

Manik Dönemin Faktör Analizine Dayanan Alt-Tipleri ve Mizaçla İlişkisi

Dr. Murat ERKIRAN¹, Dr. Gamze SÖNMEZ², Dr. Cüneyt EVREN³, Dr. Sema AYTAÇLAR⁴,
Dr. Timuçin ORAL⁵

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmanın amacı, manik dönemin faktör analizine dayanan boyutlarının saptanması ve elde edilen faktörlerle zemindeki afektif mizaç ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Bakırköy Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinde, DSM-IV tanı ölçütlerine göre iki uçlu duygudurum bozukluğu manik dönem tanısıyla yatarak tedavi gören 100 hasta, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) (pozitif sendrom alt-ölçeği) ve Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile (MADÖ) değerlendirildi ve ardından faktör analizi yapıldı. Tam düzelen 72 hastaya Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin (MPPS-MD) Türkçe formu verilerek faktör skorları ile zemindeki afektif mizaç arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Faktör analizi sonucunda toplam varyansın %67.48'ini açıklayan 7 faktörlü model elde edilmiştir. Faktörler sırasıyla disfori, psikomotor hızlanma, psikoz, sinirlilik, içgörü, grandiyozite ve cinsel ilgi faktörleridir. Psikomotor hızlanma faktör skoruyla hipertimik mizaç arasında doğrusal ($r=0.255$, $p<0.05$), cinsel ilgi faktör skoruyla depresif mizaç arasında ters bağıntı ilişkisi ($r=-0.248$, $p<0.05$) bulundu.

Sonuç: Çalışmamızın bulguları manide klinik görüngünün birbirinden bağımsız disfori, sinirlilik ve psikoz boyutlarından oluştuğunu, manide çekirdek belirti boyutu olarak kabul edilen psikomotor hızlanma ile zemindeki hipertimik mizaç arasında ilişki bulunduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Mani, faktör analizi, mizaç

SUMMARY: *The Factor Analytic Symptom Structure of Manic Episode and its Relationship with Affective Temperaments*

Objective: *The aim of this study is to establish the factor analytic dimensions of manic episode, and to investigate relationship between established factors and underlying affective temperament.*

Methods: *Hundred patients who had been hospitalized in psychiatric clinics of Bakırköy Prof. Mazhar Osman Training and Research Hospital for Psychiatry and Neurology for DSM-IV bipolar disorder manic episode were assessed by Young Mania Rating Scale (YMRS), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and Positive And Negative Syndrome Scale (positive syndrome sub-scale) (PANSS) and followed by factor analysis. The relationship between factor scores and underlying affective temperaments has been investigated in 72 full remitted patients who had been re-assessed by Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) Turkish version.*

Results: *7 factors model which accounted 67.48% of the total variance has been emerged by principal component factor analysis. Determined factors were dysphoria, psychomotor acceleration, psychosis, irritability, insight, grandiosity and sexual interest. It has been found linear correlation between hyperthymic temperament and psychomotor acceleration ($r=0.255$, $p<0.05$) and, inverse correlation between depressive temperament and sexual interest ($r=-0.248$, $p<0.05$).*

Conclusions: *The results of our study has shown that clinical phenomenology of mania has been formed by independent dimensions of dysphoria, irritability and psychosis, also with relationship between hyperthymic temperament and psychomotor acceleration which is accepted core characteristic of mania.*

Key Words: *Mania, factor analysis, temperament*

¹Uzm., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 9. Psikiyatri Kl., İstanbul. ²Uzm., ³Doç., ⁴Uzm., ⁵Doç., Bakırköy Ruh sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Dr. Murat Erkiran, e-posta: merkiran@superonline.com

GİRİŞ

Manik dönemler, öfori, grandiyozite ve motor etkinlikte artma gibi klasik belirtilerin ötesinde depresyon, psikoz ve sinirlilik gibi belirti küme bileşenlerini de içeren karmaşık bir klinik tablodur. Klinik alt-tiplerin betimlenmesi Kraepelin'e dek uzanmakta olup iki uçlu bozukluk, manik, depresif ve karma durumlar olarak bölümlenmiş, manide boyutsal yapıya dikkat çekerek, maninin depresif ve labil özelliklerine işaret edilmiştir (Kraepelin 1921).

Mani ana-belirti yapısını ortaya koyan ilk sistemli çalışmalar, az sayıda olguyla yapılmış (Beigel ve Murphy 1971, Murphy ve Beigel 1974) ve değişik belirti kümelerini içermeyen ölçekler kullanılmış (Double 1990) olsa da yöntem olarak faktör analizinin oldukça kullanışlı olduğunu kabul ettiren çalışmalardır. 30 olguluk çalışmada manik dönemin taşkın-grandiyoz ve paranoid-yıkıcı olmak üzere iki faktörden oluştuğu, manide görülen depresif belirtilerin paranoid-yıkıcı alt grupta ilişkili olduğu gösterilmiştir (Murphy ve Beigel 1974). Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) kullanarak 81 olgu ile yapılan çalışma bu sonuçları desteklemiş, konuşma ve motor hareket bozukluğu, saldırganlık ve duygudurumda anormal yükselme şeklinde üç faktör belirlenmiştir (Double 1990).

Daha fazla sayıda belirtinin değerlendirildiği çalışmada (Cassidy ve ark. 1998) 237 iki uçlu hastanın manik belirti yapısını açıklayan 5 ortogonal faktör (birbiriyle bağıntı ilişkisi göstermeyen faktörler) saptanmış, birinci ve en güçlü faktörün disforik faktör olduğu, psikomotor hızlanma, psikoz, haz verici etkinlikte artma ve sinirlilik-saldırganlık faktörlerinin sırayla yer aldığı gösterilmiştir. Başka bir çalışmada iki uçlu manik dönemdeki 105 hastada 30 psikiyatrik belirti taranarak 4 bağımsız faktör (depresyon, uyku bozukluğu, mani ve sinirlilik-psikoz) saptanmıştır (Dilsaver ve ark. 1999). Sözü edilen çalışmalarda tek bir hastalık döneminin değerlendirilmesi önemli bir noktadır. Yaşamboyu manik belirtinin varlığı veya yokluğunu araştıran 509 iki uçlu hastada 17 manik belirti için faktör analizi çalışmasında psikik ve motor hızlanma, psikoz ve sinirlilik faktörleri elde edilmiştir (Seretti ve ark. 1999). Bu çalışmada depresif belirtiler değerlendirmeye dahil edilmemiş saf manik belirtiler taranmıştır.

Manik döneme ilişkin görüngüsel (davranışsal/boyutsal) alt-tiplerin belirlenmesi, hastalık fizyopatolojisinin dahi iyi anlaşılması (Swann ve ark. 1992), uygun sağaltımın seçimi (Swann ve ark. 2002) ve hastalık

gidişinin yordanması (Sato ve ark. 2002) açısından önem kazanmaktadır.

Duygudurum bozukluklarının boyutlarını belirleme çabasına en önemli katkılardan biri de hiç kuşkusuz afektif mizaç (temperament) çalışmalarıdır. Akiskal ve Mallya (1987) iki uçlu duygudurum bozukluğuyla afektif mizaç özellikleri arasında ilişki bulunduğunu ve mizaç özelliklerinin duygudurum dönemlerinin ortaya çıkmasına yatkınlık yarattığını belirtmişlerdir. Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu kullanılarak iki uçlu duygudurum bozukluğu tek dönemli depresyon ve yineleyici depresif bozukluğu olan hastaların normal kontrollerle afektif mizaç yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada, depresif mizacın her iki depresyon grubunda, siklotimik mizacın her üç denek grubunda ve hipertimik mizacın yalnızca iki uçlu hastalarda anlamlı olarak daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Akdeniz ve ark. 2004).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda siklotimik, hipertimik ve sinirli mizaç oranlarının birbirine yakın olduğu ve afektif mizaç özelliklerinin hastalığın görüngüsünü etkilediği gösterilmiştir (Kesebir ve ark. 2005). Depresyon ve maniye ait özgül mizaç özellikleri olduğu varsayımı ileri sürülmüş, siklotimik ve özellikle hipertimik mizacın iki uçlu bozuklukla ilişkili olduğu ve karma dönemin ise zemindeki depresif mizaçla ilişkili olduğu üzerinde durulmuştur (Perugi ve ark. 2001, Akiskal ve ark. 2003).

Bu çalışmada, iki uçlu duygudurum bozukluğu manik dönem hastalarında; 1) manik, depresif ve psikotik belirti boyutlarının faktör yapılarının ortaya konması, 2) belirlenen faktör skorlarına dayanarak meydana getirilen boyutların afektif mizaç özellikleriyle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Örneklem

Çalışmaya, 6 aylık bir dönem içinde Bakırköy Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören, akut dönemdeki, DSM-IV tanı ölçütlerine göre (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) iki uçlu duygudurum bozukluğu manik dönem tanısı konmuş ardışık 100 hasta alındı. Çalışma hakkında bilgi verilen hasta ve yakınlarından ölçeklerin uygulanması için sözlü onayları alındı. Çalışmada değerlendirilen hastaların, 54'ü kadın, 46'sı erkek; yaş

TABLO 1. Remisyona Giren ve Girmeyen Hasta Gruplarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.

	Tam düzelen hasta grubu (n=72)		Tam düzelmeyen hasta grubu (n=28)		t/z*	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Yaş	34.19	10.72	34.82	10.03	.267	.790
Hastalık başlama yaşı	24.72	8.04	21.71	3.35	-1.911	.059
Hastalık süresi	9.24	8.68	12.54	8.77	1.701	.092
Geçirilmiş manik dönem s.	4.82	7.03	5.54	4.58	-2.193*	.028
Geçirilmiş karma dönem s.	0.14	0.42	0.11	0.57	-1.114*	.265
Geçirilmiş depr. dönem s.	0.99	1.45	0.82	1.25	-.648*	.517
Hastaneye top. yatış sayısı	4.24	5.67	5.04	4.37	-1.899*	.058
YMDÖ puanı	29.3	98.19	32.32	7.43	1.648	.103
MADÖ puanı	9.5	4.17	8.29	4.18	-1.307	.194
PNSÖ poz. sendrom puanı	21.89	6.8	25.43	7.45	2.275	0.025
	N	%	N	%	χ^2	p
Cinsiyet					.250	.617
Kadın	40	55.6	14	50		
Erkek	32	44.4	14	50		
Medeni durum					3.251	.197
Bekar	22	30.6	9	32.1		
Evli	33	45.8	8	28.6		
Boşanmış/ayrı	17	23.6	11	39.3		
Eğitim					2.086	.352
İlköğretim	46	63.9	22	78.6		
Lise	15	20.8	3	10.7		
Yüksek okul	11	15.3	3	10.7		

*Mann Whitney U testi

ortalaması 34.37 ± 10.48 idi. DSM-IV tanı ölçütlerine göre tüm olguların %55'i psikotik özellikliydi.

İşlem

Olguların şimdiki ve geçmişteki hastalık tanıları, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) (First ve ark. 1997, Çorapçıoğlu ve ark. 1999) kullanılarak kesinleştirilmiştir. Birinci aşamada olgulara yatışlarından sonraki ilk üç gün içinde, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) (Young ve ark. 1978, Karadağ ve ark. 2002), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) (Kay ve ark.

1987, Kostakoğlu ve ark. 1999), Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADÖ) (Montgomery ve Asberg 1979, Davidson ve ark. 1986, Hawley ve ark. 2002, Özer ve ark. 2001) ve Bütünsel Klinik İzlem Ölçeği (BKİÖ) (Guy 1976) uygulanmış, daha önce hastanede yatarak sağaltılanların eski kayıtları incelenmiş ve en az bir aile bireyi ile görüşülmüştür. Değerlendirme yazarlardan birinin denetiminde, bu konuda eğitim almış iki psikiyatri uzmanlık öğrencisi tarafından yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme koşulları olarak, hastalarda DSM-IV tanı ölçütlerine göre iki uçlu duygudurum bozukluğu manik veya karma atak tanısının olması, zeka geriliği olmaması, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu olmaması, alkol ya da madde kullanımına

TABLO 2. Toplam 24 Maddeye Uygulanan Faktör Analizi, Faktörlerin Açıkladıkları Varyans Yüzde Değeri ve İçerdikleri Maddeler.

Ölçek madde	Komponent faktörler						
	Disfori (%23.4)	Psikomotor hızlanma (%12.2)	Psikoz (%8.06)	Sinirlilik (%6.7)	İçgörü (%6.2)	Grandiyozite (%6.02)	Cinsel ilgi (%4.9)
İfade edilen keder	0.923						
Kötümser düşünceler	0.802						
Görünen keder	0.792						
İntihar düşünceleri	0.742						
Bitkinlik/yorgunluk	0.726						
Konuşma hızı ve miktarı		0.780					
Düşünce yapı bozukluğu		0.773					
Hareket ve enerji artışı		0.633					
Taşkınlık		0.625					
Yükselmiş duygudurum		0.577					
Şüphecilik kötülük görme			0.805				
Sanrılar			0.730				
Varsanılar			0.673				
Uyku			0.545				
İştah azalması			0.448				
Sinirlilik				0.786			
Yıkıcı-saldırgan davranış				0.680			
İçsel gerginlik				0.589			
Düşmanca tutum				0.520			
Dış görünüm					0.804		
İçgörü					0.643		
Büyüklik duyguları						0.745	
Düşünce içeriği						0.574	
Cinsel ilgi							0.854

bağlı duygudurum bozukluğu olmaması belirlenmiştir. Hastalar, yattıkları süre içerisinde duygudurum dengeleyicileri (lityum, valproik asit ve/veya karbamazepin), antipsikotikler (tipik ve atipik) ve benzodiazepinler (klozapem ve diazepam) ile sağaltıldı.

İkinci aşamada, hastalık belirtilerinin mizaç ölçümüne etkisini en aza indirebilmek için aldıkları ölçek puanlarına göre tam düzelen 72 hastaya, hastaneden taburculuklarından 2 ay sonra, Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu/MPPS-MD (Temperament Evaluation of Memphis,

Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire/TEMPS-A) ölçeği (Akiskal 1996; Vahip ve ark. 2005) uygulandı.

Çalışmada kullanılan ölçekler

Sosyodemografik veri formu: Yazarlar tarafından hazırlanarak çalışmaya katılan deneklerin kendileri ile ilgili çeşitli sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi) ve klinik özellikleri (hastalık başlama yaşı, hastalık süresi, geçirilmiş duygudurum dönem sayısı ve tipi, ilk duygudurum dönem tipi, hastaneye yatış sayısı gibi) değerlendirmek için uygulanmıştır.

TABLO 3. Faktör Skorları ve MPPS-MD Altölçek Puanları Spearman Bağını Analizi, Kolmogorov Smirnov Testi Sonuçları.

		Depresyon altölçeği toplam skoru	Siklotimi altölçeği toplam skoru	Hipertimi altölçeği toplam skoru	İrritabilite altölçeği toplam skoru	Anksiyete altölçeği toplam skoru	Kolmogorov- Smirnov testi
Faktör 1	r	-0.086	0.185	-0.029	-0.202	-0.105	K-S Z=2.718
Disfori	p	0.471	0.119	0.811	0.089	0.380	p=0.001
Faktör 2	r	-0.185	0.194	0.255*	-0.064	-0.107	k-s Z=0.658
Psikomotor hızlanma	p	0.119	0.103	0.031	0.594	0.369	P=0.779
Faktör 3	r	0.196	-0.061	0.104	-0.039	0.079	K-S Z=0.572
Psikoz	p	0.098	0.611	0.384	0.743	0.509	P=0.899
Faktör 4	r	-0.008	0.011	0.144	0.168	0.210	K-S Z=0.662
Sinirlilik	p	0.947	0.924	0.228	0.158	0.077	P=0.774
Faktör 5	r	-0.046	0.122	0.232	0.064	0.127	K-S Z=0.499
Grandiyoz.	p	0.699	0.307	0.50	0.594	0.287	P=0.964
Faktör 6	r	0.079	0.115	0.068	-0.014	0.133	K-S Z=0.778
İçgörü	p	0.510	0.336	0.572	0.905	0.264	P=581
Faktör 7	r	-0.248*	-0.192	-0.164	-0.036	-0.145	K-S Z=0.807
Cinsel ilgi	p	0.036	0.107	0.168	0.764	0.225	P=0.532

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), majör DSM-IV Eksen I tanıların konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1997). Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliliğinin artırılması, semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'nin Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir (Young ve ark. 1978). Ölçekteki maddeler, iki uçlu bozukluğun manik dönemindeki 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 yapılır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanları 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 çalışmasında (Ka-

radağ ve ark. 2002) iç tutarlık katsayısı %79 olarak bulunmuş, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği %63.3-%95.5, kappa değerleri 0.114-0.849 arasında bulunmuştur.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ): Şizofreni veya diğer bir psikotik bozukluklarda pozitif ve negatif belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmekte ve bu belirtilerin düzeyini ölçmektedir. Ölçek, toplam 30 maddeden oluşur ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içerir. Maddelerin 7 tanesi pozitif belirtileri, 7 tanesi negatif belirtileri, 16 tanesi ise genel psikopatoloji belirtilerini içermektedir (Kay ve ark. 1987). Türkçe geçerliği ve güvenilirliği Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından (1999) yapılmıştır. Pozitif Sendrom Altölçeği puan aralığı 7-34, Negatif Sendrom Altölçeği puan aralığı 7-41 ve Genel Psikopatoloji Altölçeği puan aralığı 16-67 olarak bulunmuştur.

Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADÖ): Depresyon tanısı alan hastalarda depresyonun çekirdek belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacı ile geliştirilmiş bir ölçektir (Montgomery ve Asberg 1979, Davidson ve ark. 1986). Toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Her maddeden alınan puan 0-6 arasında belirlenir. Tedavi çalışmalarında MADÖ ölçeğinden alınan puanın 10'un altına düşmesinin hedeflenmesi önerilmiştir (Hawley ve ark. 2002).

Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışmaları (Özer ve ark. 2001) yapılmıştır.

Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç değerlendirme Anketi Türkçe formu/MPPS-MD (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire/TEMPS-A): MPPS-MD baskın afektif mizacı (dominant affective temperament) değerlendirmek için Akiskal tarafından geliştirilmiştir (Akiskal 1996). Anket depresif, hipertimik, sinirli, siklotimik ve endişeli mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri evet ya da hayır olarak yanıtlar. Bir kişide baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), sinirli (18 madde) ve endişeli (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun, her bir mizaç özelliği için ayrı ayrı hesaplanan test yeniden test güvenirliği 0.73-0.93 ve Cronbach-alfa katsayısı 0.77-0.85 arasındadır.

İstatistiksel işlemler

Alınan sonuçlar SPSS for Windows 7.5 istatistik programında oluşturulan veri tabanına aktarılmıştır. Faktör analizi uygulanması için olgulardaki manik, depresif ve psikotik belirtileri içeren YMDÖ, MADÖ ve PNSÖ pozitif sendrom ölçeklerinden elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir. Üç ölçekteki benzer maddeler, değişkenlerin sayısını azaltmak ve aynı özelliği birden fazla değerlendirmemek için çıkartıldı. Toplam olarak 24 klinik belirti değerlendirmeye alındı. Bu belirtiler şunlardı: yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, sinirlilik, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı-saldırgan davranış, dışgörünüm ve içgörü; görünen keder, ifade edilen keder, içsel gerginlik, iştah azalması, bitkinlik/yorgunluk, kötümser düşünceler ve intihar düşünceleri; sanrılar, varsanılar, taşkınlık, büyüklük duyguları, şüphecilik/kötülük görme ve düşmanca tutum.

Bu çalışmada kullanılan veriler için frekans dökümleri yapılmış, kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi, sayısal değişkenler için Student t-testi ve gerekli olduğu durumlarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Faktör analizi: Ana bileşenler (Principal Components) yöntemi ve Varimax dönüştürmesi ile yapılan faktör analizi sonucunda özdeğeri 1’in üzerinde olan faktörler scree test (yamaç eğim testi) uygulaması ile kontrol edilmiş ve

bulunan faktörlerin toplam varyansı açıkladığı oranları hesaplanmıştır. Faktörler içine giren maddeler ve faktör yükleri 0.40’tan yüksek olanlar tabloda gösterilmiştir.

Faktör skorları ve diğer sayısal değişkenlerin dağılımının normal olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı.

Değişkenler arasındaki bağıntı ilişkisinin yönü ve düzeyinin belirlenmesi için Spearman bağıntı analizi kullanıldı. Yapılan tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 100 hastadan tam düzenlenlerde (n=72) düzelmeyenlere (n=28) göre geçirilmiş manik dönem sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az ve PNSÖ pozitif sendrom alt ölçeği puan ortalaması daha düşüktür. Gruplar diğer demografik ve klinik özellikler açısından benzerdir (Tablo 1).

Faktör yapısı: Yukarıda sözü edilen maddeleri içerecek şekilde Temel Bileşenler Yöntemi (Principal Components) ve ardından Varimax dönüştürmesi uygulanması sonucunda özdeğeri 1’in üzerinde olan ve toplam varyansın %67.48’ini açıklayan 7 faktörlü yapı elde edilmiştir (tablo2). Birinci faktör disfori faktörü olup toplam varyansın %23.4’ünü açıklamıştır. Bu faktör altına giren maddeler ifade edilen keder, kötümser düşünceler, görünen keder, intihar düşünceleri ve bitkinlik/yorgunluk maddeleridir. İkinci faktör psikomotor hızlanma faktörü toplam varyansın %12.2’sini açıklamış; konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, hareket ve enerji artışı, taşkınlık ve yükselmiş duygudurum maddelerinden oluşmuştur. Üçüncü faktör toplam varyansın %8.06’sını açıklayan psikoz faktörüdür. Bu faktörle doğrusal bağıntı ilişkisi gösteren maddeler, şüphecilik/kötülük görme, sanrılar, varsanılar, uyku ve iştah azalması maddeleridir. Dördüncü faktör sinirlilik faktörü olup toplam varyansın %6.7’ini açıklamaktadır. Bu faktörle ilişkili maddeler, sinirlilik, yıkıcı-saldırgan davranış, içsel gerginlik, düşmanca tutum olarak bulundu. Beşinci faktör içgörü faktörüdür (%6.2). Bu faktörün kapsadığı maddeler dış görünüm ve içgörüdür. Altıncı faktör grandiyozite faktörü (%6.02) olup büyüklük duyguları ve düşünce içeriği maddelerini içermektedir. Yedinci faktör cinsel ilgi faktörüdür (%4.9).

Toplam yedi faktörün hesaplanan faktör skorlarının Kolmogorov-Smirnov testiyle yapılan değerlendirmesinde birinci faktör (disfori) dışındaki 6 faktör skorunun normal dağılıma uyduğu bulundu (Tablo 3). Faktör skor-

larıyla MPPS-MD siklotimi, depresyon, hipertimi, sinirlilik ve anksiyete altölçek puan ortalamaları ile yapılan Spearman bağıntı analizi sonucu psikomotor hızlanma faktörüyle hipertimik mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf derecede doğrusal ($r=0.255$, $p<0.05$), cinsel ilgi faktörüyle depresif mizaç arasında zayıf derecede ters bağıntı ilişkisi ($r=-0.248$, $p<0.05$) bulundu (Tablo 3).

TARTIŞMA

Faktör analizi

İki uçlu duygudurum bozukluğu manik dönem hastalarında YMDÖ, MADÖ ve PNSÖ (pozitif sendrom alt ölçeği) ölçeklerinin bileşkesini kullanarak yaptığımız faktör analizine dayalı boyutları belirleme çalışmasında disfori, psikomotor hızlanma, psikoz, sinirlilik, grandiyozite, içgörü ve cinsel ilgi faktörleri bulunmuştur. Farklı ölçekler kullanılarak yapılmış olsa da bulduğumuz faktör yapısı, geniş belirti yelpazesinin değerlendirildiği diğer faktör analizi çalışmalarında bulunan genel olarak disfori, sinirlilik ve psikozun birbirinden bağımsız boyutlar olduğu bulgusuyla uyumluydu (Cassidy ve ark. 1998; Dilsaver ve ark. 1999; Perugi ve ark. 2001). Dolayısıyla depresif belirtilerin değerlendirilmediği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin kullanıldığı Double (1990) ile 17 manik belirtinin yaşam boyu varlığı veya yokluğunu araştıran Seretti ve arkadaşlarının (1999) çalışmalarının sonuçlarından farklıydı.

Örneklelimiz manik dönem tanılı hastalardan oluşsa da bulduğumuz birinci faktör, literatürle uyumlu şekilde disfori olarak saptanmıştır. Karma dönem hastalarını hem içeren (Sato ve ark. 2002) ve hem de içermeyen (Cassidy ve ark. 1998, Rossi ve ark. 2001) çeşitli çalışmalar, manide depresif belirtilerin yaygın bir şekilde bulunduğuna işaret etmektedir. Cassidy ve arkadaşlarının 237 iki uçlu hasta üzerinde yaptıkları çalışmada elde ettikleri faktör yapısı, 33 karma dönem hastası çıkarıldıktan sonra tekrarlandığında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Benzer olarak Rossi ve arkadaşları, yatarak tedavi gören 124 manik ve 22 karma dönem hasta grubu üzerinde Bech-Rafealsen Mani ve Melankoli ölçekleriyle yaptıkları çalışmada, karma dönem hastaları çıkarıldıktan sonra da manideki depresyon boyutunun varlığını sürdürdüğünü, depresyon boyutunun karma dönem hastalarına özgü olmadığını ileri sürmüşlerdir.

Manideki depresif belirtilerin paranoid-yıkıcı faktörle ilişkili olduğu (Beigel ve Murphy 1971, Murphy ve Beigel 1974) depresif duygudurum yanı sıra Kraepelin'in de belirttiği ve depresif inhibisyon olarak adlandırdıkları bağımsız ek bir faktör bulunduğu (Sato ve ark. 2002)

bildirilse de, bizim çalışmamızın bulguları depresif belirtilerin, sinirlilik ve psikoz faktörlerinden bağımsız olduğunu bildiren çalışmalarla (Cassidy ve ark. 1998, Dilsaver ve ark. 1999) uyumludur.

Karma dönem tanısının mani ve major depresyon tanı ölçütlerini aynı anda ve tam karşılaması gerekliliği nedeniyle, depresif belirtiler gösterdikleri halde major depresyon ölçütlerini karşılamayan hastaların sınıflandırma sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) tanılandırılmaları zorluk yaratmaktadır. Bu durum göz önüne alındığında çalışmamızın sonuçları manik dönem hastalarındaki depresif belirtilerin önemini altını çizen çalışmaların (Gonzales-Pinto ve ark. 2004) sonuçlarıyla uyumludur.

Çalışmamızda özkıyım düşünceleri disfori faktörü içinde yer aldığından, disforinin birinci faktör olarak belirlenmesi nedeniyle karma dönem hastalarında özkıyım riskinin yüksek olduğu gibi (Strakowski ve ark. 1996) saf mani hastalarındaki özkıyım riski dikkatle değerlendirilmelidir. Bu konuya ilişkin ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Bunların yanında önceki çalışmalarda faktör skorlarına dayanarak yaptıkları kümeleme analizinde klasik (öforik), depresif ve disforik üç alt küme tanımlamıştı (Dilsaver ve ark. 1999). Daha az sayıda depresif madde içeren ve DSM-IV'te belirtilen karma dönemden de farklı olarak tanımlanan disforik küme çalışmamızdaki disforik mani özellikleriyle uyum göstermektedir.

Bulduğumuz ikinci faktör olan psikomotor hızlanma, yükselmiş duygudurum ve taşkınlık maddelerini de kapsamakta olup, Cassidy ve arkadaşlarının (1998) psikomotor hızlanma, Dilsaver ve arkadaşlarının (1999) manik aktivasyon faktörleriyle uyum göstermiştir. Bazı araştırmacılar psikomotor hızlanmanın sadece duygudurumda yükselme ile birlikte maninin çekirdek belirti boyutu olduğunu (Seretti ve ark. 1999, Gonzales-Pinto ve ark. 2004) belirtmiştir. Perugi ve arkadaşları (2001) 153 manik hastadan oluşan örnekleme farklı olarak öforik-grandiyoz ve hızlanmışlık-uykusuzluk şeklinde iki faktör saptamışlardır. Oysa bizim araştırmamızda grandiyozite ve düşünce içeriği farklı bir faktör oluşturmuştur. Bu bulgu grandiyozitenin manide sık karşılaşılan bir durum olmasıyla öforiden bağımsız bir boyut olabileceğini düşündürmektedir.

Psikozun manide yaygın olduğu (%50) ve özgül bir durum olmadığı, manik dönemin sağaltımıyla psikotik belirtilerin de (psikoz boyutunun da) düzeldiği gösterilmiştir (Swann ve ark. 2004). Çalışmamızdaki üçüncü faktör olan psikoz faktörü literatürle uyumlu olarak

depresyon ve sinirlilik faktörlerinden bağımsız bulundu (Cassidy ve ark. 1998, Sato ve ark. 2002, Gonzales-Pinto ve ark. 2004). İştah azalması ve uykusuzluk gibi vejetatif belirti maddelerinin psikotik belirtilerle bu faktör içinde yer alması psikotik belirtilerin manik dönemin şiddetli biçimine eşlik edebileceği (Swann ve ark. 2004) görüşüyle uyumlu bulundu.

Diğer sık rastlanan sinirlilik faktörü çalışmamızda yıkıcı-saldırgan davranış ve düşmanca tutum maddelerini de içermekte olup psikoz ve disfori faktöründen bağımsız olduğu (Sato ve ark. 2002) bulunmuştur.

Çalışmamızda cinsel ilgi faktörü, Akiskal ve arkadaşlarının (2003) Manik Durum Derecelendirme Ölçeği (Manic State Rating Scale/MSRS) kullanarak, 104 manik hasta üzerinde yaptıkları çalışmanın sonucuna benzer bağımsız bir faktör olarak saptanmış, ve bu bulgu yine onların belirttiği cinsel ilgi artışının öforiden bağımsız bir boyut olduğu görüşünü desteklemiştir.

Yine çalışmamızda içgörü faktörü, dış görünümle birlikte Akiskal ve arkadaşlarının (2003) bulgularına benzer olarak psikoz faktöründen bağımsız bulunmuştur ve daha önceki iki uçlu hastaların hastaneden taburculuklarında bir dereceye kadar içgörü eksikliği gösterdikleri ve içgörü eksikliğinin bu hastalarda psikotik özelliklerden bağımsız olarak iki uçlu bozukluğa özgül olabileceğini ileri süren çalışmalara da (Ghaemi ve ark. 1995, Peralta ve Cuesta 1998) uygunluk göstermiştir.

Manik dönem klinik görünümünü oluşturan belirti boyutlarının sağaltıma yanıtın yordanmasında önem taşıdıkları ileri sürülerek, valproatın dürtüsellik, düşmanlık ve sinirlilik boyutlarına daha etkin olduğu; lityum ve valproatın hiperaktivite boyutuna plaseboda daha iyi yanıt verdiği ve sonuç olarak, sağaltıma yanıt açısından manik dönemlerin doğal alt-tipleri bulunabileceği ileri sürülmüştür (Swann ve ark. 2001, Swann ve ark. 2002).

Faktör skorları ve mizaç arasındaki ilişki

Yapılan çalışmalar, hipertimik, siklotimik ve sinirli mizacın iki uçlu hastalarda (Kesebir ve ark. 2005), depresif mizacın ise depresyonlu hastalarda (Akdeniz ve ark. 2004) anlamlı olarak daha sık bulunduğunu göstermiştir. Bu bulgulara ek olarak zeminde var olan afektif mizacın manik görüngüsüyle ilişkili olduğu, depresif ve siklotimik mizacın karma manik dönem hastalarında daha sık görüldüğü (Akiskal ve ark. 1998, Hantouche ve ark. 2001, Brieger ve ark. 2003) bildirilmiş, zemindeki hipertimik mizacın manik dönem şiddetinin artışına yol açarken, depresif mizacın ise maniye disforik nitelik kattığı, diğer bir deyişle

maniye 'sessizleştirdiği' ileri sürülmüştür (Akiskal ve ark. 2003). Yine hipertimik mizacın manik hızlanmayla, depresif mizacın ise depresif-manik görüngüsüyle ilişkili (Perugi ve ark. 2001) olduğu gösterilmişse de, bu çalışmadaki mizaç ölçümünün hastalık epizodu esnasında yapılması dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızın bu konudaki sonuçları kuvvetli ve aşikar bağıntılara sahip değildir. Manideki çekirdek belirti boyutu olarak kabul edilen psikomotor hızlanma faktör skoru ile hipertimik mizaç arasında zayıf derecede doğrusal bağıntı ilişkisi varken (Perugi ve ark. 2001), cinsel ilgi faktör skoru ile depresif mizaç arasında zayıf derecede ters bağıntı ilişkisi saptandı. Buna karşılık, disfori faktör skoru ile depresif ve/veya siklotimik mizaç arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak yapılan çalışmalar her ne kadar karma veya depresif maninin zemindeki depresif mizaçtan köken aldığını ileri sürse de karma dönem tanısı konması için gerekli olan depresif belirtilerin birbirini takip eden (ardışık) hastalık dönemleri arasında sabit olmadığını göstermektedir (Bauer ve ark. 1994). Karma manik dönemdeki hastalarda geçirilmiş manik dönem sayısının daha yüksek bulunması ve daha sık hızlı döngülülük saptanmış olması duyarlılaştırma düzeneğiyle açıklanmıştır (Swann ve ark. 2001). Ayrıca diğer bazı çalışmalar, karma dönem geçiren tam düzelmiş iki uçlu hastalarda daha sık depresif ve endişeli (ansiyöz) mizaç, daha az sıklıkta hipertimik mizaç saptamışlardır (Brieger ve ark. 2003). Buna göre örneklemimizin DSM-IV'e göre manik dönemdeki hastalardan oluşmasının disfori faktör skoruyla depresif ve/veya siklotimik mizaç arasında ilişki bulunmamasını açıklayabileceği düşünülmüştür.

Mizaç değerlendirmeleri yapılan bu hastaların tüm belirtili dönemlerinin aynı alt-tipin özellikleri ile seyredip seyretmediğinin araştırılmasının, aynı hastanın mani ve depresyon dönemleri arasında veya aynı hastalık döneminde her hastaneye yatışında farklı özellikler gösterip göstermediğinin dönemler arası homojenlik ve istikrar açısından değerlendirilmesinin yararlı olacağını düşünüyoruz.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Bulgularımızı yorumlarken öncelikle bu çalışmada kullandığımız bileşke ölçeğin standart bir ölçek olmadığını dikkate almak gerekir. Faktör analizinin bulguları kullandığımız ölçeklerin kapsadığı belirtilerle sınırlı olduğundan maninin klasik belirtileri yanı sıra depresif ve psikotik belirti kümelerinin de kapsanması amaçlanmıştır. Çalışmamızda kullandığımız YMDÖ, MADÖ ve PANÖ (pozitif sendrom alt ölçeği) ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliklerinin yapılmış olması bu kısıtlılığı görece geçersiz

kılmakta ve değişik belirti kümelerinin ölçümüne olanak vermektedir.

Aynı manik dönemin farklı aşamaları olabileceği ve sağaltımın mani görüngüsünü etkileyebileceği dikkate alındığından bu durumun etkisini en aza indirmek için çalışma olgular, hastaneye yattıklarından sonraki ilk 3 gün içinde değerlendirilmiştir. Çalışmaya aldığımız örneklemde mizaç ölçümü yapılan olguların tam düzelenlerden oluşması, tam düzelmeyen olguların geçirilmiş manik dönem sayısının daha fazla olması ve daha şiddetli psikotik belirtilerinin varlığı elde ettiğimiz bulguların yorumlanmasında yanlılık oluşturabileceğini düşündürmektedir. Bununla

birlikte, afektif mizaç ölçümünün tam düzelen hastalarda yapılması gerekliliği dikkate alınmıştır.

SONUÇ

Çalışmamızın bulguları, mani hastalarındaki faktör analizine dayanan klinik görüngünün birbirinden bağımsız disfori, sinirlilik ve psikoz boyutlarından oluştuğu görüşünü desteklemektedir. Öte yandan zemindeki hipertimik mizacın manideki çekirdek belirti boyutu olarak kabul gören psikomotor hızlanmayla ilişkili olduğunu ileri sürebiliriz.

KAYNAKLAR

- Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S ve ark. (2004) Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3):183-90.
- Akiskal HS (1996) The temperamental foundations of affective disorders, interpersonal origin and course of affective disorders, Mund C ve ark. (Ed), London, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, s.3-30.
- Akiskal HS, Azorin JM, Hantouche EG (2003) Proposed multidimensional structure of mania: beyond the euphoric-dysphoric dichotomy. *J Affect Disord*, 73: 7-18.
- Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML ve ark. (1998) Gender, temperament and the clinical picture in dysphoric mania: Findings from a French national study (Epiman). *J Affect Disord*, 50: 175-86.
- Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the soft bipolar spectrum: Treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 23: 68-73.
- Akiskal HS, Pinto O (2000) Soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. In: Marneros A, Angst J (Eds.), *Bipolar Disorders: 100 Years After Manic-Depressive Insanity*. Kluwer, Dordrecht, s. 37-62.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)* (Çev. Ed: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Bauer MS, Whybrow PC, Gyulai P ve ark. (1994) Testing definitions of dysphoric mania and hypomania: prevalence, clinical characteristics and interepisode stability. *J Affect Disord*, 32: 201-11.
- Beigel A, Murphy DL (1971) Assessing clinical characteristics of the manic state. *Am J Psychiatry*, 128: 688-94.
- Brieger P, Roettig S, Ehrt U ve ark. (2003) TEMPS-A scale in mixed and pure manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. *J Affect Disord*, 73: 99-104.
- Cassidy F, Forest K, Murry E ve ark. (1998) A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Arch Gen Psychiatr*, 55: 27-32.
- Çoraçoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV eksen I ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirmenin güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 33-36.
- Davidson J, Turnbull CD, Strickland R ve ark. (1986) The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*, 73: 544-48.
- Dilsaver CD, Chen YR, Shoaib AM ve ark. (1999) Phenomenology of mania: Evidence for distinct depressed, dysphoric, and euphoric presentations. *Am J Psychiatry*, 156: 426-30.
- Double DB (1990) The factor structure of manic rating scales. *J Affect Disord*, 18: 113-119.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması*. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F.

Çuhadaroglu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured clinical interview for DSM- IV axis I disorders (SCID-I), clinical version. Washington D.C and London. American Psychiatric Press, Inc.

Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG ve ark. (1995) Lack of insight in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*, 183: 464-67.

Gonzales-Pinto A, Aldama A, Gonzales Pinto A ve ark. (2004) Dimensions of mania: differences between mixed and pure episodes. *European Psychiatry*, 19: 307-10.

Guy W (1976) Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. National Institute of Mental Health, Rockville, MD.

Hantouche EG, Allilaire JF, Bourgeois ML ve ark. (2001) The feasibility of self assessment of dysphoric mania in the French National EPIMAN study. *J Affect Disord*, 67: 97-103.

Hawley CJ, Gale TM, Sivekumaran T ve ark. (2002) Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *J Affect Disord*, 72(2): 177-84.

Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F ve ark. (2002) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13: 107-114.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA ve ark. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 13(2): 161-76.

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. (2005) Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord*, 85: 127-33.

Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44): 23-32.

Kraepelin E (1921) *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Translated by Barclay RM, edited by Robertson GM. Edinburgh, E&S Livingstone.

Montgomery SA, Asberg M (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134:382-89.

Murphy DL, Beigel A (1974) Depression, elation, and lithium carbonate responses in manic patient subgroups. *Arch Gen Psychiatry*, 31: 643-48.

Özer S, Demir B, Tuğal Ö ve ark. (2001) Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(3): 185-94.

Peralta V, Cuesta MJ (1998) Lack of insight in mood disorder. *J Affect Disord*, 49: 55-58.

Perugi G, Maremmani I, Toni C ve ark. (2001) The contrasting influence

of depressive and hyperthymic temperaments on psychometrically derived manic subtypes. *Psychiatr Research*, 101: 249-258.

Rossi A, Daneluzzo E, Arduini L ve ark. (2001) A factor analysis of signs and symptoms of the manic episode with Bech-Rafaelsen Mania and Melancholia Scales. *J Affect Disord*, 64: 267-70.

Sato T, Bottlender R, Kleindienst N ve ark. (2002) Syndromes and Phenomenological subtypes underlying acute mania: a factor analytic study of 576 manic patients. *Am J Psychiatry*, 159: 968-974.

Seretti A, Rietschel M, Lattuada E ve ark. (1999) Factor analysis of mania. *Arch Gen Psychiatr*, 56: 671-72.

Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE ve ark. (1996) Suicidality among patients in mixed and manic bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 153: 674-76.

Swann AC, Bowden CL, Calabrese JR ve ark. (2002) Pattern of response to divalproex, lithium, or placebo in four naturalistic subtypes of mania. *Neuropsychopharmacology*, 26: 530-36.

Swann AC, Daniel DG, Kochan LD ve ark. (2004) Psychosis in mania: specificity of its role in severity and treatment response. *J Clin Psychiatry*, 65: 825-29.

Swann AC, Janicak PL, Calabrese JR ve ark. (2001) Structure of mania: depressive, irritable, and psychotic clusters with different retrospectively-assessed course patterns of illness in randomized clinical trial participants. *J Affect Disord*, 67: 123-32.

Swann AC, Stokes PE, Casper R ve ark. (1992) Hypothalamic-pituitary-adrenocortical function in mixed and pure mania. *Acta Psychiatr Scand*, 85:270-74.

Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. (2005) Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord*, 85: 113-125.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE ve ark. (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133: 429-35.