



Duygudurum Bozukluklarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Bilişsel İşlevler ve İşlevsellik

Self Stigmatization, Cognitive Functions and Social Functioning in Mood Disorders

Gülsüm Özge Doğanavşargil-Baysal¹, Çetin Özkan², Zehra Gökmen³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANTALYA

²Bolvadin Devlet Hastanesi, AFYON

³Kaçkar Devlet hastanesi, RIZE

Cukurova Medical Journal 2013; 38 (3): 390-402.

ABSTRACT

Purpose: Internalized stigmatization (IS) generally has a negative effect on diagnosis, treatment, rehabilitation and prognosis of diseases. The purpose of this study is to compare patients with bipolar disorder and unipolar depression both are in remission in terms of IS and social functioning (SF), cognitive function and secondly to consider relationship between IS, cognitive functions and SF.

Material and Methods: This cross-sectional study is carried out with bipolar (BD) and unipolar depression (UD) patients in remission, admitted to the psychiatry outpatient clinics of Akdeniz University Hospital. The sample size is estimated as 35 patients. Basic independent variable is the type of disease and dependent variables are; IS, cognitive functions and SF. Performed scales are: The internalized stigma of mental illness scale, the social functioning scale and for the assesment of cognitive functions: Wisconsin card sorting, stroop test, test of verbal memory process.

Results: Concerning the results there was negative correlation between IS and SF scores in all groups. There was only significant relationship between verbal memory and IS in UD patients. There was not any significant relationship between IS and cognitive function in BD patients.

Conclusion: This study indicates that in terms of cognitive functions, patients with unipolar depression are effected as much as the patients with bipolar disorder also manifesting the inverse relation between IS and SF, however cognitive functions were relevant to IS only in UD patients.

Key words: mood disorder, internal stigmatization, cognitive functions, social functioning.

ÖZET

Giriş: İçselleştirilmiş damgalanma hastalıkların tanı, tedavi, rehabilitasyon ve prognozunu olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada remisyondaki BB ve UD hastalarını içselleştirilmiş damgalanma (İD), bilişsel işlevler ve sosyal işlevsellik (Sİ) açısından karşılaştırmak, ikinci olarak da BB ve UD tanılı hastalarda İD, bilişsel işlevler ve Sİ arasındaki ilişkilerini incelemek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Kesitsel tipteki bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve remisyonda olan bipolar bozukluk (BB) ve unipolar depresyon (UD) hastaları ile yapılmıştır. Örnek büyüklüğü her bir hastalık grubu için 35 kişi olarak hesaplanmıştır. Temel bağımsız değişken hastalık tipi, bağımlı değişkenler ise İD, bilişsel işlevler ve Sİ. İçselleştirilmiş ruhsal hastalıklarda damgalanma ölçeği (İRHDÖ), Sİ Ölçeği formları kullanılmış, bilişsel işlevler için de Wisconsin kart eşleme testi, stroop testi, sözle bellek süreçleri testi uygulanmıştır.

Bulgular: BB ve UD grupları arasında İD ve SİÖ puanları ve bilişsel işlevler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Her iki hasta grubunda İD ile Sİ arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Yalnızca UD hastalarında sözel bellek bozukluğu İD ile ilişkili bulunmuş, BB grubunda İD ile bilişsel işlevler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: UD hastaları bilişsel işlevler açısından BB hastalarıyla benzerdi, aynı zamanda İD ve Sİ arasında ters korelasyon saptandı. Buna rağmen bilişsel işlevler yalnızca UD grubunda ID ile ilişkili bulundu.

Anahtar Kelimeler: Duygudurum bozukluğu, içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler, sosyal işlevsellik

GİRİŞ

Ruhsal bozukluk tanısı konulmuş hastalar tüm hastalar içinde, damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan bireylerdir. Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin önündeki en büyük engellerden birisi toplumun ruhsal bozukluklar karşısında damgalama, öyargılı düşünme/davranma, stereotipik davranışlar sergileme ve ruhsal bozukluğu olanlara karşı ayrımcılık uygulamasıdır. Tüm bunların bir sonucu olarak hasta ve yakınları hastalığı kabul etmekte isteksiz davranırlar ve tedavi ya gerçekleştirilemez ya da aksar¹.

İçselleştirilmiş damgalanma (İD), bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdaki geri çekmesidir¹. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır². İD, tedavi sürecinde üzerinde durularak, elimine edilmesi gereken önemli bir sorundur³. Yazarlar, şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalığa yüksek farkındalığın sonucunda umutsuzluk ve düşük benlik saygısının meydana geldiğini belirtmişler; İD'nin umutsuzluk ve olumsuz kendilik değerlendirmelerine öncülük ederek tedaviye düşük uyum ve kaçınan savunma mekanizmalarına eğilime neden olduğunu, bu durumun sosyal anksiyete artışı, sosyal izolasyon ve özkıyım riskiyle sonuçlanabileceğini bildirmişlerdir. Bu etkileşimlerin aynı zamanda kişideki psikotik belirtileri de arttırdığını göstermişlerdir^{4,5}.

Tanı grupları olarak şizofreni, affektif bozukluklara göre daha fazla damgalayıcı bulunmakla birlikte, toplumda ruhsal hastalıklara

ilişkin tutumlar, toplum içinde yaygınlık oranı yüksek olan duygudurum bozuklukları için de geçerlidir. Chung ve ark⁶ damgalanma algısının duygudurum bozuklukları üzerindeki etkilerinin yakın zamanda dikkati çeken bir konu olduğunu vurgulamışlardır. Konuyla ilgili az sayıda çalışma vardır.

Bipolar bozukluklu (BB) hastaların % 54.6'sının damgalanma hissettiği bildirilmiştir⁷. Bu damgalanma hissi toplumdan olduğu gibi, hastanın ailesinden de kaynaklanabilmektedir. Bu da hastalarda yaygın bir reddedilme algısına yol açmaktadır⁷. Depresyonda damgalanma algısı, sosyal işlevsellikte bozulma ve tedaviyi yarım bırakmanın yordayıcısı olarak bildirilmiştir^{9,10}. Birçok çalışmada depresyonlu hastaların damgalanma korkusu ile ruh sağlığı merkezlerine başvurmaktan ya da psikiyatrik sağaltıma başlamaktan kaçındıkları görülmüştür⁸.

Bilişsel işlevlerdeki bozulmanın bipolar bozukluğun remisyon dönemlerinde devam ettiği son yıllarda gösterilmiştir⁹. Depresyon hastalarında konuyla ilgili daha az olmakla birlikte bazı yazarlar¹⁰ bilişsel işlevlerdeki bozulmanın remisyon döneminde de sürdüğünü bildirmişlerdir. Bilişsel işlevlerde bozulmanın işlevselliği etkilediği bilinmektedir¹⁰. Bu durum daha fazla sosyal geri çekilmeye neden olarak benlik saygısını azaltabilir. İD ile bilişsel işlevlerin ilişkisini araştıran çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Lysaker ve ark.¹¹ negatif belirtileri fazla ve dikkat bozukluğu olan şizofreni hastalarında İD puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yanos ve ark.⁵ yüksek düzeyde içgörünün daha yüksek İD puanları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Duygudurum bozukluklarında da diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi işlevselliği arttırmak tedavideki en önemli hedeflerden biri olmasına rağmen

duygudurum bozukluklarında İD ve sosyal işlevsellik (Sİ) arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Biz hem bilişsel işlevlerin İD'yi hemde Sİ'ği etkileyebileceğini düşündük. Buradan yola çıkılarak bu çalışmada bipolar bozukluk tanısı almış remisyondaki hastaları, depresyon tanısı almış remisyondaki hastalarla karşılaştırmayı planladık.

Çalışmamızdaki amaçlarımız:

Remisyonda BB ve UD tanılı hastaları içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve sosyal işlevsellik açısından karşılaştırmak; ikinci olarak da her iki grupta içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve işlevsellik arasındaki ilişkileri incelemektir.

MATERYAL ve METOD

Örneklem

Bu araştırma olgu kontrol tipinde bir araştırmadır ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü %95 güç ile 35 Remisyondaki BB hastası, 35 remisyondaki UD hastası olarak belirlenmiştir.

Planlanan sayıya ulaşınca kadar polikliniğinde izlenen veya ilk kez başvuran hastalardan DSM IV-TR BB-I ve UD tanı ölçütlerini karşılayan hastalar çalışmaya ilişkili olarak bilgilendirilmiştir. Sonuç olarak gönüllü onamı alınan en az iki aydır remisyondaki 35 BB ve 35 UD çalışmaya alınmıştır. Mental retardasyon olması ve okuryazar olmama dışlama ölçütü olarak kabul edilmiştir. SCID I'e göre BB-I bozukluk tanısı konulan, Young mani ölçeğinden (YMRS) 5 ve altı puan alan ve Hamilton depresyon ölçeğinden (HDDÖ) 7 ve altı puan alan hastalar remisyonda kabul edilmiştir. Ayrıca SCID I'e göre UD tanısı konulan ve HDDÖ'nden 7 ve altı puan alan hastalar remisyonda kabul edilmiştir.

Çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 31.08.2010 tarih 23 sayılı karar no ile onaylandı.

İstatistiksel Analiz

Değerlendirmelerde SPSS 16.0 istatistik programı kullanıldı. Sayımla elde edilmiş verilerde iki grubun karşılaştırılmasında ki-kare (chi-square) testi, iki ortalamanın karşılaştırılmasında "iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (Student's t testi), ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin gücü ve yönünü değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi testleri yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için %95'lik güvenlik aralığında; $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik/Klinik Veri Formu:Tüm olgularda çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak hazırlanmış bir sosyodemografik ve klinik bilgi formu kullanıldı. Bu formdaki değişkenler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışabilirlik, hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, manik ve depresif atak sayısı, atak klinik özelliklerinden oluştu.

DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme: Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version (SCID-I): Eksen I bozuklukları için DSM-IV'e göre yapılandırılmış tanı koyma ve tarama testidir. First ve arkadaşları¹². 2000 yılında DSM-IV-TR için uyarlanmış, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır¹³.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):HDDÖ, bir kez klinisyen tarafından tanı konulduktan sonra depresyonun şiddetini ölçmek ya da belirti örüntüsünü saptamak için kullanılan ölçektir. Hamilton tarafından geliştirilen ölçeğin¹⁴, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmış bir ölçektir¹⁵.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS): Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanan Ölçek Young ve ark.¹⁶ tarafından geliştirilmiş ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmış bir ölçektir¹⁷.

İçselleştirilmiş Ruhsal Hastalık Damgalanma Ölçeği (IRHDÖ): Ritsher ve arkadaşları¹⁸ tarafından geliştirilmiş olan "Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-RHİDÖ (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale-ISMI) ruhsal hastalığı olanların damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtan "İçsel Damgalanmayı" değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun ülkemizdeki güvenilirlik ve geçerliliği Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır¹⁹.

Rosemberg Benlik Saygısı Ölçeği-RBSÖ (İlk 10 madde): Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçek Çuhadaroğlu (1986) tarafından ülkemize uyarlanmıştır^{20,21}. Bu çalışmada sadece benlik saygısı alt testi kullanılmıştır.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu (SİÖ): SİÖ, Birchwood ve ark. tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir²². Yedi bölümden oluşur; sosyal çekilme, kişiler arası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik, bağımsızlık-performans, iş-meslek. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Erakay (2001) tarafından yapılmıştır²³.

Kullanılan nöropsikolojik testler

Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST): Öget Öktem tarafından, Rey işitsel Sözel Öğrenme Testinden yararlanılarak geliştirilmiştir²⁴. Sözel öğrenme ve bellek işlevlerinin değerlendirilmesinde kullanılır. Değerlendirmede anlık Bellek Puanı, kritere ulaşma puanı, en yüksek öğrenme puanı, tanıma puanı dikkate alınmıştır.

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET):1948 yılında geliştirilmiş, 1981 ve 1993 yıllarında

değişiklikler yapılarak testin el kitabı hazırlanmıştır. Ülkemizdeki standardizasyon çalışması Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²⁵. WKET, temel olarak yürütücü işlevleri değerlendirmektedir. WKET değerlendirmesinde toplam tepki sayısı, perseveratif hata sayısı ve tamamlanan kategori sayısı kullanılmıştır.

Stroop Testi: İlk olarak 1935 yılında Stroop tarafından deneysel bir görev olarak geliştirilmiştir. Çalışmamızda Stroop testi temel bilimler araştırma grubu (TBAG) formu kullanılmıştır. Türk toplumu için Stroop Testi TBAG formu standardizasyon çalışmaları yapılmıştır²⁶. Temel olarak zamana ve verilen işe bağlı olarak dikkatin yoğunlaştırılması ve sürdürülebilmesini, araya karışan bozucu uyarılara karşı direnebilme, uygunsuz uyarıları ve uygunsuz tepki eğilimlerini durdurup bastırabilme değerlendirir.

BULGULAR

Sosyodemografik ve hastalık Özellikler

BB hastalarının % 62.8'i kadın (n=22), % 37.2'si erkek (n=13), UD hastalarının % 62.8'i kadın (n=22), % 37.2'si erkekti (n=13). BB hastalarının yaş ortalaması 36.91 ± 11.74, UB hastaların yaş ortalaması 39.51 ± 11.46, idi. Toplam öğrenim yılı ortalaması BB hastalarında 10.83 ± 3.49, UB hastalarında 10.40 ± 4.01 olarak bulundu. Cinsiyet, yaş ve toplam öğrenim yılı için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Hastalığa ait özellikler Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1. BB ve UB grubunun hastalığa ait özellikleri.

	BB (N=35)	UB (N=35)	T/ X ²	P
Hastalık Başl. Yaşı (T) (Ort.± Ss)	24.31 ± 8.89	34.74 ± 11.29	-4.29	0.000 (P< 0.01)
Toplam Hast. Süresi-ay- (T) (Ort.± Ss)	150.85 ± 113.03	57.80 ± 96.36	3.70	0.000 (P< 0.01)
Psikotik Özellik (X ²)	22 (% 62.8)	4 (%11.4)	19.82	0.000 (P< 0.01)
Var	13 (% 37.2)	31 (% 88.6)		
Yok				
Toplam Epizot Sayısı (T) (Ort.± Ss)	5.37 ± 3.69	2.14 ± 2.41	4.32	0.000 (P< 0.01)

BB: Bipolar Bozukluk, UD: Unipolar Depresyon

BB ve UD hastalarında İD ve Sİ karşılaştırılması:

BB ve UD hastaları İD puanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında İRHDÖ total puan ve alt gruplarında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo2). Her iki grupta da İD puanı ile hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, atak sayısı, hastaneye yatış sayısı ve remisyon süresi arasında

anlamlı ilişki bulunmadı. Her iki grupta da İD puanı ile HDDÖ puanı arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon bulundu (P=0.003, r=-0.488; P=0.022, r=-.0.386)

BB ve UD grubu SİÖ puanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında SİÖ'nin yedi alt grubunun puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo2).

Tablo 2: Bipolar bozukluk ve unipolar depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, ve sosyal işlevselliğin karşılaştırılması

	BB (Ort ± Ss)	UD (Ort ± Ss)	t	P
İRHDÖ				
İRHDÖ Toplam P.	26.62 ± 13.40	29.97 ± 13.60	-1.03	0.30
Yabancılaşma	10.05 ± 3.62	11.22 ± 3.86	-1.30	0.19
Kalıp yargılar	11.65 ± 4.06	12.65 ± 3.99	-1.03	0.30
Algılanan ayrımcılık	8.08 ± 2.89	7.77 ± 2.49	0.48	0.62
Sosyal geri çekilme	10.40 ± 3.20	11.11 ± 4.00	-0.82	0.41
Direnç	13.74 ± 3.53	12.85 ± 2.45	1.21	0.22
RBSÖ				
Rosenberg Puanı	22.77 ± 4.63	21.20 ± 4.51	1.46	0.14
siÖ				
Çekilme	111.74 ± 9.05	108.00 ± 12.49	1.43	0.15
Kişiler arası iletişim	121.67 ± 19.94	117.94 ± 15.22	0.87	0.38
Öncül sosyal etk.	111.72 ± 15.58	106.52 ± 12.71	1.53	0.13
Hobiler	110.82 ± 15.80	105.28 ± 15.93	1.46	0.14
Bağımsızlık – yetkinlik	120.78 ± 7.03	121.18 ± 5.48	-0.26	0.79
Bağımsızlık – performans	115.37 ± 10.98	115.38 ± 11.75	-0.005	0.99
İş	120.08 ± 3.40	119.90 ± 3.23	0.23	0.81

BB: Bipolar Bozukluk, UD: Unipolar Depresyon

BB ve UD gruplarında bilişsel işlevler:

BB, UD hastaları ve kontrol grubu bilişsel işlevlerde gruplar arasında anlamlı fark işlevler açısından karşılaştırıldığında tüm bilişsel saptanmadı (Tablo 3).

Tablo 3: UD ve BB gruplarında bilişsel işlevler

	UD	BB	T	P
WKET				
Toplam tepki sayısı	124.05 ± 12.14	123.97 ± 11.96	-0.30	0.976
Perseveratif hata sayısı	34.28 ± 16.15	30.94 ± 13.38	0,943	0.349
Tamamlanan kategori sayısı	2.34 ± 2.02	2.71 ± 1.69	0.832	0,408
STROOP TESTİ				
Bölüm 5 top. süre	32.23 ± 14.37	28.03 ± 10.04	-1.41	0.161
SBST				
Anlık bellek	5.77 ± 1.92	6.62 ± 2.15	1.57	0.84
En yüksek öğrenme	13.77 ± 2.12	14.28 ± 1.29	1.22	0.227
Kendiliğinden hatırlama	11.88 ± 3.13	12.74 ± 2.44	1.27	0.206
Tanıma	2.02 ± 1.90	1.71 ± 1.63	-0.741	0.461

BB:Bipolar Bozukluk, UD:Unipolar Depresyon, WKET: Wisconsin kart eşleme testi, SBST: Sözel bellek süreçleri testi

BB ve UD hastalarında İD ve bilişsel işlevler

Her iki grupta da İRHDÖ puanları ile WKET ve stroop testi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($P>0.05$). BB grubunda İRHDÖ puanları ile SBST arasında anlamlı ilişki bulunmazken ($P>0.05$); UD grubunda İRHDÖ "Algılanan ayrımcılık" alt grubu ile SBST "En yüksek öğrenme" alt grubu arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır ($r=-0.381$; $p=0.024$).

İD ve Sİ ilişkisi:

BB grubunda; İRHDÖ total puanı ile SİÖ "Kişiler arası iletişim, öncül sosyal etkinlik, hobiler, bağımsızlık-performans" alt ölçekleri arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Yabancılaşma" alt ölçeği ile SİÖ "Çekilme, kişiler arası iletişim, öncül sosyal etkinlik, hobiler, bağımsızlık-performans" alt ölçekleri arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Kalıp yargılar" alt ölçeği ile SİÖ "Çekilme, öncül sosyal etkinlik, hobiler, bağımsızlık-yetkinlik, bağımsızlık-performans" alt ölçekleri arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Algılanan ayrımcılık" alt grubu ile SİÖ "Hobiler" alt ölçekleri arasında anlamlı negatif korelasyon

saptanmıştır. İRHDÖ "Sosyal geri çekilme" alt grubu ile SİÖ'nin iş alt ölçeği dışında tüm alt ölçekleri arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Direnc" alt grubu ile SİÖ tüm alt grupları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4).

UD grubunda İRHDÖ total puanı ile SİÖ "Çekilme, kişiler arası iletişim, öncül sosyal etkinlik, hobiler" alt grupları arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Yabancılaşma" alt grubu ile SİÖ "Çekilme, kişiler arası iletişim, öncül sosyal etkinlik, hobiler" alt grupları arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Kalıp yargılar" alt grubu ile SİÖ "Çekilme, kişiler arası iletişim, öncül sosyal etkinlik" alt grupları arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Algılanan ayrımcılık" alt grubu ile SİÖ "Öncül sosyal etkinlik, iş" alt grupları arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Sosyal geri çekilme" alt grubu ile SİÖ "Çekilme, kişiler arası iletişim, öncül sosyal etkinlik, hobiler, bağımsızlık-performans" alt grupları arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. İRHDÖ "Direnc" alt grubu ile SİÖ tüm alt grupları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 4: Bipolar Bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik ilişkisi

			IRHDO Toplam P.	Yabancı laşma	Kalıp Yargılar	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Ç.	Direnç
S O S Y A L İ Ş L E V S E L L İ K Ö L Ç.	Çekilme	r	-.309	-.385	-.353	-.257	-.334	-.151
		p	.071	.023	.037	.136	.050	.386
	Kişiler Arası İletişim	r	-.416	-.363	-.319	-.294	-.453	.238
		p	.013	.032	.062	.086	.006	.169
	Öncül Sosyal Etkinlik	r	-.571	-.484	-.490	-.285	-.576	.327
		p	.000	.003	.003	.097	.000	.055
	Hobiler	r	-.519	-.446	-.465	-.380	-.515	.150
		p	.001	.007	.005	.024	.002	.390
	Bağımsızlık – Yetkinlik	r	-.269	-.138	-.343	-.128	-.359	.071
		p	.118	.428	.044	.465	.034	.685
	Bağımsızlık – Performans	r	-.465	-.487	-.393	-.295	-.387	.181
		p	.005	.003	.019	.085	.022	.297
	İş	r	-.210	-.247	-.239	.065	-.250	.114
		p	.225	.153	.166	.711	.147	.513

IRHDO = İçselleştirilmiş Ruhsal Hastalık Damgalanma Ölçeği

Tablo 5: Unipolar depresyon grubunda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ile sosyal işlevsellik ilişkisi

			IRHDO Toplam Puanı	Yabancı- laşma	Kalıp Yargılar	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Direnç
S O S Y A L İ Ş L E V S E L L İ K Ö L Ç E Ğ İ	Çekilme	r	-.533	-.499	-.593	-.244	-.491	.124
		p	.001	.002	.000	.157	.003	.478
	Kişiler Arası İletişim	r	-.428	-.437	-.350	-.236	-.503	.061
		p	.010	.009	.039	.172	.002	.727
	Öncül Sosyal Etkinlik	r	-.489	-.422	-.486	-.380	-.412	.237
		p	.003	.012	.003	.024	.014	.170
	Hobiler	r	-.386	-.402	-.304	-.100	-.407	.243
		P	.022	.017	.075	.568	.015	.159
	Bağımsızlık – Yetkinlik	R	.071	.075	.086	.129	-.071	-.114
		p	.684	.669	.623	.461	.684	.514
	Bağımsızlık – Performans	r	-.329	-.327	-.284	-.181	-.419	-.026
		p	.053	.056	.098	.298	.012	.884
	İş	r	-.193	-.089	-.263	-.336	-.021	.145
		p	.266	.612	.126	.048	.906	.406

IRHDÖ:İçselleştirilmiş

TARTIŞMA

Çalışmamızda, remisyondaki UB ve BB hastaları bilişsel işlevler ve içselleştirilmiş damgalanma ve SI açısından benzer bulunmuştur. Yalnızca UD hastalarında sözel bellek bozukluğu İD ile ilişkili bulunmuş, BB grubunda İD ile bilişsel

işlevler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hem UD hem de BB hastalarda daha fazla içselleştirilmiş damgalanma daha kötü sosyal işlevselle ilişkili bulunmuştur.

Brohan ve arkadaşlarının 2010 yılında 1182 BB ve UD hastası ile IRHDÖ kullanılarak yaptıkları çalışma sonucunda hastaların %21.72sinde orta

ve ileri derecede İD saptamışlardır. Bu çalışmada İD, UD hastalarında BB hastalarına göre daha yüksek oranda bulunmuştur²⁷. Çalışmamızda her iki hasta grubu arasında İD puanları açısından fark bulunmaması çalışmanın hastalığın remisyona döneminde yapılmasıyla açıklanabilir. Ayrıca her iki hasta grubunda da HDDÖ puanları ile İRHÖ "direnc" dışındaki alt ölçekler ve SİÖ puanları arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgular hastalar remisyona döneminde olduğu halde kalıntı depresif belirtilerin damgalanma algısını ve işlevselliği olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Çalışma grupları arasında İD açısından fark çıkmaması önemlidir. BB bozukluk, UD'dan daha farklı olarak daha erken başlayan, daha çok hastaneye yatışla ilişkili, daha sık koruyucu tedavi gerektiren, psikotik özelliklerin daha fazla görüldüğü bir bozukluktur. Oysa UD çok ağır klinik tablolarla karşımıza çıkabilse de çoğu zaman BB kadar uzun ilaç tedavisi gerektirmez, daha sık görülür ve araştırmalardan elde edilen bulgular kültürel özelliklerden bağımsız olarak halkın depresyonlu hastadaki ruhsal hastalığı tanıdığını ancak depresyona olağan bir durum olarak bakma eğiliminde olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada remisyondaki UD ve BB grupları arasında fark bulunmaması bildiğimiz kadarıyla literatürde ilk kez gösterilmiştir. Asıl tanı ne olursa olsun özellikle depresyon varlığında hastalardaki toplum tarafından değersizleştirildiklerine, damgalanma ve ayrımcılığa maruz kaldıklarına ilişkin düşüncelerin arttığı görülmüştür. Link ve arkadaşlarına göre²⁸ depresyonun varlığı bilişsel süreçleri etkilemekte ve ruhsal olarak hasta olan kişilerle ilgili olumsuz stereotipler aktive olmaktadır. Bu süreç de damgalanma duygusunun artmasına neden olmaktadır.

Ruhsal hastalık nedeni ile bir işlev yitiminin ortaya çıkması, hastanın daha önceki toplumsal ve mesleki işlevlerinde eskiye göre bozulma göstermesi bu hastalarda damgalanma algısının daha yüksek düzeyde gerçekleşmesine neden olmaktadır. Ayrıca bu bozukluğun düzeyi ve

hastalığın süresi de damgalanma algısının düzeyi ile doğru orantılıdır²⁹. Ancak bizim çalışmamızda hastalık süresi, atak sayısı, hastaneye yatış gibi klinik özelliklerle İD puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Oysa ki çalışmamızda BB hastaları UD hastalarına göre daha erken hastalık başlama yaşı, daha uzun hastalık süresi, daha fazla atak sayısı ve daha fazla psikotik özellikler göstermektedir. Bu durum damgalanmanın içselleştirilmesi için sadece hastalık sürecine ait özelliklerin değil bir o kadar da hastalık tanısı almanın önemli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda her iki hasta grubu arasında bilişsel işlevler açısından fark bulunmamıştır. Bu sonuç bize remisyondaki UD hastalarının remisyondaki BB hastalarına benzer oranda bilişsel işlev bozukluğuna sahip olduğunu göstermektedir. BB'un remisyona döneminde sözel bellek ve yürütücü işlevler başta olmak üzere bilişsel bozukluğun sürdüğünü bilinmektedir⁹. Depresyon hastalarında konuyla ilgili daha az veri olmakla birlikte bazı yazarlar¹⁰ bilişsel işlevlerdeki bozulmanın remisyona döneminde de sürdüğünü bildirmişlerdir. Bu durumdan eşik altı duygudurum belirtileri sorumlu tutulmuş, eşik-altı kalıntı duygudurum belirtilerinin mi bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açtığı, yoksa remisyonda iken bilişsel bozulmanın kendi başına mı psikososyal işlev bozukluğunun nedeni olduğu yeterince açıklığa kavuşturulmamıştır. Kaya ve ark (2009) remisyonda bipolar hastalarda eşik altı manik belirtilerin değil, depresif belirtilerin bilişsel ve sosyal işlevsellik üzerinde olumsuz etkileri olduğunu bildirmişlerdir³⁰. Nitekim bizim çalışmamızda da her iki grupta HDDÖ puanları SİÖ puanları ile negatif korelasyon göstermiştir. UD tanılı hastalarda iyileştikten sonra da bilişsel bozulmanın devam ettiğini saptayan çalışmaların^{31,32} yanı sıra Gualtieri ve arkadaşları, UD tanılı hastaların en az 4 hafta sadece antidepresan tedavi aldıktan sonra bilişsel olarak düzelmeye gösterdiğini ancak sağlıklı kontrol grubu kadar da iyi olmadığını bildirmişlerdir³³.

BB grubunda bilişsel işlevlerin İD ile anlamlı ilişkisi saptanmamıştır. Ancak UD grubunda İRHDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği ile SBST en yüksek öğrenme alt ölçeği arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuca literatürde rastlamadık. Ancak UD'da sözel bellek bozukluğu ağır depresyon bulgusu olabilir ve kişinin benlik saygısını azaltarak kendisini damgalaması ile sonuçlanmış olabilir. Lysaker ve ark.¹¹ negatif belirtileri fazla ve dikkat bozukluğu olan şizofreni hastalarında İD puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yanos ve ark.⁵ yüksek düzeyde içgörünün daha yüksek İD puanları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Ancak UD'da İD ve sözel bellek bozukluğu ilişkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır.

Remisyondaki UD ve BB hastalarının SiÖ alt ölçeği puanları istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Ayrıca bulgularımız hem BB hem UD hastalarında, İD ne kadar yüksekse de sosyal işlevselliğin o derece azaldığını göstermektedir. Link ve ark.² ruhsal bozukluğu olan hastaların genel olarak toplumun aşağılayıcı ve ayrımcı tutumlarını içselleştirdikleri için sürekli toplum tarafından reddedilme beklediklerini bildirmişler ve bu çerçevede bu hastaların hastalıklarını saklama eğiliminde olduklarını ya da toplumsal ilişkilerden kaçındıklarını, sosyal işlevselliğinin bozulduğunu; böylece de reddedilme kaygısını en aza indirdiklerini ileri sürmüşlerdir. Hatta bir adım ötesinde, benzer biçimde damgalanmaya uğramış kişilerle, yani diğer hastalarla dahi toplumsal ilişkilerini kısıtlamaya çabalamaktadır. Perlick ve arkadaşlarının 2001 de yaptıkları araştırmada bunu desteklemektedir³⁴.

Görüldüğü gibi BB ve UD gruplarında İD ile Si ilişkilidir. Öte yandan BB ve UD hastaları hastalığın kronik seyri, tekrarlayan hastaneye yatışlar, bozukluk ilerledikçe atakların aralarının kısılması, kalıntı belirtilerin varlığı nedeniyle işlevsellik kaybı yaşamaktadırlar³⁵. Hastaneye yatıştan 5 yıl sonra hastaların % 60'ının işlevselliğinde bozulma gözlenmekte, 2/3'ünde iş verimi düşmekte, 1/3'ünde sosyal işlevsellik azalmakta, % 45'i ise

hastalıkları sebebiyle eşlerinden ayrılmaktadır³⁶. Keck (2006), hastalar remisyon dönemlerinde eski işlevsellik düzeylerine dönseler bile, yine de önemli ölçüde duygudurum dalgalanmaları yaşadıklarını ve bu nedenden ötürü mesleki ve sosyal işlevselliklerinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirmiştir³⁷. UD da kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sosyal ve mesleki işlevselliğini bozan bir hastalıktır. UD da tedavi sonucu belirtiler haftalar içinde gerilediği dikkati çekerken, sosyal işlevsellikte düzelleme daha fazla zaman almaktadır³⁸. Yapılan çalışmalarda işlevsellikteki düzelenin tedavinin süresi ile ilişkili olduğu ve maksimum düzelenin 4 ila 6. aylarda ortaya çıktığı, hatta 8 aya kadar uzayabileceği bildirilmiştir³⁹.

Sonuç olarak duygudurum bozukluklarında İD, sosyal işlevselliği olumsuz etkiler. Ayrıca bilişsel işlev bozukluğu İD'ya katkıda bulunabilir. İD özellikle içgörü-yönelimli psikoterapötik müdahalelerle, üzerinde çalışılması gereken bir hedef oluşturur. Tedavi sürecinde İD ele alınması bireylerin işlevselliğini arttırmada önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Corrigan PW, Penn D L. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*. 1999;54:765-76.
2. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001; 27:363-85.
3. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18:163-171.
4. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A & Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across six months. *Psychiatry Research*. 2007;149:89-95.
5. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 2008; 59:1437-42.

6. Chung KF, Chen EYH, Liu CSM. University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *International Journal of Social Psychiatry*. 2001; 47:63-72.
7. Aydemir Ö. Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *Stigma Ruhsal Hastalara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, Taşkın EO (Editör). 2007; 157-65.
8. Özmen E. Depresyona yönelik tutumlar ve damgalama; *Stigma Ruhsal Hastalara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, Taşkın EO (Editör). 2007;.137-56.
9. Bora E, Vahip S, Akdeniz F. Bipolar bozuklukta bilişsel işlevlerin doğası ve önemi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2008; 19:81-93.
10. Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M, Quirk F, Mitchell D. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Research*. 2010; 176:183-9.
11. Lysaker PH, Davis LW & Tsai J (2009). Suspiciousness and low self esteem as predictors of misattributions of anger in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*. 2009; 166:125-31.
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.
13. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Derg*. 1999; 12:233-6.
14. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.1960; 23:56-62.
15. Akdemir A, Önsel S, Dağ İ, Işcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinik kullanımı. *3P Dergisi*.1996; 4: 251-9.
16. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978; 133:429-35.
17. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye' de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2001; 13:107- 14.
18. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajeles M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003; 121:31-49
19. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007; 18:163-71.
20. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Pres. 1965, Princeton, New Jersey.
21. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. *Yayınlanmamış uzmanlık tezi*. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986.
22. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1990;157: 853-9.
23. Erakay SY. Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. *Yayınlanmamış uzmanlık tezi*, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir. 2001.
24. Öktem Ö. Sözel bellek süreçleri testi (SBST): Bir ön çalışma. *NöroPsikiyatri Arşivi*. 1992; 29:196- 206.
25. Karakaş S. Orijinal Testlerin Tanıtımı, BİLNOT Bataryası testlerine ilişkin geliştirme çalışmaları. Karakaş S (ed). *Bilnot Bataryası El Kitabı*. Dizayn Ofset. 2004; 11-50.
26. Karakaş S, Erdoğan E, Sak L, Soysal Ş, Ulusoy T, Ulusoy İY, Alkan S. Stroop Testi TBAG Formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenilirlik ve geçerlik. *Klinik Psikiyatri*. 1999; 2:75-88.
27. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G and For the GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders* 2010, doi:10.1016/j.jad.2010.09.001
28. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001; 27:363-85.

29. Taşkın EO. Stigma, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. 2007; 31-40.
30. Kaya E, Aydemir Ö, Selçuki D. Remisyondaki iki uçlu hastalarda kalıntı duygudurum belirtilerinin bilişsel ve toplumsal işlevsellik üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10:124-30.
31. Paradiso S, Lamberty GJ, Garvey MJ et al. Cognitive impairment in the euthymic phase of chronic unipolar depression. J Nerv Ment Disord. 1997; 185:748-54.
32. Marcos T, Salamero M, Gutierrez F, Catalan R, Gasto C, Lazaro L. Cognitive dysfunction in recovered melancholic patients J Affect Disord. 1994; 32:133-7.
33. Gualtieri CT, Johnson LG, Benedict KB. Neurocognition in Depression: Patients on and off medication versus healthy comparison subjects. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2006;18:217-25.
34. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening E, Link BG. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. Psychiatric Services. 2001; 52: 1627-32.
35. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Soloman DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59:530-7.
36. Tohen M, Walternaux CM, Tsuang MT. Outcome in mania: a 4 year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47:1106-11.
37. Keck PE. Long-term management strategies to achieve optimal function in patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2006; 67:19-24.
38. Mintz J, Mintz LI, Arruda J, Hwang SS Treatments of depression and the functional capacity to work. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49:761-8.
39. Giller EG, Bialos D, Riddle MA, Waldo MC. MAOI treatment response, multi-axial assessment. J Affect Disord. 1998; 14:171-5.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Gülsüm Özge Doğanavşargil-Baysal
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı
07070 ANTALYA
e-mail: oavsargil@akdeniz.edu.tr

geliş tarihi/received : 23.09.2012

kabul tarihi/accepted: 16.10.2012