ve 30) ters puanlanmaktadır. Katılımcılar her bir maddeyi kendileri için ne derece geçerli bulduklarını 10'lu Likert derecelendirmesi kullanılan (0-hiç katılmıyorum, 10-tamamen katılıyorum) ölçekte işaretlemişlerdir. Ölçekten elde edilen yüksek puan işlevsel olmayan hipomanik tutumların ne düzeyde yaşandığını göstermektedir.

Mansell ve Jones (2006) ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısını 0,81 olarak bulmuşlardır ($\alpha=0,86$ düz maddeler, $\alpha=0,56$ ters maddeler ve $\alpha=0,05$ nötr maddeler). Aynı çalışmada Kısa-HİTPOY ile İçsel Durum Ölçeği (Internal State Scale) ve Hipomanik Değerlendirmeler Ölçeği (Hypomanic Interpretations Questionnaire) anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

2.2.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DDBÖ)

DDBÖ, hipomanik ve manik belirtilerin öyküsünün araştırılması ve duygudurum bozukluklarının taranması için geliştirilmiştir (Hirschfeld ve ark. 2000). İlk kısımda, yaşam boyu hipomanik belirtileri sorgulayan ve "evet-hayır" tarzında 13 ifade bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü kısımlarda, bildirilen belirtilerin şekli ve sonuçları değerlendirilir. Ölçekten yüksek puan alınması, duygudurum sorunu yaşamaya yatkınlık olduğunu işaret eder.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,90 (Hirschfeld ve ark. 2000), duyarlılığı (sensitivity) 0,81, özgüllüğü (specificity) 0,65 olarak bulunmuştur (Hirschfeld ve ark. 2003). Türkçe uyarlama

çalışmasında duyarlılığı %77, özgüllüğü %64 ve en uygun kesim noktası "7" olarak saptanmıştır (Konuk ve ark. 2007).

2.2.3. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği-A Formu (FOTÖ-A)

Weissman ve Beck (1978) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Şahin ve Şahin (1992) tarafından yapılmıştır (akt. Savaşır ve Şahin 1997). Kırk maddeden oluşan FOTÖ-A, depresyonun altında yatan varsayımları, işlevsel olmayan tutumları ölçer. Her madde 7'li Likert tipi ölçek ile puanlanır. Toplam puanın yüksekliği kişinin işlevsel olmayan tutumlarının sıklığına işaret etmektedir. Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,79, madde-toplam puan korelasyonlarının ortalaması 0,34, iki yarım test güvenilirliği ise 0,72 olarak bulunmuştur. FOTÖ'nün faktör analizinde 4 faktör ortaya çıkmıştır: 'mükemmelci tutum', 'onaylanma ihtiyacı', 'bağımsız tutum' ve 'değişken tutum' (akt. Savaşır ve Şahin 1997).

2.3. Yöntem

2.3.1. Ön çalışma

Araştırma için ölçeğin sahibi Warren Mansell'den izin alındıktan sonra, araştırmanın uygunluğunu değerlendiren İzmir Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır.

Ölçeğin çeviri çalışmasında, ilk olarak tıpta uzmanlık derecesine sahip iki psikiyatrist ve psikoloji alanında doktora derecesine sahip iki akademisyen ölçeği Türkçeye çevirmiştir. Oluşturulan Türkçe taslak İzmir Üniversitesi Amerikan Dili ve Edebiyatı Bölümü'nden 2 akademisyen tarafından yeniden İngilizceye (back-translation) çevrilmiştir. Ölçeğin son hali oluşturulmadan yapılan ufak düzeltmelerin ardından, ölçeğin Türkçe çevirisinin kabul edilebilir düzeyde aslına karşılığın karar verilmiştir.

2.3.2. Veri toplama aşaması

Uygulamalar yukarıda anılan kurumlarda iki uçlu bozukluk tanısıyla idame tedavilerini sürdüren ve ayaktan psikiyatrik kontrollerine gelen hastalarla yapılmıştır. Araştırmaya destek veren kurum psikiyatristi, uygun hastaları rutin kontrolleri bittikten sonra araştırmacıya yönlendirmiştir. Araştırmacı hastalara yapılan araştırma hakkında bilgi vermiş ve böylece bir araştırmaya katılmak isteyip istemediklerini sormuştur. Gönüllü katılımı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, Kısa-HİTPOY, DDBÖ ve FOTÖ ölçekleri verilmiş, katılımcılar ölçekleri bireysel olarak doldurmuşlardır. Her katılımcıda ölçeklerin sunum sırası değiştirilerek sıra etkisini dengeleme işlemi yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini belirlemek için Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Duygudurum Polikliniği'nde idame tedavisinde olan 24 has-

taya 1 ay sonraki ilk kontrollerinde Kısa-HİTPOY bir kez daha uygulanmıştır.

Araştırmanın sağlıklı kontrol grubunu oluşturmak için, klinik grupla anılan demografik özellikler açısından eşleşen sağlıklı kişilere ulaşılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülere aynı işlemler uygulanmıştır.

3. Bulgular

3.1. Normallik sınaması

Uç değer olan iki veri ve tanı grubu belli olmayan bir veri çıkarılmış, böylece analizlerde klinik grupta 115 katılımcının, sağlıklı kontrol grubunda ise 103 katılımcının verileri kullanılmıştır. Normallik sınaması sonucunda göre örneklemin normal dağılım gösterdiği görülmüştür (Kolmogorov-Smirnov, $\alpha > 0,05$). Kısa-HİTPOY'un çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri Tablo 2'de görülebilir.

3.2. Örneklem özellikleri

Araştırma örnekleminin özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Yaş açısından gruplar arasındaki farkı ölçmek için bağımsız gruplar t-testi; cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyini karşılaştırmak için Ki-kare testi kullanılmıştır. Eğitim düzeyi haricindeki demografik özellikler açısından gruplar arasında herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte, sağlıklı kontrol grubunun eğitim düzeyi klinik gruptan daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2(6)=29,68$, $p < 0,001$). Klinik grubu klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Eğitim düzeyindeki bu farklılığın sonuçlar üzerinde karıştırıcı bir etki yaratıp yaratmadığını analiz etmek için klinik gruptan 60 kişi, kontrol grubundan 60 kişiyle yaş (± 3), cinsiyet ve eğitim seviyesi açısından eşlenmiştir. Eşlenen grupların karşılaştırılması bütün örneklemin verileriyle benzer sonuçlar vermiştir (bütün örneklem için alfa katsayısı 0,84; eşlenmiş grup verilerinde alfa katsayısı 0,85). Bu nedenle bulgular bölümünde tüm örneklemin verileri rapor edilmiştir.

3.3. Geçerlik ve güvenilirlik bulguları

3.3.1. Kısa-HİTPOY'daki nötr maddelerin analizi

Nötr maddelere verilen puanların ortalamaları açısından klinik ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$t(216) = 2,589$, $p < 0,05$]. Kontrol grubunun ortalaması puanı ($M=35,19$, $SS=6,1$) klinik grubunun ortalaması puanından yüksektir ($M=32,76$, $SS=7,58$). Özgün çalışmada Mansell ve Jones (2006) gruplar arasında nötr maddeler açısından farklılık bulmamışlardır. Bu çalışmada "Nasıl giyindiğim benim için önemlidir." gibi hipomanik tutumlarla ilişkili olmayan ifadeler açısından iki grup arasında fark bulunmasının klinik bir doğurgusu olmadığı düşünülmektedir. Bu farklılığın olası nedeni grupların eğitim düzeyi ya da diğer demografik özellikler arasındaki farklılıklarla bağlantılı olabilir. Bu nedenle

TABLO 1. Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.

		S	Ortalama	SS	Çarpıklık	Basıklık
Kısa-HİTPOY	İki uçlu grup	115	77,55	28,27	-0,195	-0,184
	Kontrol grubu	103	70,07	26,50	0,202	-0,337
	Toplam	218	74,02	27,64	0,00	-0,352
FOTÖ	İki uçlu grup	115	146,27	33,86	0,047	-0,682
	Kontrol grubu	103	121,58	26,92	0,742	0,433
	Toplam	218	134,61	33,10	0,422	-0,516
DDBÖ	İki uçlu grup	115	10,39	4,53	-0,563	-0,530
	Kontrol grubu	103	5,92	3,70	0,111	-1,084
	Toplam	218	8<28	4,71	-0,027	-1,006

Kısa-HİTPOY: Kısa Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği; FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği; DDBÖ: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği.

nötr maddeler karıştırıcı etkileri önlemek için ölçekten çıkarılmıştır.

3.3.2. İç tutarlılık sınaması

Kısa-HİTPOY'un Cronbach alfa katsayısı 0,53 olarak bulunmuştur. Her bir maddenin "madde-toplam puan korelasyonlarına" bakıldığında, ölçekte ters yönde çalışan ve düşük madde - toplam puan korelasyonu olan 10 madde (2, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 23, 26, 30) olduğu görülmüştür (bkz. Tablo 3).

Sorunlu olan 10 madde çıkarıldıktan sonra, alfa katsayısı bütün örneklem için 0,84, klinik grup için 0,83 ve kontrol grubu için 0,86 gibi tatmin edici değerlere ulaşmıştır. Ölçeğin bundan sonraki geçerlik ve güvenilirlik analizleri bu 15 maddelik (3, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 24, 25, 28, 29) yeni versiyonu üzerinden yapılmıştır (bkz. Tablo 4).

3.3.3. Birleşen geçerliği

Birleşen geçerliğini (convergent validity) değerlendirmek için, klinik grupta ve sağlıklı kontrol grubunda Kısa-HİTPOY toplam puanının DDBÖ ve FOTÖ toplam puanlarıyla olan korelasyonlarına bakılmıştır. Kısa-HİTPOY'un hem DDBÖ ile (klinik grupta $r=0,25$, kontrol grubunda $r=0,48$, $p<0,01$) hem de FOTÖ ile (klinik grupta $r=0,61$, kontrol grubunda $r=0,51$, $p<0,01$) anlamlı düzeyde korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuçlar Kısa-HİTPOY'un birleşen geçerliğini desteklemektedir.

3.3.4. Ayırt edici geçerlik

Ayırt edici geçerliğin (discriminant validity) sınaması için klinik ve sağlıklı kontrol gruplarının Kısa-HİTPOY puanlarını

karşılaştırmak için bağımsız gruplar t-testi uygulanmıştır. İki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır [$t(216) = 2,008$, $p<0,05$]. Kısa-HİTPOY klinik ve kontrol gruplarını ayırt edebilmektedir. Klinik grup ($M=77,55$, $SS=28,27$) sağlıklı kontrol grubuna ($M=70,07$, $SS=26,50$) kıyasla daha yüksek puan almıştır. Bu bulgu Kısa-HİTPOY'un ayırt edici geçerliği olduğunu desteklemektedir.

3.3.5. Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Duygudurum Polikliniği'nde idame tedavisinde olan 24 hastaya ölçeğin uygulandığı tarihten 1 ay sonraki ilk kontrollerinde Kısa-HİTPOY yeniden uygulanmış ve iki ölçüm arasındaki korelasyona dayanarak test-tekrar test güvenilirliği 0,41 olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

4. Tartışma

İlk olarak, nötr maddeler analiz edilmiş ve iki grup arasında farklılık saptanmıştır. Özgün çalışmaya bakıldığında, nötr maddelerin katılımcıların genelde verdikleri tepkilerin yaratabileceği yanlılığı kontrol etmek için konulduğu görülmektedir (Mansell ve Jones 2006). Nötr maddeler ölçeğin daha önceki ve sonraki versiyonlarında ise kullanılmamıştır. "Nasil giyindiğim benim için önemlidir." gibi hipomanik tutumlarla ilişkili olmayan ifadeler açısından iki grup arasında fark bulunmasının klinik bir doğurgusu olmadığı düşünülmektedir. Bu farklılığın olası nedeni grupların eğitim düzeyi ya da diğer demografik özelliklerle bağlantılı olabilir. Bu nedenle nötr maddelerin ölçekten çıkarılmasının, ölçülen özellik açısından herhangi bir yanlılık yaratmayacağı düşünülmektedir.

TABLO 2. Demografik ve Klinik Bilgiler (Ortalama Değer, Standart Sapma ve Örneklem Sayıları).

Demografik özellikler	İki uçlu (s=115)	Kontrol (s=103)	Toplam (s=218)
Yaş	M (SS)	M (SS)	M (SS)
	39,36 (11,58)	34,26 (7,94)	36,95 (10,33)
Cinsiyet	s (%)	s (%)	s (%)
Kadın	74 (%64,3)	74 (%71,8)	148 (%67,9)
Erkek	41 (%35,7)	29 (%28,2)	70 (%32,1)
Medeni durum			
Bekâr	51 (%44,3)	35 (%58,3)	86 (%39,4)
Evlî	51 (%44,3)	60 (%58,3)	134 (%50,9)
Boşanmış	13 (%11,3)	8 (%7,8)	26 (%9,6)
Eğitim durumu			
İlkokul	22 (%19,1)	6 (%5,8)	28 (%12,8)
Ortaokul	15 (%13)	7 (%6,8)	22 (%10,1)
Lise	43 (%34,7)	30 (%29,1)	73 (%33,5)
Üniversite	31 (%27)	39 (%37,9)	73 (%32,1)
Yüksek lisans	4 (%3,5)	21 (%20,4)	26 (%11,5)
Klinik özellikler	Ay		
	M (SS)		
Hastalık süresi	156,20 (104,3)		
Sönme dönemi süresi	14,04 (20,8)		
	Geçmiş atak sayısı		
	M (SS)		
Manik atak	6,18 (11,16)		
Depresif atak	7,25 (13,58)		
Hipomanik atak	3,58 (4,3)		
Karma atak		10,5 (14,06)	

İkinci olarak, Kısa-HİTPOY'un ters yöndeki maddelerinin ölçeğin iç tutarlılığını düşürdüğü görülmektedir. Mansell ve Jones (2006) da benzer şekilde kendi çalışmalarında ters maddelerin iç tutarlılığının düz maddelerden düşük olduğunu görmüşlerdir. Bu bulguyu ilgili maddelerde sıklıkla akut dönemlerde görülen işlevsel olmayan inançların varlığından öte yokluğunun sorgulanmasından kaynaklanabileceği şeklinde tartışmışlardır. Bu bağlamda hastalığa dair durumların olmayışının sorgulanması katılımcıların cümleleri algılayışlarında karışıklık yaratmış olabilir. Katılımcılar ters maddelere düz maddeleri algıladıkları yönde yanıt vermiş olabilirler. Örneğin, "Huzursuz ve yerinde duramaz hissettiğimde, bu durum beni pek de etkilemez." ters maddesini "0" a yakın işaretlemesi beklenen bir hasta, böyle durumların onu çok etkilediğini düşünerek "10" a yakın bir puan vermiş olabilir. Madde analizinde ters maddelerin Kısa-HİTPOY'dan çıkarılması iç tutarlılığı yükseltmiştir. Gelecek çalışmalarda ters maddeler ölçeğin uzun versiyonunda (Mansell 2006) olduğu gibi düz madde olarak kullanılıp, bu şekilde Türk örneğinde çalışıp çalışmadığı incelenebilir.

Kısa-HİTPOY, uzun versiyonundan faktör yapısına dayanarak değil, en yüksek madde-toplam korelasyonuna dayanarak seçilen maddelerle oluşturulmuştur. Dolayısıyla kısa formun

yordayıcı özelliği, modeli temsil ediciliğinden daha ön plandadır. Bu nedenle kısa formun faktör yapısı, ölçeği geliştirenler tarafından da çalışılmaya gerek duyulmamıştır (Mansell ve Jones 2006). Yine de ölçekten çıkarılan maddelerden sonra geride kalan 15 maddenin bütüncül bilişsel modeldeki faktörlerle ilişkilerine bir göz atmak faydalı olabilir. Ölçekte kalan 15 maddeye bakıldığında, bunların sekiz tanesinin "kendini harekete geçirme" ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu faktör, artmış aktivite ve enerji düzeyiyle ilgili aşırı olumlu değerlendirmelerle ilişkilidir. Bu işlevsel olmayan değerlendirmeler etkinleşme belirtilerini şiddetlendirir ve durumsal tepkileri olumsuz şekilde etkiler (Mansell ve ark. 2007).

Geri kalan üç madde "tepki stiliyle" ilgilidir. Örneğin, iki uçlu bozukluk tanısı olan hastalar kendilerinden memnun olmak için başka insanların onlara ilgi göstermesi gerektiğine inanmaktadırlar. Hipomani, mani ve depresyona ilişkin tepki stilleri başka çalışmalarda da incelenmiştir (ör. Thomas ve Bentall 2002, Knowles ve ark. 2005, Alloy ve ark. 2010).

Geri kalan maddeler, başkaları için özel olmanın, başkaları tarafından hayran olunmanın onlar için önemli olduğuna, yeni fikirler bulduklarında bunları etraflarındaki insanlarla paylaşarak onların takdirini kazanmaya çalıştıklarına dair ifadeler modelin "diğer-pozitif" bileşeniyle ilgilidir. İki uçlu bozuklukta aşırı onay ihtiyacı ve takdir edilme arzusu başka araştırmacılar tarafından da işaret edilmiştir (ör. Scott ve ark. 2000, Scott ve Pope 2003, Jones ve ark. 2005). Bütüncül bilişsel modele göre, iki uçlu bozukluk tanısı olan kişilerin diğer insanlarla ilgili işlevsel olmayan olumlu inançları, onların diğer insanların tepkilerini yüksek beklentilerine kıyasla çok daha düşük olarak algılamalarına neden olur. Diğer yandan, iki uçlu bozukluk yaşayan kişiler istediklerini elde etmeye çalıştıklarında diğer insanların onları durdurmaya çalıştıklarını düşünmeye daha eğilimlidir. Bu çalışmada kısa formdan çıkarılan maddelere bakıldığında, çoğunluğun "tepki stili", üç tanesinin "olumlu-öteki" ve bir tanesinin ise "kendini harekete geçirme" ile ilişkili maddeler olduğu söylenebilir. Özetle, Kısa-HİTPOY'un 15 maddelik bu yeni versiyonu "kendi harekete geçirme" bileşenini yeterince yansıtabilse de, bütüncül bilişsel modelin özellikle "tepki stili", "olumlu-öteki" ve "olumsuz-öteki" bileşenlerini yansıtmakta yetersiz görünmektedir. Bunun yanı sıra modelin "kendini-felaketleştirme" bileşenine kısa formun aslında da yer verilmemiştir.

Diğer bulgulara bakıldığında Kısa-HİTPOY'un klinik grubu sağlıklı kontrol grubundan ayırt edebildiği görülmektedir. Bu bulgu özgün çalışma ve sonraki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Mansell 2006, Mansell ve Jones 2006, Mansell ve ark. 2008, Alatiq ve ark. 2010). Aynı zamanda bu bulgu, sönme döneminde olsalar bile klinik gruptakilerin sağlıklı kontrollerden daha fazla hipomanik tutuma sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Bu da sönme döneminde kalıntı belirtilerin devam ettiği yönündeki bulgularla tutarlılık göstermektedir (Judd ve ark. 2002, 2003, Paykel ve ark. 2006).

TABLO 3. Madde-Toplam Koreasyonları ve Madde Çıkarıldığında Alfa Değerleri.

Sorunsuz maddeler	Madde-toplam koreasyonu	α	Sorunlu maddeler	Madde-toplam koreasyonu	α
Madde 3	0,4694	0,4709	Madde 2	-0,1471	0,5643
Madde 4	0,4755	0,4672	Madde 7	-0,1944	0,5715
Madde 5	0,4434	0,4797	Madde 9	0,1814	0,5197
Madde 8	0,2744	0,5068	Madde 10	0,0882	0,5320
Madde 11	0,5437	0,4648	Madde 12	-0,2078	0,5687
Madde 13	0,2433	0,5094	Madde 15	-0,1505	0,5654
Madde 14	0,0022	0,5470	Madde 18	-0,0610	0,5526
Madde 17	0,3933	0,4873	Madde 26	-0,2375	0,5794
Madde 19	0,2516	0,51	Madde 30	-0,1054	0,563
Madde 21	0,3984	0,4851			
Madde 22	0,4540	0,4804			
Madde 24	0,1622	0,5221			
Madde 25	0,2507	0,5099			
Madde 28	0,2799	0,5039			
Madde 29	0,2133			0,5145	

Birleşen geçerlik açısından, Kısa-HİTPOY ile DDBÖ arasında pozitif bir koreasyon saptanmıştır. Böylece bütüncül bilişsel modelin içsel durumlardaki değişimlere dair aşırı değerlendirmelerin duygudurum dalgalanmalarına sebep olduğuyula ilgili önermesi (Mansell ve ark. 2008) desteklenmektedir. İki ölçek arasındaki koreasyonun kontrol grubunda da yüksek olması Kısa-HİTPOY'un hipomanik belirtileri yordayabildiğini göstermektedir. Bu bulgu Kısa-HİTPOY kullanılarak herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerde iki uçlu bozukluğa yatkınlığın saptanabileceğini gösteren Mansell ve arkadaşları (2008) ile Dodd ve arkadaşlarının (2010) bulgularıyla aynı doğrultudadır.

Bunun yanı sıra, Kısa-HİTPOY ile FOTÖ arasındaki anlamlı koreasyon hipomanik tutumlar ile depresyonla ilişkili işlevsel olmayan tutumlar arasındaki bağlantıya işaret etmektedir. Bu bulgular geçmiş çalışmalarla tutarlıdır (Scott 1995, Scott ve ark. 2000, Scott ve Pope 2003, Lam ve ark. 2004, Goldberg ve ark. 2008). Hepsi birlikte ele alındığında, bulguların birleşen geçerliliği yeterli derecede desteklediği söylenebilir.

Ayrıca bulgular, ölçeğin iyi derecede test-tekrar test güvenilirliği sergilediğini göstermektedir. İlk uygulamada Kısa-HİTPOY'dan yüksek puan alan kişiler ikinci uygulamada da yüksek puan almışlardır. Bu da bize zamana bağlı olarak ölçeğin tutarlı sonuçlar verdiğini desteklemektedir.

Çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri sağlıklı kontrol grubunun klinik gruba göre eğitim süresinin daha yüksek olmasıdır. Bu durumun ölçeğin katılımcılar tarafından

anlaşılması ve maddelerin yorumlanması konusunda bir farklılık yaratıp yaratmadığı bilinmemektedir. Ayrıca gelecek çalışmalarda hastanın geçirdiği en son dönem (manik, hipomanik, depresif veya karma dönem) gerek grup içi farklılığı

TABLO 4. 15 Maddelik Kısa-HİTPOY'un Madde-Toplam Koreasyonları ve Madde Çıkarıldığında Alfa Değerleri.

Sorunsuz maddeler	Madde-Toplam Koreasyonu	α
Madde 3	0,5353	0,8145
Madde 4	0,5431	0,8138
Madde 5	0,5728	0,8126
Madde 8	0,4025	0,8231
Madde 11	0,5890	0,8117
Madde 13	0,3311	0,8281
Madde 14	0,2062	0,8363
Madde 17	0,4673	0,8192
Madde 19	0,4074	0,8228
Madde 21	0,4933	0,8175
Madde 22	0,5332	0,8154
Madde 24	0,4222	0,8221
Madde 25	0,4628	0,8196
Madde 28	0,4328	0,8214
Madde 29	0,3845	0,8244

kontrol etmek gerekse kalıntı belirtilerin biliş üzerindeki etkisini incelemek için kontrol edilebilir. Son olarak, gelecek çalışmalarda Kısa-HİTPOY iyi ve kötü prognozlu hastalarda bozukluğun doğasına dair içgörülerinin karşılaştırılmasında kullanılabilir. Ayrıca ölçek, bozukluğun farklı dönemlerindeki hipomanik tutumlardaki değişimlerin inceleneceği uzunlamasına çalışmalarda önemli bilgiler sağlayabilir.

Sonuç olarak, Kısa-HİTPOY iyi derecede iç tutarlılığı, birleşen ve ayırt edici geçerliği ve orta düzeyde test-tekrar test güvenilirliği olan bir ölçektir. Bu bulgular, Kısa-HİTPOY'un sönme dönemindeki iki uçlu bozukluk tanısı almış hastaların hipomanik tutumlarının değerlendirilmesinde Türkiye'de kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu desteklemektedir.

Bu özellikleriyle Kısa-HİTPOY özellikle bilişsel-davranışçı terapi ve psikososyal müdahalelerin düzenlenmesinde ve sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli katkılar sağlayabilir. Mansell (2006) HİTPOY'u terapi sürecinde kullanılabilecek bir ölçek olarak geliştirmiştir. Ölçek kişinin tutumlarına dair

yordamalar içerdiğinden, bu yordamalar psikoterapi sürecinde ele alınabilecek uyumsuz (maladaptive) bilişler olarak değerlendirilebilir. Örneğin, olumlu-öteki ve olumsuz-öteki bileşenlerine ilişkin maddelerde kişilerarası ilişkiler incelenebilir. Kendini ilişkilerde nasıl konumlandırıyor, nasıl anlamlar çıkarıyor veya ilişkilerine nasıl anlamlar yüklüyor gibi tepki stiliyle ilgili maddeler iki farklı şekilde kullanılabilir: İlk olarak danışanın içsel durumlardaki değişimlere nasıl tepki verdiğiyle ilgili bilişler ele alınabilir, ikinci olarak da danışanla birlikte davranışlarının sonuçları, davranış alanında nasıl düzenlemeler yapılabileceği ve işlevsel başa çıkma dağarcığının geliştirilmesi tartışılabilir. HİTPOY iki uçlu bozukluğa sahip hastalarda kişinin kendine dair değerlendirmeler yapması ve hastalığına, akut dönemlerine ayrıca manik ve depresif dönemlerdeki bilişsel ve davranışsal değişikliklere dair farkındalık kazanmasına yardımcı olabilir. Bunun yanı sıra, iki uçlu bozukluk tanısı olan hastalar tutumlarının değişmediğine dair direnç göstermeye eğilimli olsalar da, klinisyen bu ölçeği sönme dönemindeki hastanın gelecek duygudurum dalgalanmalarını öngörebilmek için kullanabilir.

KAYNAKLAR

- Alatiq Y, Crane C, Williams JMG ve ark. (2010) Dysfunctional beliefs in bipolar disorder: Hypomanic vs. depressive attitudes. *J Affect Disord* 122: 294-300.
- Alloy BL, Abramson LY, Flynn M ve ark. (2010) Self-focused cognitive styles and bipolar spectrum disorders. *Int J Cog Ther* 2: 354- 75.
- Ball J, Mitchell P, Malhi G ve ark. (2003) Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust N Z J Psychiatry* 37: 41-8.
- Basco RM (2000) Cognitive-behavior therapy for bipolar I disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*,14: 287-303.
- Colom F, Vieta E (2007) Sudden glory revisited: Cognitive content of hypomania. *Psychother Psychosom* 76: 278-88.
- Colom F, Vieta E, Moreno-Sanchez J (2009) Psychoeducation for bipolar II Disorder: An explanatory, 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disord* 112: 30-5.
- Dodd AL, Mansell W, Sadhni V ve ark. (2010) Principal components analysis of the hypomanic attitudes and positive predictions inventory and associations with measures of personality, cognitive style and analogue symptoms in a student sample. *BehCog Psychother* 38: 15-33.
- Goldberg JF, Gerstein RK, Wenzel SJ ve ark. (2008) Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients. Implications for cognitively based psychotherapeutics. *J Nerv Ment Dis* 196: 207-10.
- Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL ve ark. (2000) Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 157: 1873-5.
- Hirschfeld RMA, Calabrese JR, Weissmann MM ve ark. (2003) Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psych* 64: 53-9.
- Jones L, Scott J, Haque S ve ark. (2005) Cognitive style in bipolar disorder. *Brit J Psychiatry* 187: 431-7.
- Judd LL, Akiskal HS, Schlettler PJ ve ark. (2003) A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of Bipolar II Disorder. *Arch Gen Psych* 60: 261-9.
- Judd LL, Akiskal HS, Schlettler PJ ve ark. (2002) The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psych* 59: 530-7.
- Konuk N, Kiran S, Tamam L ve ark. (2007) Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluk taramasında geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg* 18: 147-154.
- Knowles R, Tai S, Christensen I ve ark. (2005) Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *Brit J Clin Psychol* 44: 99-112.
- Lam DH, Bright J, Jones S ve ark. (2001) Cognitive therapy for bipolar illness-a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Ther Res* 24: 503-20.
- Lam DH, Jones SH, Hayward P ve ark. (1999) Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice. John Wiley and Sons, Ltd, Chichester, s. 52-5.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P ve ark. (2003) A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Arch Gen Psych* 60: 145-52.
- Lam D, Wright K, Sham P (2005) Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychol Med* 35: 69-77.
- Lam DH, Wright K, Smith N (2004) Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *J Affect Disord* 79: 193-9.
- Mansell W (2006) The Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory (HAPPI). A pilot study to select cognitions that are elevated in individuals with bipolar disorder compared to non-clinical controls. *Behav Cogn Psychother* 34: 467- 76.
- Mansell W (2007) An integrative formulation-based cognitive treatment of bipolar disorders: Application and Illustration. *J Clin Psychol* 63: 447-61.
- Mansell W, Jones SH (2006) The Brief-HAPPI: A questionnaire to assess cognitions that distinguish between individuals with a diagnosis of bipolar disorder and non-clinical controls. *J Affect Disord* 93: 29-34.
- Mansell W, Morrison AP, Reid G ve ark. (2007) The interpretations of, and responses to, changes in internal states: An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Beh Cogn Ther* 35: 515-39.

- Mansell W, Paszek G, Seal K ve ark. (2011) Extreme appraisals of internal states in bipolar I disorder: A multiple control group study. *Cogn Ther Res* 35: 87-97.
- Mansell W, Morrison AP, Reid G ve ark. (2007) The interpretations of, and responses to, changes in internal states: An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Beh Cogn Ther* 35: 515-39.
- Mansell W, Rigby Z, Tai S ve ark. (2008) Do current beliefs predict hypomanic symptoms beyond personality style? Factor analysis of the Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory (HAPPI) and its association with hypomanic symptoms in a student population. *J Clin Psychol* 64: 450-65.
- Newman CF, Leahy RL, Beck AT ve ark. (2002) *Bipolar Disorder: A cognitive therapy approach*. American Psychological Association, Washington DC, s. 40-3.
- Paykel ES, Abbott R, Morriss R ve ark. (2006) Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *Brit J Psych* 189: 118-23.
- Savaşır I, Şahin NH (1997) Bilişsel-davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara, s. 46-54
- Schwannauer M (2004) Cognitive behavioral therapy for bipolar affective disorder. *Mood Disorders: a handbook of science and practice*. M Power (Ed), J Wiley, England, s. 259-73.
- Scott J (1995) Psychotherapy for bipolar disorder. *Brit J Psychiatry* 167: 581-8.
- Scott J (2001) Cognitive therapy as an adjunct to medication. *Brit J Psychiatry* 178: 164-8.
- Scott J, Garland A, Moorhead A (2001) A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 31: 459-67.
- Scott J, Pope M (2003) Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychol Med* 33: 1081-8.
- Scott J, Stanton B, Garland A ve ark. (2000) Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychol Med* 30: 467-72.
- Thomas J, Bentall RP (2002) Hypomanic traits and response styles to depression. *Brit J Clin Psychol* 41: 309-13.
- Totterdell P, Kellett S (2008) Restructuring mood in cyclothymia using cognitive behavior therapy: An intensive time-sampling study. *J Clin Psychol* 64: 501-8.
- Weissman AN, Beck AT (1978) Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation. In: Paper Presented at the The Annual Meeting of the American Educational Research Association Toronto.
- Zaretsky AE, Rizvi S, Parikh SV (2007) How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 52: 14-9.