

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Bipolar Bozukluk Taramasında Geçerliliği

Dr. Numan KONUK¹, Dr. Sibel KIRAN², Dr. Lut TAMAM³, Dr. Elif KARAAHMET⁴, Dr. Hüner AYDIN⁵, Dr. Levent ATIK¹

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmada Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin (The Mood Disorder Questionnaire, DBÖ) Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluğu taramada geçerliliği ve ideal kesim noktasının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran ardaşık 309 hasta DBÖ'nin Türkçe uyarlaması ile değerlendirildi. Hemen ardından aynı hastalar SCID-I ile tanimsal değerlendirmeye alındı. DSM-IV'e göre konulan tanılar "altın standart" olarak belirlendi. Türkçe DBÖ ile elde edilen puanların optimum kesim noktalarının duyarlılığı ve seçiciliği ROC yöntemi ile analiz edildi.

Bulgular: SCID-I görüşmesi ile saptanan DSM-IV tanılarına göre 36 hasta (%11.7) Bipolar Bozukluk Tip I, Bipolar Bozukluk Tip II, Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk tanıları aldı. Herhangi bir eksen I tanısı konmayan hasta sayısı 7 (%2.2) idi. Bunların dışındaki 185 hastaya (%86.1) en az bir diğereksen I DSM-IV tanısı konuldu. Duyarlılık ve özgüllük değerlerine göre optimum kesim noktası 7 idi. (duyarlılık %64, özgüllük %77) Türkçe DBÖ'in bipolar bozuklukların saptanması için hesaplanan kesim noktası 5 alındığında duyarlılığı %81, seçiciliği %53; kesim noktası 6 olarak alındığında ise duyarlılığı %75, seçiciliği %63 olarak saptandı.

Sonuç: Türkçe DBÖ bipolar bozukluğu taramada yeterli düzeyde geçerlik özellikleri sergilemektedir. Yeterli psikometrik özellikleri ve kolay uygulanması DBÖ'ni bipolar bozukluk taramalarında kullanışlı kılmaktadır. Bu sonuçların genel toplum tabanlı geçerlik çalışmaları ile desteklenmesine gereksinim vardır.

Anahtar Sözcükler: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği, Bipolar Bozukluk, DSM-IV, Geçerlik, Kesim Noktası, Tarama Testi

SUMMARY: Validation of the Turkish Version of the Mood Disorder Questionnaire for Screening Bipolar Disorders

Objectives: The aims of the study were to validate the Turkish version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) as a screening tool and to determine its optimum cut-off value for bipolar disorder.

Methods: Validation of the Turkish version of the MDQ was conducted on a sample of 309 consecutive patients who attended the psychiatry outpatient unit of 2 different university hospitals. The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID) was used as a gold standard test and receiver operating characteristic (ROC) analysis was used to evaluate test performance of the MDQ.

Results: In all, 36 (11.7%) patients received a diagnosis of bipolar disorder (type I and II, and bipolar disorder not otherwise specified), 185 (86.1%) were diagnosed as having at least one Axis I psychiatric disorder other than bipolar disorder, and 7 (2.2%) had no psychiatric disorder according to SCID results. Sensitivity and specificity results indicated that the best Turkish MDQ cut-off point was 7 (sensitivity: 0.64; specificity: 0.77), the cut-off point 5 had 0.81 sensitivity and 0.53 specificity, and the cut-off 6 had 0.75 sensitivity and 0.63 specificity.

Conclusion: The Turkish MDQ has satisfactory psychometric properties for screening bipolar disorder. The psychometric properties of the Turkish MDQ and its ease of use make it a useful tool for screening bipolar disorders, though further population-based research is required to confirm these results.

Key Words: Mood Disorder Questionnaire, Bipolar Disorder, DSM-IV, Validation, Cut of Point, Screening Test

¹Yrd. Doç., ZKÜ Tıp Fak., Psikiyatri AD., ²Yrd. Doç., ZKÜ Tıp Fak., Halk Sağlığı AD., Zonguldak. ³Doç., Çukurova Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Adana. ⁴Asis., ZKÜ Tıp Fak., Psikiyatri AD., Zonguldak. ⁵Asis., Ç.Ü Tıp Fak., AD., Adana.
Dr. Numan Konuk, e-posta: geronto@yahoo.com

GİRİŞ

Temel bir halk sağlığı sorunu olmasına rağmen duygudurum bozuklukları, psikiyatrik ortamlarda bile doğru tanı konmasında sorunlar yaşanan, tekrarlayıcı ve kronik gidişli olabilen bozukluklardır. Duygudurum bozuklukları içinde bipolar bozukluk tanısının konmasının zor olduğu, sıklıkla bu tanının atlandığı veya yanlış tanı konulduğu, çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Ghaemi ve ark. 1999). İlk görüşmede bipolar bozukluğu olan hastaların neredeyse %40'ına yanlış tanı konulduğunu ve gerçek tanının ise ancak yıllar sonra saptanabildiği bildirilmiştir (Ghaemi ve ark. 2002).

Bipolar bozukluğu olan hastalar manik/hipomanik belirtilerden çok depresif belirtileri nedeniyle tedavi arayışına girmektedir (Calabrese ve ark. 2004). Öte yandan depresyon tanısı ile izlenen hastaların değişen oranlarda (%26-45) gerçekte bipolar bozukluk hastası olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Manning ve ark. 1997, Benazzi 2003). Bu nedenle poliklinik ortamlarında major depresyon nedeniyle izlenen hastaların da bipolar bozukluk varlığı açısından taranması gerekmektedir.

Yanlış tanı konması bir yönüyle bipolar bozukluğun yaygınlığı hakkında da yanlış bilgilenmemize neden olabilir, çünkü bipolar hastaların pek çoğuna unipolar depresyon ya da şizofreni tanısı konulmaktadır. Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %1-2 olarak bildirilmektedir. Farklı tanımları olsa da bipolar yelpaze bozuklukları söz konusu olduğunda (bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk da dahil edildiğinde) bu oran daha da yükselecek %2.6'dan %6.5'e ulaşmaktadır (Angst 1998). Bipolar bozuklukları tanıyabilmekteki bu zorluklar toplum tabanlı yaygınlık çalışmalarının yapılmasını, dolayısıyla risk gruplarını ve olası etkenlerin belirlenmesini de kısıtlamaktadır.

Bipolar bozukluğun tanınmasında yaşanan güçlüklerin çeşitli nedenleri vardır. Öncelikle; dürtü kontrolü, değişken enerji düzeyi, yasal sorunlara bulaşma gibi ilişkili belirtilerin sıklıkla bipolar bozukluk dışındaki hastalıklarda da gözlenmesi tanı konulmasını zorlaştırmaktadır. Bipolar bozukluk ya da bipolar yelpazesi bozuklukları için kullanılan tanım farklılıkları tanısal süreçte karmaşa yaratmaktadır (Carta ve Angst 2005). Ayrıca bipolar bozuklukta ek tanı konma sıklığı da bu zorluğa katkıda bulunmaktadır (Perugi ve ark. 1999). Nedenleri ne olursa olsun bipolar bozukluk tanısının atlanması ya da geç tanı konulması tedaviyi de geciktirerek olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

Bipolar bozukluğun atlanmasını engellemek ve ger-

çek risklerle, riskli grupların belirlenmesini sağlamak için epidemiyolojik değerlendirmelere gereksinim vardır. Yaygın epidemiyolojik değerlendirmelerde de tarama testleri kullanılmaktadır. Kısa özbildirim ölçekleri ile tarama çalışmaları, bipolar bozukluk tanısı için daha detaylı değerlendirilmesi gereken kişilere ulaşmayı kolaylaştırır. Ayrıca toplum tabanlı yaygınlık çalışmalarının uzman psikiyatristle yapılmasının pratik olmaması ve yüksek maliyeti, bipolar bozukluğa yönelik risk gruplarının belirlenmesi için de tarama araçlarının kullanımını gerekli kılmaktadır (Leon ve ark. 1995). Çeşitli psikiyatrik bozuklukları taramaya yönelik araçlar geliştirilmiş olmasına rağmen bipolar bozukluk için sınırlı sayıda araç bulunmaktadır (Zimmerman ve ark. 2004).

Yapılan çalışmalar arasında sıkça kullanılan "The Mood Disorder Questionnaire" ((MDQ), "Duygudurum Bozuklukları Ölçeği" (DBÖ)), bipolar bozuklukları taramaya ve saptamaya yarayan, yurtdışında geçerliği ve güvenilirliği çalışılmış bir ölçektir (Hirschfeld ve ark. 2000). MDQ, psikiyatri poliklinik başvurusuna dayalı olgulara uygulanarak ardından telefon görüşmeleri ile SCID tanılarının konulmasının altın standart alındığı çalışmada; 0.73 duyarlılık ve 0.90 özgüllük özellikleri göstermiştir. Toplum tabanlı bir diğer çalışmada ise ölçeğin duyarlılığı daha yüksek (0.81) seçiciliği ise daha düşük olarak bulunmuştur (0.65) (Hirschfeld ve ark. 2003a, 2003b). Ölçeğin Fince (Isometsa ve ark. 2003), İtalyanca (Hardoy ve ark. 2005) ve Fransızca (Rouget ve ark. 2005) dillerinde farklı ortamlarda geçerlik çalışmaları yapılmış ve kullanılabilir psikometrik özellikler sergilediği gösterilmiştir.

Türkiye'de bipolar bozukluğun çeşitli formlarının tanınması ve doğru tanı konulmasını taramaya elverişli, kullanışlı ve pratik bir ölçeğe ihtiyaç vardır. Bu çalışma DBÖ'nin psikiyatrik hasta örnekleminde bipolar bozuklukların tanınmasındaki geçerliğini değerlendirmektedir. Bu doğrultuda DBÖ, öncelikle toplum tabanlı çalışmalarda Türk toplumu için psikometrik özelliklerin saptanmasına yönelik çalışmalarda ve ardından da yaygınlık çalışmalarında kullanılabilir olacaktır. Bu çalışmanın amacı DBÖ'nin bipolar bozuklukları diğer eksen I tanılarından ya da hiç tanı almayan gruptan ayırtılabilecek kapasitesinin geçerliğini araştırmak ve optimal kesim noktasını belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırma grubu

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniği (n=234), ve Çukurova Üniversitesi

TABLO 1. DBÖ Yanıtlarının SCID Tanılarına Göre Bipolar Bozukluk Açısından Tanısal Geçerliliği.

| | Duyarlılık | Özgüllük | 1- Özgüllük | Olabilirlik Oranı |
|----|------------|----------|-------------|-------------------|
| 1 | 1 | 0.11 | 0.89 | 1.13 |
| 2 | 0.97 | 0.21 | 0.79 | 1.22 |
| 3 | 0.92 | 0.29 | 0.71 | 1.3 |
| 4 | 0.89 | 0.4 | 0.6 | 1.49 |
| 5 | 0.81 | 0.53 | 0.47 | 1.7 |
| 6 | 0.75 | 0.63 | 0.37 | 2.05 |
| 7 | 0.64 | 0.77 | 0.23 | 2.77 |
| 8 | 0.47 | 0.83 | 0.17 | 2.8 |
| 9 | 0.36 | 0.9 | 0.1 | 3.79 |
| 10 | 0.22 | 0.95 | 0.05 | 4.04 |
| 11 | 0.19 | 0.96 | 0.04 | 5.31 |
| 12 | 0.08 | 0.99 | 0.01 | 7.58 |
| 13 | 0 | 1 | 0 | 1 |

DBÖ: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği.

Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine (n=75) başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul edip, bilgilendirilmiş yazılı olur veren ardışık 309 kişi araştırma grubuna alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen veya DBÖ sorularına eksik cevap veren Zonguldak Karaelmas Üniversitesinde 3 kişi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Yerel etik kurul tarafından çalışma için onay alınmıştır. Hastalar Türkçe DBÖ (Duygudurum Bozuklukları Ölçeği, DBÖ) ile değerlendirilmelerinin hemen ardından ölçek puanlarından haberdar olmayan, SCID eğitimi almış en az iki yıllık klinik deneyime sahip bir psikiyatrist uzman ya da araştırma görevlisi tarafından DSM-IV Eksen I bozuklukları açısından SCID-I yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi ile değerlendirilmiştir.

Araçlar

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (Mood Disorder Questionnaire (MDQ): Evet ve hayır cevaplarını içeren, kökenini DSM-IV'den (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) alan özbildirime dayalı bir kağıt-kalem ölçeğidir. Ölçek üç sorudan oluşmaktadır. 13 alt maddeden oluşan birinci soru yaşamboyu manik ya da hipomanik belirtilerin öyküsü, yükselmiş duygudurum, iritabilite, girişkenlik, uyku, libido, düşünce, dikkat, enerji ve davranış gibi göze çarpan öznel değişiklikleri irdeler. “Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve ... oldu mu?” ile başlayan bu sorularda “... çok çabuk kızıp insanlara bağırdığınızı ya da kavga veya

tartışma çıkardığınızı oldu mu?”, “... her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?” “...normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu?” gibi sorularla hastalık belirtileri sorgulanmaktadır. İkinci soruda “evet” olarak işaretlenen belirtilerin eşzamanlı olarak bir arada olup olmadığını sorgulanmaktadır. Üçüncü soru da ise bu belirtilerin işlevsellik üzerine etkisi sorgulanmaktadır. Ölçeğin taramada pozitif sonuç alma ile doğrudan ilişkili olmadığı gösterilen (Hirschfeld ve ark. 2000), 4. (ailede bipolar bozukluk öyküsü) ve 5. (daha önce bipolar tanısı konmuş olma) soruları da bulunmaktadır. Bu soruların sunulan çalışmada Hirschfeld ve ark. (2000) ile diğer geçerlik çalışmalarında da olduğu gibi kullanılmaması tercih edildi.

Ölçeğin özgün formunun geçerlik çalışmasını yapan araştırmacılardan kullanım izninin alınmasının ardından DBÖ, iyi İngilizce bilen iki psikiyatrist tarafından Türkçe'ye çevrildi. Dört farklı öğrenim ve sosyoekonomik düzeyden, iki farklı coğrafi bölgeden farklı kişiler üzerinde uygulanan çeviri en uygun Türkçe karşılıklar üzerinde uzlaşma sağlanarak uyarlandı. Profesyonel çevirmenler aracılığıyla tersine çeviri (back-translation) işlemi yapılmış iki farklı versiyon, özgün formun geçerliğini çalışan Dr. Hirschfeld tarafından birleştirilip aslına uygunluğu onaylandıktan sonra çalışmada kullanıldı.

Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV) (First MB ve ark. 1996) Türkçe çevirisi ve geçerlik-güvenirliliği Ço-

TABLO 2. DBÖ' de Yer Alan Maddelerin Pozitif Olma Durumuna Göre SCID Tanısına Etkisi.

| DBÖ soruları | SCID ile konulan bütün bipolar olgular içinde DBÖ ile pozitif tanı konma durumu | | Ki-kare analizi ile elde edilen p değeri |
|-------------------|---|------|--|
| | sayı | % | P |
| Yüksek duygudurum | 18 | 20.9 | 0.003 |
| İrritabilite | 27 | 14.7 | 0.048 |
| Özsaygı artışı | 22 | 16.4 | 0.031 |
| İnsomni | 19 | 14.8 | 0.153 |
| Hızlı konuşma | 21 | 19.8 | 0.002 |
| Fikir uçuşması | 23 | 13.9 | 0.215 |
| Distraktibilite | 27 | 14.1 | 0.101 |
| Enerji | 21 | 18.1 | 0.070 |
| Aktivite | 20 | 20.4 | 0.002 |
| Sosyal etkinlik | 18 | 24.7 | 0.000 |
| Libido | 14 | 29.8 | 0.000 |
| Riskli davranış | 18 | 22.5 | 0.001 |
| Para harcama | 15 | 23.8 | 0.002 |
| Eş zamanlılık | 23 | 18.7 | 0.003 |
| İslevselliğe etki | 31 | 15.3 | 0.000 |

rapçoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış yarı yapılandırılmış tanılama görüşme çizelgesi olup DSM-IV tanımlarını içerir.

Değerlendirme

Elde edilen sonuçlara ait tanımlayıcı bulgular sıklık verileri biçiminde sunuldu. SCID-I ile saptanan bipolar bozukluk tip I-II ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk tanıları "altın standart" kabul edilerek Türkçe DBÖ ile elde edilen puanların optimum kesme puanları ve duyarlılık ile özgüllükleri SPSS for Windows 11.01 (Customer Number: 114094 Zonguldak, Turkey) bilgisayar programında Receiver-Operating-Characteristics

(ROC) yöntemi ile değerlendirildi. Teorik kesme puanları 5, 6 ve 7 için yeniden gruplandırılan veri ile, pozitif DBÖ değerleri ile SCID-I tanılarına göre duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif yordayıcı gücü saptandı.

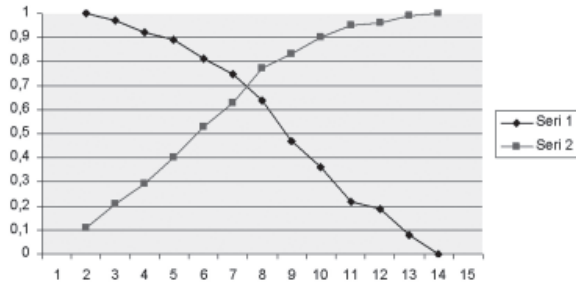
BULGULAR

114 erkek (%36.9) 195 kadından (%63.1) oluşan araştırma grubunun yaş ortalaması 36.2 ± 13.4 yıl idi. Hastaların %32'si ilkokul, %46'sı orta ve lise, %22'si ise üniversite düzeyinde öğrenim görmüştü.

SCID-I ile saptanan DSM-IV tanılarına göre 309 hastanın 36'sı (%11.7) bipolar bozukluk tip I, bipolar

TABLO 3. DBÖ Tanıları ile SCID Tanıları Arasında Bütün Bipolar Olgular ile Bipolar I Tanılı Olguların Duyarlılık, Özgüllük ve Yordama Gücü.

| Kesim puanı | Tüm bipolar olgular | | | | Bipolar II | | | |
|-------------|---------------------|----------|------------------|------------------|------------|----------|------------------|------------------|
| | Duyarlılık | Özgüllük | (+) Yordama gücü | (-) Yordama gücü | Duyarlılık | Özgüllük | (+) Yordama gücü | (-) Yordama gücü |
| 5 | 80.6 | 58.6 | 18.4 | 95.4 | 100 | 50 | 4.4 | 100.0 |
| 6 | 75.0 | 61.9 | 21.3 | 95.1 | 100 | 60.3 | 5.5 | 100.0 |
| 7 | 63.9 | 76.9 | 26.7 | 94.2 | | | | |
| 8 | | | 27.0 | 92.3 | | | | |



ŞEKİL 1. ROC Eğrisi ve Değerleri.

| | Eğri altında kalan alan | Standart hata | P değeri | %95 Güven aralığı | |
|--------------------------------|-------------------------|---------------|----------|-------------------|-------|
| 1.soru 13 maddeden alınan puan | 0.753 | 0.0042 | 0.000 | 0.671 | 0.835 |

bozukluk tip II, başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk ve alkol kullanımına bağlı manik atak tanılardan birisini aldı. Herhangi bir eksen I tanısı konulamayan hasta sayısı 7 (%2.2) idi. Bunların dışındaki 185 (%86.1) hastaya en az bir diğer DSM-IV tanısı konuldu. Hastaların 103'üne (%33.3) duygudurum bozuklukları, 29'una (%9.4) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 6'sına (%1.9) madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, 131'ine (%42.4) anksiyete bozuklukları, 13'üne (%4.2) somatoform bozukluklar, 1'ine (0.3) yeme bozukluk-

ları tanısı konuldu. Uyum bozuklukları tanısı konulan ve tanı konulamayan hasta sayısı 12 (%3.9) idi. Diğer DSM IV- Eksen I Bozukluğu tanısı konulan hasta sayısı ise 14 (%4.5) idi. Yirmibir hastaya (%6.7) ayrıca eş tanı konulmuştur.

SCID-I görüşmesi ile konulan bipolar bozukluk tanısına katkıda bulunan DBÖ sorularının pozitiflik oranları %15.2 ile %61.8 arasında değişmekteydi (En yüksek %61.8 distraktibilite, %59.5 iritabilite, %53.4 fikir uçuşması). DBÖ'de her bir soruya pozitif yanıt veren olguların SCID-I ile bipolar tanısı konulma durumları ki-kare analizleri ile değerlendirildi (Tablo 2).

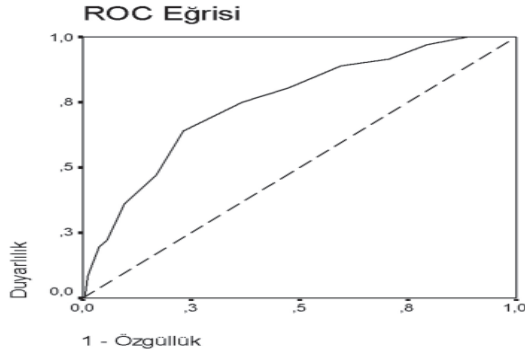
DBÖ'nin özgün versiyonunun geçerlik çalışmasında da uygulandığı gibi ölçek sonunda yer alan, duygudurum semptomlarının aynı anda bir arada bulunması "evet" ve hastalığın yaşam üzerinde olumsuz etkisine "orta" yada "ileri derece" cevaplarını vermek koşuluyla 13 alt maddeden oluşan 1. soru için teorik kesme puanları ROC analizi ile değerlendirildi. Elde edilen ROC eğrisi ve eğrinin altında kalan alan ile güven aralığı değerleri Şekil 1'de sunulmaktadır (Eğri Altında Kalan Alan: 0.753; %95 Güven Aralığı: 0.671-0.875). ROC analizine ait duyarlılık, 1-özgüllük, özgüllük ve olabilirlik oranı değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Ölçeğin altın standart kabul edilen klinik değerlendirme ile doğrulanan tanılarının

TABLO 4. Diğer MDQ Geçerlik Çalışmalarında Elde Edilen Duyarlılık ve 1- Özgüllük Değerleri.

| Kesim puanı | Sunulan çalışma | | Hirschfeld ¹ | | Hirschfeld ² | | Hirschfeld ³ | | Hardoy ^a | | Rouget ^b | | İsometsa ^c | |
|-------------|-----------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | Duyarlılık | 1- Özgüllük | Duyarlılık | 1- Özgüllük | Duyarlılık | 1- Özgüllük | Duyarlılık | 1- Özgüllük | Duyarlılık | 1- Özgüllük | Duyarlılık | 1- Özgüllük | Duyarlılık | 1- Özgüllük |
| 1.0 | 1.00 | 0.88 | | | | | | | 1 | 0.65 | | | 1 | 0 |
| 2.0 | 0.97 | 0.79 | | | | | | | 1 | 0.57 | | | 0.90 | 0.82 |
| 3.0 | 0.91 | 0.70 | | | | | | | 0.96 | 0.5 | | | 0.90 | 0.82 |
| 4.0 | 0.88 | 0.59 | | | | | | | 0.90 | 0.42 | | | 0.90 | 0.82 |
| 5.0 | 0.80 | 0.47 | | | | | | | 0.84 | 0.30 | | | 0.85 | 0.82 |
| 6.0 | 0.75 | 0.36 | | | | | | | 0.76 | 0.18 | | | 0.85 | 0.71 |
| 7.0 | 0.63 | 0.23 | 0.73 | 0.10 | 0.28 | 0.03 | 0.58 | 0.07 | 0.67 | 0.14 | 0.74 | 0.10 | 0.85 | 0.53 |
| 8.0 | 0.47 | 0.16 | | | | | | | 0.61 | 0.1 | | | 0.85 | 0.41 |
| 9.0 | 0.36 | 0.09 | | | | | | | 0.55 | 0.06 | | | 0.75 | 0.41 |
| 10.0 | 0.22 | 0.05 | | | | | | | 0.43 | 0.04 | | | 0.50 | 0.33 |
| 11.0 | 0.19 | 0.03 | | | | | | | 0.31 | 0.01 | | | 0.35 | 0.18 |
| 12.0 | 0.08 | 0.01 | | | | | | | 0.22 | 0 | | | 0.15 | 0.12 |
| 13.0 | 0.00 | 0.00 | | | | | | | 0.10 | 0 | | | 0.15 | 0.06 |

¹Hirschfeld ve ark. 2000, ²Hirschfeld ve ark. 2003a, ³Hirschfeld ve ark. 2005.

^aHardoy ve ark.2005, ^bRouget ve ark. 2005, ^cİsometsa ve ark. 2003.



ŞEKİL 2. Kesim Noktası 7'ye Göre Yeniden Gruplanarak Elde Edilen DBÖ Puanları ile SCID Tanıları Arasındaki Duyarlılık ve 1- Özgüllük Değerleri ve Grafiği.

| Değer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Duyarlılık | 1.00 | 0.97 | 0.92 | 0.89 | 0.81 | 0.75 | 0.64 | 0.48 | 0.37 | 0.23 | 0.20 | 0.08 | 0.00 |
| 1- Özgüllük | 0.89 | 0.80 | 0.71 | 0.60 | 0.48 | 0.37 | 0.24 | 0.17 | 0.10 | 0.06 | 0.04 | 0.11 | 0.01 |

doğrulanmayanlarına oranı (olabilirlik oranları) hesaplandığında; 5, 6, 7, 8 kesim puanları için sırasıyla 1.7, 2.1, 2.8, 2.8 bulundu. DBÖ'nde bipolar bozukluklar için hesaplanan kesme puanı 5 alındığında duyarlılığı %81 seçiciliği %53; kesme puanı 6 olarak alındığında duyarlılığı %75 seçiciliği %63; kesme puanı 7 alındığında duyarlılığı %64 seçiciliği %77 olarak bulundu (Tablo 1).

Elde edilen bu veriler doğrultusunda olası kesim puanı olarak 5, 6, 7 için veriler yeniden gruplanarak duyarlılık, özgüllük değerleri hesaplandı ve grafikte sunuldu (Şekil 2). 13 soruya dayalı ölçekten alınan puan için seçilen kesim puanı yükseldikçe testin duyarlılığı düşmekte ancak seçiciliği artmaktadır.

Yordama gücü değerlerine bakıldığında; kesim noktası 5 için olumlu yordama gücü 18.4, olumsuz yordama gücü 95.4; 6 için olumlu yordama gücü 21.3, olumsuz yordama gücü 95.1, 7 için olumlu yordama gücü 26.7, olumsuz yordama gücü 94.2, kesim noktası 8 için olumlu yordama gücü 27.0, olumsuz yordama gücü 92.3 bulundu (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada sonuçlarına göre DBÖ, MDQ'nun önceki çalışmalarla ortaya konan duyarlılık düzeylerine benzer bir duyarlılık düzeyi göstermiştir. Özgüllük düzeyi ise ölçeğin özgün geçerlik çalışmasından (Hirschfeld ve ark. 2000) daha düşüktür. Elde edilen duyarlılık ve özgüllük oranları, ölçeğin özgün formunu geliştiren Hirschfeld'in özelleşmiş duygudurum polikliniği hastalarındaki çalışmasından çok aynı araştırmacının toplum

tabanlı diğer çalışmasının sonuçlarına daha yakındır (Hirschfeld ve ark. 2000, 2003a, 2003b). Alan çalışmasına daha yakın sonuçlar bulunmasının olası nedeni, Hirschfeld ve arkadaşlarının (2003a) klinik çalışmasının yalnızca bipolar bozukluk için tedavi gören hastalar arasında yapılmış olmasına karşın çalışmamızın genel psikiyatri polikliniğinde yürütülmüş olması olabilir. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran çok sayıda çeşitli hastalık grubundan hastanın çalışmaya dahil edilmesi, özgüllük düzeyinin düşük çıkması ile sonuçlanmıştır.

Tarama testlerinin kullanışlı olması, yanlış negatif ve yanlış pozitifliğin azalması doğrultusunda artar. Önemli olan, gerçek olguların atlanmaması ve sağlamların yanlış tanı ile damgalanmamasıdır. Tarama testinin tanımlanan bu şekliyle etkin olmasında karar verme sürecinin temelini oluşturan önemli öğeler; araştırılan hastalığın doğası, öntanı - erken tanı gereksinim amaçları yanında testin klinik ve teknik etkililiğidir (Hugod ve Fog 1992). Çalışmamızın bulguları bu doğrultuda değerlendirildiğinde sonuçlar, DBÖ'nin riskli grupları belirleyerek psikiyatriste yönlendirmede bir ön tanı ve tarama testi olarak kullanılabilirliğini göstermektedir.

Bipolar bozukluk tanısının konulması sürecinde bir tarama testinin yapacağı katkının, eğitilmiş bir psikiyatristin hastanın kendisi ve ailesinden aldığı bilgilerle yapacağı klinik bakının bu sürece katkısı ile kıyaslanamayacağı açıktır (Simpson ve ark. 2002). Bir topluluğun bipolar bozukluk açısından taranmasındaki başlıca amaçlar hasta olması olası kişilerin belirlenmesi, tedaviye yönlendirilmesi, ve olası risklerin ve yaygınlığın saptanmasıdır.

Öz bildirime dayalı ölçeklerle bipolar bozukluk tarama çalışmaları yapmanın zayıf yönlerinden biri hastaların içgörü durumlarıdır (Ghaemi ve ark. 1995, Miller ve ark. 2004). Tanımlarındaki farklılıklarından dolayı, bipolar bozukluklarının tüm tiplerinin aynı ölçekle saptanması güç olabilir. Bu kısıtlılığına rağmen öz-bildirime dayalı ölçekler bipolar bozukluğun tanınmasında işe yarayabilir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin kendilerinin mi ya da diğer bilgi kaynaklarının mı daha bilgilendirici olduğu tartışılmakla birlikte, Truman ve arkadaşları (2002) manik belirtilerin öz-bildirime dayalı olarak güvenilir biçimde değerlendirilebildiğini göstermiştir.

Örneklemin yapısı bu çalışmadakine benzer olmakla beraber, İtalyanca MDQ'nun geçerlik çalışmasındaki örneklem grubunda SCID ile herhangi bir tanı konulmamış hastaların oranı (%25.9) dikkat çekici düzeyde yüksektir (Isometsa ve ark. 2003). Bu durum, bahsedilen çalışmada saptanan duyarlılık değerinin (0.76) çalış-

mamıza yakın, özgüllük değerinin (0.86) çalışmamızda saptanandan daha yüksek bulunmasına yol açmış olabilir. Özgüllük değerleri arasındaki farklılık, çalışmanın yapıldığı örneklem grubunun yanısıra yanlış negatif sonuçlarla da ilişkili olabilir. Çalışmamızda yanlış negatif sonuçların neredeyse yarısı (13/23) 3. soruya verilen cevaptan kaynaklanmaktadır. DBÖ'nin 3. sorusu bipolar bozukluğun işlevsellik üzerine olumsuz etkisini sorgulamaktadır. Miller ve arkadaşları (2004) MDQ'nun yanlış negatif sonuçlarının hastaların düşük içgörüsü ile ilişkilendirilebileceğini bildirmişlerdir. Öte yandan bipolar bozukluk II'nin işlevselliğe etkisi bipolar bozukluk I'den farklıdır (Benazzi 2004). En azından bipolar bozukluk II ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk taramalarında 3. soruya verilen yanıt dikkate alınmadığı ya da "az" etkilenenler de dahil edildiğinde, daha fazla sayıda hasta DBÖ taramasında pozitif olarak saptanabilir. Bu anlamda olgularda 2. (işlevsellik üzerine etki) ve 3. soruların (eş zamanlılık) SCID ile konulan bipolar bozukluk tanısına etkisi değerlendirildiğinde, eş zamanlılıktan daha çok işlevselliğe olan etkinin fark yarattığı görülmüştür (Tablo 2). Miller ve arkadaşları da (2004) 3. sorunun değiştirilmesi veya dışlanması, ölçeğin özgüllük değerini etkilemeksizin duyarlılığını arttıracaklarını ileri sürmüşlerdir. Öte yandan SCID-I'in bipolar bozukluk II tanısı için duyarlılığın düşük olmasına paralel olarak DBÖ'nin bipolar bozukluk II için verileden daha düşük duyarlılık gösterdiği söylenebilir. Çalışmamızda bipolar bozukluk II için saptanan duyarlılık ve özgüllük oranların daha önceki çalışmalarla tutarsızlığının nedeni SCID-I ile bu tanı konulan hasta sayımızın (n=7) çok düşük olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte diğer benzer çalışmalarda da bipolar bozukluk II ve BTA bipolar bozukluk için duyarlılık zaten düşük bulunmuştur.

Hirschfeld ve arkadaşları (2003a) genel toplum tabanlı çalışmada poliklinik çalışmasına göre ölçeğin duyarlılığının düşük olmasının, SCID-I'in bipolar bozuk-

luk II ile ilgili geçerlik değerlerinin –Bipolar Bozukluk II'nin yaygınlığının az olmasına paralel olarak- düşük olması ile ilgili olabileceğini bildirmiştir. Seçilen örneklem hangisi olursa olsun duyarlılık ve özgüllük değerleri üzerinde psikiyatrik eştanı varlığının etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Türk toplumunda gerçek yaygınlığı bilinmediği için duyarlılığı yorumlamaktan kaçınmak gerekir. Ancak toplum tabanlı çalışma ile birleştirilecek sonuçlardan daha doğru yargılara varılabilecektir. Önceki çalışmalarda da duyarlılığın yaygınlık doğrultusunda değişkenlik gösterdiği göz önünde tutularak, olabilirlik oranları tarafımızdan hesaplandı. 7–8 kesim noktalarına göre DBÖ'de tanı konanların tanı konmayanlara göre SCID tanılarını yakalama olasılığı 2.8 bulundu. Olabilirlik oranları değerlendirildiğinde, Türkçe DBÖ'nin diğer ortamlarda daha yüksek özgüllük sergileyebileceği düşünülebilir. Bu DBÖ'nün öntanı ya da riskli olguları saptama aracı olarak kullanılabilirliğini düşündürmektedir. Ancak çalışmanın olgu sayısının artırılması sonrasında yeniden değerlendirilmesi ve toplum tabanlı çalışma ile desteklenmesi gereklidir. Özgün çalışmanın ardından yapılan yazındaki diğer geçerlik çalışmalarının sonuçları Tablo 4'te özetlenmektedir.

Bulgular DBÖ'nün kesim noktası 7 ve üzeri değerlerden biri alınarak, bipolar bozuklukta tarama amacıyla kullanılabilirliğini düşündürmektedir. Taranan gruplarda DBÖ'nün pozitif olması, bipolar bozukluk tanısı anlamına gelmese de bu kişilerin bipolar bozukluk riski nedeniyle daha detaylı değerlendirilmesinin gerekliliğini vurgular. Ayrıca kolay kullanımı ile DBÖ'nün psikiyatrik ortamlarda kullanılarak depresyon veya şizofreni tanısı konarak atlanan bipolar bozukluğun taranması için de uygun olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmanın yapılacak toplum tabanlı diğer geçerlik çalışmaları ile desteklenmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Angst J (1998) The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord*, 50:143-151.
- Benazzi F (2003) Improving the Mood Disorder Questionnaire to detect bipolar II disorder. *Can J Psychiatry*, 48:770-771.
- Benazzi F (2004) Level of functioning in hypomania of bipolar II disorder. *Can J Psychiatry*, 49:214-5.
- Calabrese JR, Hirschfeld RM, Frye MA ve ark. (2004) Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder:

results of a U.S. community-based sample. *J Clin Psychiatry*, 65:1499-1504.

Carta MG, Angst J (2005) Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:4.

Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M et al. (1999) DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirilmenin güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:33-36.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.

Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK (2002) 'Cade's disease' and beyond:

misdiagnosis, antidepressant use and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*, 47:125-134.

Ghaemi SN, Lenox ML, Baldessarini RJ (2001) Effectiveness and safety of antidepressants in long term treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 62:565-569.

Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM ve ark. (1999) Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord*, 52:135-144.

Ghaemi, SN, Stoll AL, Pope HG (1995) Lack of insight in bipolar disorder: the acute manic episode. *J Nerv Ment Dis*, 183:464-467.

Hardoy MC, Carta MG, Cadeddu M ve ark. (2005) Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:8.

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*, 157:1873-1875.

Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR ve ark. (2003a) Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry*, 160:178-180.

Hirschfeld RMA, Calabrese JR, Weissman MM ve ark. (2003b) Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*, 64:53-59.

Hirschfeld RMA, Cass AR, Holt DCL, Carlson CA (2005) Screening for Bipolar Disorder in Patients Treated for Depression in a Family Medicine Clinic. *J Am Board Fam Pract*, 18:233-239.

Hugod C, Fog J (1992) Tarama: Neden, ne zaman ve nasıl? (Çev. F. Halatçı C. Fidaner) Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2004.

Isometsä E, Suominen K, Mantere O ve ark. (2003) The Mood

Disorder Questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry*, 2003, 3(1):8.

Leon AC, Olfson M, Broadhead WE ve ark. (1995) Prevalence of mental disorders in primary care, implications for screening. *Arch Fam Med*, 4:857-861.

Manning JS, Haykal RF, Connor PD ve ark. (1997) On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry*, 38:102-108.

Miller CJ, Klugman J, Berv DA ve ark. (2004) Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord*, 81:167-171.

Perugi G, Toni C, Akiskal HS (1999) Anxious-bipolar comorbidity. Diagnostic and treatment challenges. *Psychiatr. Clin. North Am*, 22:565-583.

Rouget BW, Gervasoni N, Dubuis V ve ark. (2005) Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) *Journal of Affective Disorders*, 88:103-108.

Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG ve ark. (2002) Diagnostic reliability of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59:736-740.

Truman CJ, McNally EE, Goldberg JF (2002) A comparison of self-ratings and observer ratings in bipolar patients Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA.

Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I ve ark. (2004) Using questionnaires to screen for psychiatric disorders: a comment on the study of screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*, 65:605-610.

DÜZELTME ve ÖZÜR

Türk Psikiyatri Dergisi'nin 2005 Yaz sayısında yayınlanan Sarıcaoğlu ve arkadaşlarının 'Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi' başlıklı yazıda (sf.:106-112) Öget Öktem tarafından geliştirilmiş olan Sözel Bellek Süreçleri Testi kullanılmış ancak metin içinde bu ölçeğin Rey (1962) tarafından geliştirildiği ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının Öktem tarafından yapıldığı ifade edilmiştir. Rey tarafından geliştirilen Rey Auditory Verbal Learning Test Türkçe'ye Karakaş ve arkadaşları tarafından çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Karakaş, S., Yalın, A. (1993). Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi B Formu. Ankara: Medikomat Karakaş, S., Yalın, A. (1995). 13-54 yaş grupları üzerinde Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi B Formunun standardizasyon çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 20-31)). Sözel Bellek Süreçleri Testi ise Öget Öktem tarafından geliştirilen farklı bir testtir (Öktem Sözel bellek süreçleri testi (SBST): Bir ön çalışma *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 1992; 29(4):196-206). Bu hatanın danışmanların ve dergi yayın kurulunun dikkatinden kaçmış olmasından dolayı özür dileriz.