

## Bipolar Affektif Bozukluk Tanılı Bireylerin Yaşam Deneyimleri ve Stigmatizasyon Durumlarının Fenomenolojik Desen Kullanılarak Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi

### *Qualitative Evaluation of the Life Experiences and Stigmatization Situations of Individuals Diagnosed with Bipolar Affective Disorder (BAD) Using Phenomenological Design*

Sevilay TUNÇ NAKIŞ<sup>1</sup>, Melda KARAVUŞ<sup>2</sup>, Seyhan HİDİROĞLU<sup>3</sup>, Sena YILDIZ<sup>4</sup>, Halil Mert ALBAYRAK<sup>5</sup>, Mustafa Omar Hasan ABUHAMRA<sup>6</sup>, Umur KUMRULU<sup>7</sup>, Muhammet Sami ÇİNİCİ<sup>8</sup>, Nimet Emel LÜLEÇİ<sup>9</sup>, Dilşad SAVE<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Asistan Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, 97sevilaytunc@gmail.com  
ORCID: 0009-0005-1650-8997

<sup>2</sup> Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, meldak@marmara.edu.tr  
ORCID: 0000-0003-2629-2374

<sup>3</sup> Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, seyhanerinh@gmail.com  
ORCID: 0000-0001-8656-4613

<sup>4</sup> Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, senaayildizzz23@gmail.com  
ORCID: 0009-0005-7021-1289

<sup>5</sup> Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, halilmert2000@gmail.com  
ORCID: 0009-0009-2729-6554

<sup>6</sup> Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, mostafaabuhamra99@gmail.com  
ORCID: 0009-0000-2042-5936

<sup>7</sup> Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, umurkumrulu1@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-3125-0347

<sup>8</sup> Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

### ÖZ

Bipolar bozukluk, depresif ve manik/hipomanik ataklarla seyreden, kişinin işlevselliğini ciddi şekilde etkileyen kronik bir ruhsal bir durumdur. Cinsiyet ayrımı olmaksızın nüfusun yaklaşık %1'ini etkileyen bu bozukluk, bireylerde yalnızca semptomlarla değil, aynı zamanda toplumsal damgalanma ile mücadele etmelerine neden olur. Damgalama ile mücadele etmelerinin en önemli nedeni toplumun hastalığa ilişkin algısıdır. Bu çalışma, bipolar affektif bozukluk tanısı almış (BAB tanılı kişi) bireylerin yaşadıkları deneyimleri ve damgalanma durumlarını niteliksel olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Araştırma, İstanbul'daki bir kamu üniversitesi hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran, remisyon döneminde olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan 23-61 yaş arası 12 BAB tanılı kişi ile yürütülmüştür. Örneklem, amaçlı örnekleme yöntemiyle maksimum çeşitlilik gözetilerek seçilmiş, görüşmeler Eylül-Ekim 2023 tarihlerinde yarı yapılandırılmış derinlemesine yüz yüze görüşmelerle gerçekleştirilmiştir. Verilerden dört ana tema ortaya çıkmıştır: tanı alma süreci, bipolar bozukluk nedeniyle yaşanan zorluklar, atak dönemine dair deneyimler ve damgalanma ile baş etme biçimleri. Katılımcıların bir kısmı tanılarını kabul ederken, bazıları direnç göstermiştir. Birçok hasta damgalanma korkusuyla tanısını gizlemeyi tercih etmiştir. Sosyal ilişkilerde, iş yaşamında ve toplum içinde dışlanma hissi öne çıkmıştır. Damgalanmanın etkilerini azaltmak için başta hasta yakınları ve işverenler olmak üzere genel topluma yönelik farkındalık çalışmalarının ve eğitimlerin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Bipolar affektif bozukluk (BAB), damgalanma, stigmatizasyon, kendini damgalama, niteliksel.

### ABSTRACT

Bipolar affective disorder (BAD) is a chronic and serious mental condition marked by depressive and manic/hypomanic episodes, often causing significant functional impairment. It affects about 1% of the population and can lead to social exclusion and stigmatization. The most important reason they fight against stigma is the public's perception of the disease. This qualitative study aimed to explore the experiences and perceptions of stigma among individuals diagnosed with bipolar affective disorder (BAD), using in-depth interviews and a phenomenological approach. The study was conducted in September–October 2023 at a public university hospital in İstanbul. Twelve patients aged 23–61, in remission and volunteering to participate, were selected using purposive sampling with maximum variation. Data were collected through semi-structured, face-to-face interviews. Four main themes emerged: receiving the diagnosis, challenges related to the disorder, experiences during episodes, and stigma and

İstanbul/Türkiye,  
m.samicinici@hotmail.com  
ORCID: 0009-0008-6254-9273

<sup>9</sup> Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,  
İstanbul/Türkiye,  
nokcesiz@marmara.edu.tr  
ORCID: 0000-0002-3435-7214

<sup>10</sup> Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,  
İstanbul/Türkiye,  
dilsadsave@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-5252-5189

Başvuru: 11.07.2025  
Kabul: 13.01.2026

Atıf:

Tunç Nakış, S., Karavuş, M.,  
Hidroğlu, S., Yıldız, S., Albayrak, H.  
M., Abuhamra, M. O. H., Kumrulu,  
U., Çinici, M. S., Lüleci, N. E., &  
Save, D. (2026). Bipolar affektif  
bozukluk tanılı bireylerin yaşam  
deneyimleri ve stigmatizasyon  
durumlarının fenomenolojik desen  
kullanılarak niteliksel olarak  
değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal  
Hizmet*, 37(1), 263-298.  
10.33417/tsh.1727968

*coping. While some participants accepted their diagnosis, others showed resistance. Many preferred to hide their condition due to fear of stigma, which affected their social relationships and job opportunities. The study suggests that increasing both societal and individual awareness through education may help reduce stigmatization and improve the quality of life for individuals with BAD.*

**Keywords:** *Bipolar affective disorder (BAD), stigma, self-stigma, qualitative.*

## GİRİŞ

Psikiyatrik bozukluklar, engelliliğin önde gelen ilk beş nedeni arasındadır."Bipolar hastalık" olarak adlandırılan bipolar affektif bozukluk (BAB) da nüfusun yaklaşık %1'ini etkileyen kalıcı, önemli ve ciddi psikiyatrik bozukluklardan biridir (Angst, 2013;Jolfaei ve ark. 2019; Mohammadi ve ark. 2019). BAB, dünya çapında milyonlarca bireyin hayatını derinden etkileyen karmaşık ve zorlu bir ruh sağlığı durumudur. Depresif ve manik döngüleri kapsayan bu ruh hali, BAB tanılı kişilerin günlük yaşamlarında aşırı dalgalanmalara neden olabilir (Kaltenboeck ve ark. 2016; Khaleghi ve ark. 2018). Bazen ruh halindeki bu dalgalanmalar o kadar şiddetlidir ki günlük yaşamı, ilişkileri ve genel refahı bozabilir (Bruni ve ark. 2018). Döngüsel bir durum olması nedeniyle, BAB tanılı bireylerin bakımı, diğer ruh sağlığı durumlarına kıyasla daha farklı bir deneyim olabilmektedir (Bruni ve ark. 2018). BAB tanılı bireylerin bakımı için tıbbi tedavinin yanısıra aile desteğinin ve sosyal desteğin önemli olduğu bildirilmektedir (Bilir, 2018; Ghai ve ark. 2013).

BAB ile mücadele eden bireyler toplumda çoğu zaman kendilerini dışlanmış, etiketlenmiş, ayrımcılığa uğramış ve damgalanmış hissedebilirler (Favre ve Richard-Lepouriel, 2023). BAB tanılı bireylerin bakımı için aile desteği son derece önemliyken, bazen aileler de kendilerini dışlanmış, etiketlenmiş, ayrımcılığa uğramış ve damgalanmış hissedebilirler (Latifian ve ark., 2023). BAB tanılı bireylerin ebeveynleri bile, BAB tanılı bir aile üyesine sahip olmaktan dolayı suçluluk hissedebilmektedir (Latifian ve ark., 2023). Bu toplumsal damgalama ve dışlamanın tarihi çok eski zamanlara kadar uzanmaktadır (Gur ve ark.,2012). Kişiler çok eski zamanlardan beri yalnızca durumlarının ve eşlik eden semptomların karmaşıklığıyla değil, aynı zamanda olumsuz tutumların ve toplumsal etiketlemenin ağırlığıyla da mücadele etmek zorundadır (Sibitz ve ark., 2011;Wong ve ark., 2009).

Stigmatizasyon veya diğer adıyla damgalama, kişiyi genelde kötü anlamda ötekileştirici, yerici tutumların geneline verilen addır (Favre ve Richard-Lepouriel, 2023). Thornicroft, ruhsal hastalıklarla ilgili damgalanmanın, hastalıkların kendisinden daha kötü sonuçlara yol açtığını bildirmiştir (Thornicroft ve ark.2016). Çam, damgalamanın sonucunda ruhsal hastanın ve yakınlarının toplumdan izole oldukları için sağlık yardımı arama davranışları göstermediklerini belirtmiştir ( Çam ve Bilge, 2013). Bu sebeple tanı alma gecikebilir ve tedaviden alınan verimi önemli ölçüde düşürebilir (Hawke ve ark. 2013). Damgalamanın sonucu olarak ruhsal hastalığa sahip birey, tedavi almamayı veya tedaviyi erken bırakmayı tercih edebilmektedir (Bekiroğlu,S. 2021). Stigmatizasyon; ruhsal hastalığa sahip kişilerin topluma katılmasını ve kendini olduğu gibi kabul etmesini engelleyebilir (Hawke ve ark. 2013). Toplumun bir kişiyi damgalamasının yanısıra, bir kişi kendi kendini de damgalayabilir; buna "kendi kendini damgalama", "içselleştirilmiş damga", "self stigma" ya da "öz damgalama" denilebilir. Stigmatizasyonun yapısal (structural stigma), kamusal (public stigma), algılanan (perceived stigma), yakınları tarafından (associative stigma) ve doğrudan içselleştirilmiş (self-stigma) gibi çeşitli alt türleri bulunmaktadır (Sibitz ve ark., 2011; Wong ve ark., 2009; Avcil ve ark., 2016). Kendi kendini (İçselleştirilmiş ) damgalama, damgalanmış bir gruba ait bireylerin,

damgalayıcı tutumları ve tepkileri kendilerine döndürmeleridir. İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki olumsuz yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersiz hissetme, utanma, geri çekilme gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir (Avcil ve ark., 2016; Çam MO ve ark., 2011). Bilgi eksikliği, olumsuz tutumlar, reddetme ve kaçınma ile karakterize edilen davranışların karmaşık bir birleşimi olan stigmatizasyon, toplumsal önyargının temel nedenlerini özetlemektedir (Goffman, 2003; Henderson ve ark., 2013). Damgalanmanın gerek derecesi gerekse çıktıları ekonomik statü, bilgi eksikliği, kültürel değerler, toplumsal cinsiyet gibi değişkenler tarafından belirlenebilmektedir. Toplumun reddi, reddedilme korkusundan kaynaklanan düşük öz saygı ile birleştiğinde, bipolar bozukluklarla boğuşan insanlar arasında yaşam koşullarının zayıflamasına, hane gelirinin azalmasına ve bazı durumlarda işsizliğe neden olabilir (Connell ve ark., 2014; Latifian ve ark., 2023). Thornicroft, ruhsal hastalıklarla ilgili damgalanın en çok düşük ve orta gelir seviyeli grupları etkilediğini bildirmiştir (Thornicroft ve ark.,2016). Öz damgalama ya da içselleştirilmiş damgalama ruhsal sorunları olan itibar zedeleyici inançları kabul edip kendilerine karşı önyargılı olmalarına yol açar. Bu durum kişilerin iş başvurunda bulunmamak gibi olumsuz davranışsal sorunlara yol açabilir böylece kişinin ekonomik statüsü bu durumdan daha etkilenir (Thornicroft ve ark.,2016).

Toplumda ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik en yaygın “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmayan birey” olduğu stereotipleri, onlara yönelik olumsuz duygusal tutumlar (öfke ve korku) , çoğu zaman bilgi eksikliğinden kaynaklanabilmektedir (Bekiroğlu, S.2021,Robinson,2019). Gözen’in yaptığı nitel bir çalışmada ülkemizde toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilgisiz olduğu, bu bilgisizliğin damgalanma ve ayrımcılığı beraberinde getirdiği ortaya çıkmıştır (Gözen ve Buz, 2020).

Fenomenolojik çerçevede her bireyin hastalığa yüklediği anlam farklı olabilmektedir ( Çam ,MO ve Uğuryol, M., 2019, Murthy, 2002). Murthy'nin de belirttiği gibi,damgalama evrensel olarak kabul gören ve bu bağlamda araştırılan bir kavram olsa da kişilerin deneyimleri biriciktir (Murthy, 2002). Bireyin hastalığına yüklediği anlam onun içsel yaşantısını ve kültürel değerlerini yansıtabilir (Çam ,MO ve Uğuryol, M., 2019). Bir kültürde olağan ve sıradan kabul edilen bir davranış, bir başka kültürde ruhsal bir bozukluk olarak değerlendirilebilir (Çam ,MO ve Uğuryol, M., 2019). Öte yandan, kültürel değerler bazen bireylerin ruhsal bozukluk belirtileri ile yaşabilmesini kolaylaştıracağı gibi, ruhsal hastalıkla baş etme, yaşamın kontrolünü tekrar eline alabilme ve yaşamdan anlam bulma gibi iyileşme süreçlerini de etkileyebilir (Çam ve Uğuryol, 2019). Oysa bazen kültürel değerler, ruhsal hastalığa sahip bireylere dair herhangi bir deneyime sahip olmayan bir kişinin bile onlara karşı olumsuz tutum ve davranışlar sergilemesine yol açabilir (Bekiroğlu, S., 2021). Ek olarak, kültürdeki toplumsal cinsiyet kavramının da damgalanma ile ilgili olabileceği, hastalık inançlarını, ruhsal bozukluklarda belirtilerin ortaya çıkışını ve iyileşme sürecini etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Çam ve Uğuryol, 2019). Örneğin,erkeklerden beklenen toplumsal cinsiyet rollerinin (erkeğin çalışan ve eve para getiren kişi rolü) etkisi ile sosyal hayata daha fazla katılım sağlamak zorunda kalması ve

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save bunun sonucu olarak damgalayıcı davranış ve tutumları daha çok yaşayabilmektedir (Bekiroğlu, S. 2021). Türkiye'deki toplumsal yapı göz önüne alındığında erkeğin kadına göre daha baskın rolde olması; kendisini birçok açıdan eşine bağımlı hissedeni, duygularını açıkça ifade edemeyen kadınların ise ruhsal bozukluk belirtilerini bedenselleştirmelerine de zaman zaman rastlanabilmektedir (Bekiroğlu, S. 2021).

Zaman içinde, BAB ilişkili stigmatizasyon konusunu ele alan çeşitli inceleme makaleleri yayımlanmıştır. Perich ve arkadaşları bipolar bozuklukla ilişkili damgalamayı şizofreni, kişilik bozuklukları ve anksiyete bozuklukları gibi durumlarla karşılaştıran bir çalışma yürütmüştür (Perich ve ark., 2022). Ayrıca genel damgalamanın işlevsel bozulma ve daha düşük işlevsellik düzeyleriyle nasıl ilişkili olduğunu da incelemiştirler (Perich ve ark., 2022). Benzer şekilde, Pal ve arkadaşları, Hindistan'da bipolar bozuklukla ilişkili stigmatizasyonun nedenlerini incelemek için hem niceliksel hem de niteliksel araştırmalara odaklanmışlardır (Pal ve ark., 2021). Bir başka kapsamlı derlemede, Ellison ve arkadaşları 1992-2012 yılları arasında BAB tanılı kişileri çevreleyen toplumsal tutum ve

inançların yanısıra içselleştirilmiş damgalamayı araştıran yayınları tespit etmeye çalışmışlardır. (Ellison ve ark., 2013). Bu çalışmalar, BAB tanılı bireylerin karşılaştığı karmaşık stigmatizasyon ağına toplu olarak ışık tutmakta ve bu yükü hafifletmek için müdahalelere duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Türkiye 'de de özellikle ruh sağlığı sorunu olan bireylere karşı damgalama, dışlama ve etiketleme ile ilgili yapılan çalışmalar da bulunmakla birlikte bu çalışmalar daha çok nicel yöntemle yapılmıştır ve ailelerin deneyimlerini ortaya koyma noktasında sınırlı kalmıştır (Çam ve Bilge 2013).

Çalışmamıza bu konuda literatürde niteliksel özellikteki çalışmaların azlığı ve özellikle ülkemizde mevcut olan boşluk nedeniyle ihtiyaç duyulmuştur. Damgalamanın öznel deneyim düzeyinde anlaşılmasına katkı sağlayacak bu çalışmanın özgün bir grup ile ve niteliksel olarak yapılması planlanmıştır. Odaklanılan fenomeni, bipolar affektif bozukluk (BAB) tanılı bireylerin tanı alma sürecindeki deneyimleri; aile, iş ve sosyal hayattaki deneyimleri; atak sırasındaki deneyimleri; kendini damgalama ve sosyal damgalanma deneyimleri; damgalanma korkusu ile başa çıkma deneyimlerini niteliksel olarak değerlendirmek istenmiştir. Bu değerlendirmeleri toplumsal farkındalık, toplumsal değerler, algılar, inançlar çerçevesinde yorumlamak amaçlanmıştır. BAB tanılı bireyler ve aileleri arasında damgalanmanın artan yaygınlığı, psikolojik/sosyal müdahalelerin bu damgalanmayla mücadelede önemli rol aldığı vurgulanmaktadır (Latifian ve ark., 2023).

Çalışmamızın sonucunda nitel araştırmaları önemli kılan 'neden' ve 'nasıl' sorularına yanıt bularak BAB tanılı bireylerin yaşam deneyimlerini iyileştirebilecek ve uğradıkları damgalanma/stigmatizasyon'u azaltmak üzere psikolojik/sosyal müdahaleler geliştirilebilecektir.

Bu bağlamda çalışmamızın ana amacı, bipolar affektif bozukluk (BAB) tanılı bireylerin yaşam deneyimlerini ve damgalanma/stigmatizasyon durumlarını derinlemesine görüşmeler ve fenomenolojik yaklaşım kullanarak niteliksel olarak değerlendirmektir.

## **YÖNTEM**

Bu araştırma derinlemesine görüşmeler ile fenomenolojik desen kullanılarak yapılan descriptive/tanımlayıcı niteliksel (kalitatif) tipte bir araştırmadır. Nitel araştırmaların amacı özellikle algıların ve deneyimlerin ortaya çıkarılmasıdır. Fenomenoloji ise, insanların belirli bir fenomen ya da kavramla ilgili anlayışlarını, duygularını, bakış açıları ve algılarını ifade etmelerini sağlayan ve bu fenomen ile ilgili deneyimlerini tanımlamak için kullanılan nitel bir araştırma desendir. Bu çalışmada fenomenolojik analiz yöntemi olarak Colaizzi Fenomenolojik analiz yöntemi temel alınmıştır.

### **Araştırmacının/araştırmacıların Konumsallığı ve Öz-düşünümsellik:**

Araştırmacıların toplum ruh sağlığı ve kalitatif araştırmalar konusunda pek çok çalışmaları bulunmaktadır. Araştırmacılar arasında öğretim üyesi olanlar yaklaşık 6 yıldır tıp fakültesinde stigma dersi vermektedir. Diğer araştırmacılar ise stigma konusunda bir dönemlik kurs almışlardır. Görüşmeciler katılımcıların kendi hekimleri değildir. Her görüşmede 2 araştırmacı bulunmuştur. İlk araştırmacı görüşmeyi gerçekleştiren, soruları soran araştırmacıdır. Görüşmeyi gerçekleştiren araştırmacımız görüşmeler boyunca kendine notlar/memos almıştır. Ses kaydı alınmasına izin verilmeyen durumlarda not almak amaçlı ve katılımcının beden dili ve görüşme atmosferi gibi konularda gözlem yapmak amaçlı ikinci araştırmacı da katılımcının izni alınarak görüşmeye dahil olmuştur. Ayrıca iki araştırmacı her görüşmenin sonunda toplantı yaparak etkileşim dinamiklerini gerçekleştirmiştir. Gözlemlerinin ve notlarının ortak ve farklı yönleri üzerine tartışmışlardır Birbirlerine olumlu ya da olumsuz geri-bildirimler vermişler ve bir sonraki görüşmeyi birlikte planlamışlardır. Her görüşme sonunda yaptıkları bu toplantılarda birlerine olası yanlışlıklarını 'potansiyel yanlışlık' fark etme konusunda yardımcı olmuşlar ve söz konusu 'potansiyel yanlışlık'ı nasıl minimize edebilecekleriyle ilgili önce bir beyin fırtınası yapmışlar, literatürde önerilen yöntemleri birlikte gözden geçirmişler, görüşme sırasında ortaya çıkabilecek beklenen yanlışlıklara karşı birlikte önlemler planlamışlardır ve beklenmeyen yanlışlıkların ortaya çıkması halinde görüşme sırası ve sonrası için alternatifler üretmişlerdir.

### **Araştırma Sahası/Ortamı:**

Çalışma Eylül-Ekim 2023 ayında yapılmıştır. Görüşmelerde derinlemesine, yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmış ve bu görüşmeler en az 20 en fazla 45 dakika sürmüştür. Görüşmeler psikiyatri polikliniğinde bu çalışma için ayrılmış özel bir odada yapılmıştır, katılımcıların tamamı daha önce aynı poliklinikte benzer odalarda en az bir kere hastalıkları konusunda kendi hekimleriyle görüşme yapmışlardır. Etik kurul onayı İlgili Üniversitenin Tıp Fakültesi Etik kurulu'ndan,

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save  
08.09.2023 tarihinde 09.2023.1142 protokol numarası ile alınmıştır. İlgili üniversiteden kurum izni alınmıştır.

Araştırmacının kendini tanıtmayı, katılımcıya araştırmanın amacından bahsetmesi, katılımcıdan görüşme izni alınması ve katılımcılara bilgilerin gizliliği ve anonim kalması konusunda güvence verilmesi ve sosyo-demografik soruları içeren mini-anket uygulaması bu sürelerin dışındadır. Görüşmeler psikiyatri polikliniğinde yapıldığı için daha fazla süre tanınmamıştır. Dolayısıyla fenomenolojik bir 'öz' e yeterince ulaşılabilir. Bu durum çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır.

### **Araştırmanın özneleri ve seçimi:**

İstanbul'da bulunan bir kamu üniversitesi tıp fakültesi hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran "bipolaraffektif bozukluk" BAB tanılı , remisyon döneminde olan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 18-65 yaş arası 13 hasta ile görüşmelere başlanılmıştır. Ancak 1 hastanın görüşme esnasında remisyonda olmadığı fark edildiği için kendisiyle görüşmeye devam edilmiş ama kendisi araştırma dışı bırakılmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada 12 katılımcı yer almıştır. Örneklem, genel psikiyatri polikliniğine gelen hastalardan amaçlı örnekleme için uygun olarak maksimum çeşitlilik ile seçilmiştir. Maksimum çeşitlilik, cinsiyet, yaş, tanılı olduğu yıl sayısı, medeni durum, eğitim durumu ve meslek açısından sağlanmaya çalışılmıştır. Görüşmeler sırasında verilen yanıtlarda araştırmacılar tarafından yeni içerik elde edilemediğine ilişkin konsensus sağlandığında görüşmelerin doygunluğa/saturasyona ulaştığı kabul edilerek görüşmeler sonlandırılmıştır.

### **Veri oluşturma/üretme araçları ve yöntemleri:**

Çalışmada araştırmacıların toplum ruh sağlığı ve stigma konusundaki daha önce yaptığı çalışmalarda deneyimlerinden yararlanılarak, konuyla ilgili literatür taranarak ve önceden hazırlanan kavramsal çerçeve ışığında hazırlanan yarı-yapılandırılmış soru rehberi kullanılmıştır. Hazırlanan sosyo-demografik soruları içeren mini-anket ve açık uçlu, yarı-yapılandırılmış sorulardan oluşan görüşme formu derinlemesine yüz yüze görüşmelerle uygulanmıştır. Sorular genelden özele doğru yazılmış ancak görüşmenin akışına göre esnekliğin sağlanabilmesi için görüşme sırasında soruların sırası gerektiğinde değiştirilmiştir.

Görüşmeler, araştırmacının kendini tanıtmayı, katılımcıya araştırmanın amacından bahsetmesi ve katılımcıdan görüşme izni alınması ile başlamıştır.

Önce katılımcının sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sorular sorulmuştur. Sonrasında tanı süreçleri, yaşadıkları zorluklar, deneyimleri ve stigmatizasyon/damgalanma durumlarına yönelik yarı-yapılandırılmış sorular yöneltilmiştir. Soru rehberinin işlerliğini test etmek için 2 BAB tanılı bireyde pilot görüşme yapılmış olup bu bireyler ana araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Pilot görüşmenin sonunda bazı sorular çıkarılmıştır.

Görüşme başlamadan önce katılımcılardan sözlü aydınlatılmış onam alınmıştır, onam vermeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Yapılan görüşmeler sırasında katılımcıların izni ile ses kaydı

alınmıştır. Katılımcılara bilgilerin gizliliği ve anonim kalması konusunda güvence verilmiştir. Bu şekilde, özgürce cevap verebilmeleri sağlanmıştır. Araştırmacı soruları yöneltirken daha ziyade bir moderatör görevi üstlenmiş, nötr bir sözel dil ve beden dili kullanmaya özen göstermiştir. Katılımcı ile aynı seviyede ve benzer sandalyede yaklaşık doksan derecelik açı ile oturarak güç dinamiklerinin eşitliğini görüşme boyunca korumaya çalışmıştır. Araştırmacı katılımcı ile arasına bariyer olarak algılanabilecek bir masa değil alçak bir sehpa yerleştirerek eşit güç dağılımına katkıda bulunulmuştur. Araştırmacı moderatör yaklaşımı ile aktif dinleme tekniklerini kullanmıştır. Ses kayıtlarında ve analizlerde katılımcıların kişisel verileri korunmuştur. Katılımcılara ait kişisel bilgiler ya da ses kayıtları üçüncü kişi veya kurumlarla paylaşılmamış; veriler anonim olarak sunulmuştur. Katılımcıların isimlerinin gizli tutulacağı kendilerine açıklanmıştır. Her bir katılımcı sıra numarası ve cinsiyeti ile tanımlanmıştır (K1-E: Katılımcı 1-Erkek, vb).

### **Veri analizi**

Ses kaydına alınan görüşmeler, kelime kelime yazıya dökülmüştür. Her görüşme birkaç kez okunmuş; araştırmacılar tarafından konuşma içeriğinin detaylı ve kapsamlı anlaşılması sağlanmıştır. Transkript aynı gün oluşturulmuştur. Alıntılar/anekdotların seçiminde ilk olarak fenomenle ilgili tüm ifadeler listelenmiştir. Daha sonra fenomen ile ilgisiz olan ifadeler çıkarılmış ve önemli ifadelerin listesini oluşturulmuştur. "Anlam birimlerinin tanımlanması" olarak ifade edilen bu aşamada araştırılan fenomeni aydınlattığı görülen ifadeler "izole edilmiştir". İkinci olarak "ortak ifadeler" gruplandırılmıştır. Ortak ifadeleri Bulgular bölümünde sunarken daha özgün olan ifadeler, çarpıcı ifadeler öncelik verilmiş ancak bazı katılımcıların daha baskın olarak ifadelerine yer verilmemesine, her katılımcıdan en az bir ifadeye yer verilmesine özen gösterilmiştir. Veriler Atlas-ti programı kullanılarak tematik içerik analizi yöntemiyle analiz edilmiştir. Önce araştırmacılar ayrı ayrı kod listeleri oluşturmuşlar kodlayıcılar arası güvenilirlik ve kodlama tutarlılığını sağlamak için daha sonra bir araya gelip ortak bir kodlama kılavuzu oluşturmuşlardır. Geçerlilik, kodlayıcılar arası güvenilirlik ve kodlama tutarlılığını sağlamak için bu kodlama kılavuzu ve Memolardan (görüşmecisi ve gözlemci notlarından) yararlanılmıştır. Araştırmacılar yeni tema oluşmayacağına fikir birliği (consensus) ile karar vererek/ tema doygunluğuna ulaşıncaya ana temalar ve alt temalara son şekilleri verilmiştir.

### **Güvendiuyulabilirlik/ Trustworthiness**

Confirmability (Onaylanabilirlik, doğrulanabilirlik) için birden fazla araştırmacının bir fenomen üzerinde hemfikir olması (consensus) sağlanmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca, iç geçerlilik için Audit Trail (Denetim izi) kullanılmıştır. Denetim izi için tutulan kayıtlar, ses kayıtları, ham veriler, yazılı notları, özet notlar, kod listeleri vb. kullanılmıştır. Katılımcı teyidi BAB tanımlı bireylere tekrar ulaşılamadığı için yapılamamıştır.

Dış Geçerlilik için, Aktarılabirlik-Transferability kısmen kullanılmıştır. Nicel araştırmalarda araştırmacı bulguları evrene genelleme yapmaya çalışırken, nitel araştırmalarda araştırmacı veri analizi ile elde ettiği sonuçları benzer özellik taşıyan olaylara genellemeyi amaçlar. Bu çalışmada da

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save bulgular benzer özellikler taşıyan araştırmalar ışığında yorumlanarak kısmen (Aktarılabirlik-Transferability) sağlanmaya çalışılmıştır.

Tüm çalışma sürecinde araştırmacılar sık sık bir araya gelerek toplantılar düzenlemişlerdir. Güvenilirlik ve tutarlılık; transkriptlerin, alıntılarının sık sık karşılaştırılması yoluyla düzenli olarak kontrol edilmiştir. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) rehberinden yararlanılmıştır (Özden ve ark., 2022).

Verilerin analizinde; verilerin hazırlanması (paranteze alma), fenomenolojik olarak azaltılması (basamaklama ve fenomenolojik indirgeme), yaratıcı varyasyon (imgesel çeşitleme) ve deneyimin özünü ortaya çıkarma (anlam ve özlerin sentezlenmesi) aşamaları kullanılmıştır. Tematik içerik analizi sonucunda bipolar bozukluk ve tanı alma süreci, bipolar bozukluk sebebiyle karşılaşılan sorunlar ve deneyimler, atak dönemindeki deneyimler ve damgalanma hissi ve damgalayıcı durumlarla baş etme durumları olmak üzere dört ana tema belirlenmiştir.

## BULGULAR

Araştırma kapsamında 18-65 yaş arası ve BAB tanısı almış ve remisyonda olan olan 12 katılımcı ile görüşmeler yapılmıştır. Katılımcıların minimum yaşı 23, maksimum yaşı 61'dir. Katılımcıların yaş ortalaması 40 yıldır. Katılımcıların üçü erkek olup geri kalan dokuzu kadındır. Erkek katılımcıların minimum yaşı 27 olup, maksimum yaş 48'dir. Kadın katılımcıların minimum yaşı 23 olup, maksimum yaş 61'dir. Erkek katılımcıların yaş ortalaması 40.33 yıl, kadın katılımcıların yaş ortalaması 39.22 yıldır. Katılımcıların tanılı olduğu yıl sayısı 1 ile 39 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyi en az lise düzeyidir. Katılımcıların 3'ü hariç tamamı şu anda kendi meslekleriyle ilgili bir işte çalışmaktadır (Bkz: Tablo 1).

**Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

| Katılımcı | Cinsiyet | Yaş | Tanılı olduğu yıl sayısı | Medeni Durum | Eğitim Durumu     | Meslek          |
|-----------|----------|-----|--------------------------|--------------|-------------------|-----------------|
| 1         | Kadın    | 28  | 1                        | Evli         | Üniversite mezunu | Din görevlisi   |
| 2         | Kadın    | 39  | 5                        | Bekar        | Üniversite mezunu | Fizyoterapist   |
| 3         | Kadın    | 59  | 6                        | Evli         | Üniversite mezunu | Marka danışmanı |
| 4         | Erkek    | 27  | 2                        | Bekar        | Yüksek lisans     | Hemşire         |

|    |       |    |    |       |                   |                   |
|----|-------|----|----|-------|-------------------|-------------------|
| 5  | Kadın | 43 | 24 | Evli  | Üniversite mezunu | Hemşire           |
| 6  | Kadın | 32 | 11 | Bekar | Üniversite mezunu | Doktor            |
| 7  | Kadın | 40 | 19 | Evli  | Üniversite mezunu | Öğretmen          |
| 8  | Kadın | 61 | 39 | Bekar | Üniversite mezunu | Santral görevlisi |
| 9  | Erkek | 48 | 26 | Evli  | Lise mezunu       | Çalışmıyor        |
| 10 | Erkek | 46 | 13 | Bekar | Yüksek lisans     | Mühendis          |
| 11 | Kadın | 23 | 5  | Bekar | Lise mezunu       | Çalışmıyor        |
| 12 | Kadın | 28 | 6  | Evli  | Lise mezunu       | Çalışmıyor        |

Tematik analizler sonucunda bipolar bozukluk ve tanı alma süreci, bipolar bozukluk sebebiyle karşılaşılan sorunlar ve deneyimler, atak dönemindeki deneyimler ve damgalanma hissi ve damgalayıcı durumlarla baş etme durumları olmak üzere dört ana tema belirlenmiştir (Bkz: Tablo 2).

**Tablo 2: Ana Temalar ve Alt Temaların Dağılımı**

| ANA TEMALAR                                   | ALT TEMALAR<br>(örnek alıntılar)   |
|---|--|
| <b>1.BİPOLAR BOZUKLUK ve TANI ALMA SÜRECİ</b> | <p><b>1.a. Tanı Alındığı Andaki İlk Duygu ve Düşünceler</b><br/> <i>(“En başlarda olumsuz düşünüyordum, kendi kendime sen zaten delisin her işi eline yüzüne bulaştırırsın diyordum.”)</i></p> <p><b>1.b. Tanı ve Tedaviyi Kabullenme</b><br/> <i>(“...ama ben ilaçlarımı kullanmadım başta. Yastığımı altına falan saklıyordum hasta olduğumu düşünmüyordum. Yani ben hala bile kabullenmiş değilim aslında”)</i></p> |
| <b>2.BİPOLAR BOZUKLUK SEBEBİYLE</b>           | <b>2.a. Aile Hayatına Etkisi ve Deneyimler</b>   |

---

**KARŞILAŞILAN**

**SORUNLAR**

**DENEYİMLER**

(“...Eşime çok zarar verdim ben bu süreçte. Eşimden başka ve da kimsem yok, onu kaybetmemek adına kendimi geliştirmek adına daha iyi hissetmek adına ilaçlarımı kullanıyorum şu an.”)

**2.b. İş Hayatına Etkisi ve Deneyimler**

(“Pek çok yerden olumlu cevap almayı beklerken, CV'im yaşitlarım göre daha iyi durumda ve yurtdışı tecrübem olduğu halde...pek geri dönüş olmuyor.”)

**2.c. Sosyal Hayata Etkisi ve Deneyimler**

(“.....Arkadaşlarım daha az tutundum. Arkadaşlık yürütmek zaten zordu şimdi daha zor.”)

---

**3. ATAK DÖNEMİNDEKİ**

**DENEYİMLER**

(“...ben mesela Tanrı'yım sanıyordum. Tanrı değilsem meleğimdir, melek değilsem de peygamberimdir diyordum (gülüyor).”)

(“...Bir yere çıktığım zaman sanki birileri beni tutup götürerek tecavüz edecek, başıma kötü şeyler gelecek diye korkmaya başladım.”)

---

**4.DAMGALANMA HİSSİ**

**VE DAMGALAYICI**

**DURUMLARLA BAŞ**

**ETME DURUMLARI**

**4.a. Kendini Damgalama**

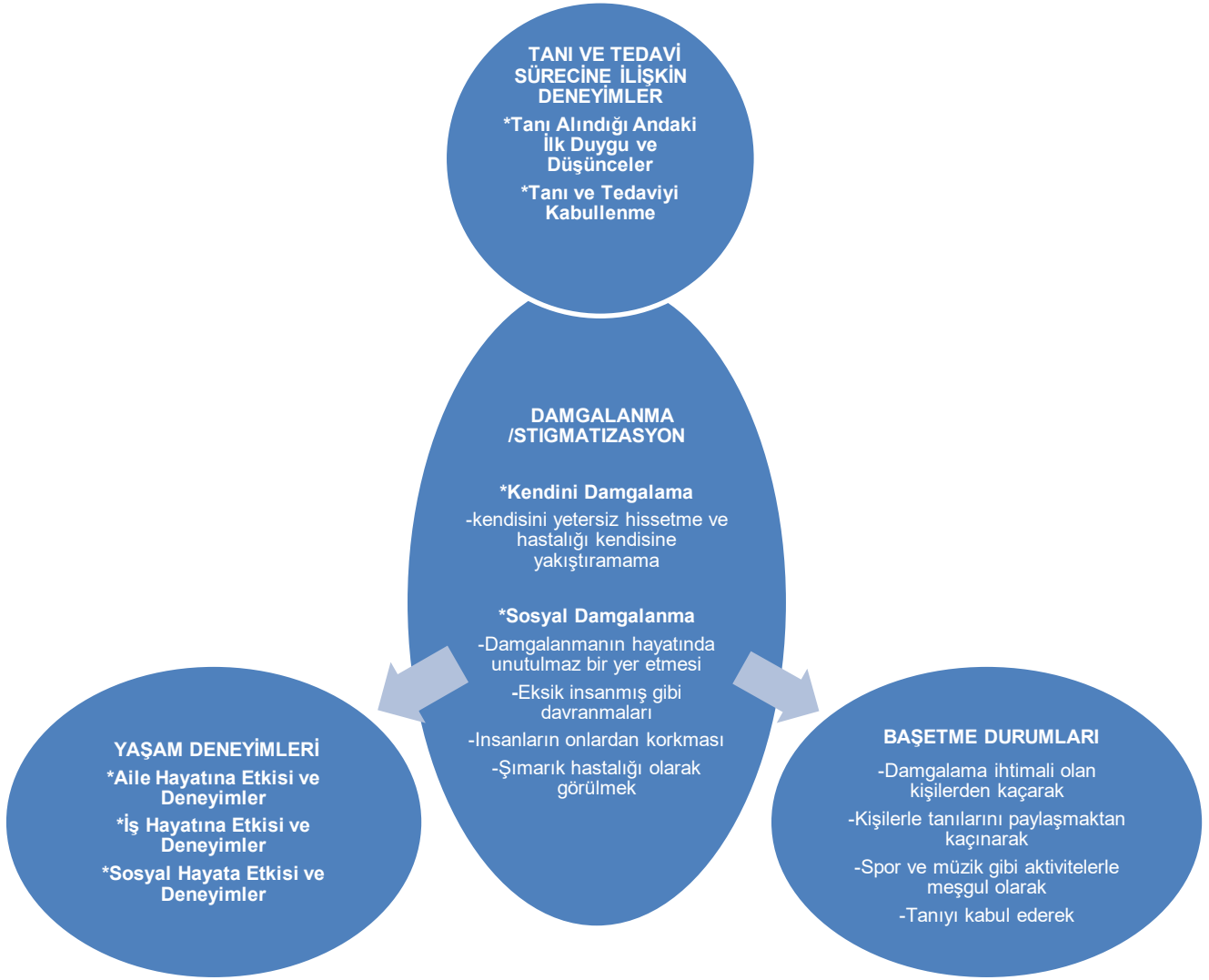
(“Bu hastalığı kendime yakıştıramıyorum, küçükken çok başarılı, çok tatlı bir kızdım ama tanıma aldığımndan beri daha çirkin daha yorgun ve özgüvensiz bir\*\*\*görüyorum aynaya baktığımda.”)

**4.b. Sosyal Damgalanma**

(“... nişanlandık biz onunla. Ona bu rahatsızlığımı pek söyleyemedim açıkçası hani aileler arasında oldu ya... Kabul etmiyoruz deyip sözü attılar. Beni en çok yıkanlar arasında damgalama bu oldu. Gençtim, genç kızdım küstüm hayata.”)

**4.c Damgalamayla Baş Etme Durumları**

(“Baş edemem, beni damgalama ihtimali olan kişilerden kaçırım. Eşimin ailesine söylemedim bu yüzden.”)



**Şekil 1: Bipolar Affektif Bozukluk (BAB) Tanılı Bireylerin Deneyimleri**

## TEMA 1. BİPOLAR BOZUKLUK ve TANI ALMA SÜRECİ

### 1.a. Tanı Alındığı Andaki İlk Duygu ve Düşünceler

Bazı katılımcılar bipolar bozukluk tanısı (BAB tanısı )aldığında aile bağları nedeniyle kendilerini sıkıntılı ve huzursuz hissederken, bazılarının ise başlangıçta medyadaki tasvirlerden etkilenen olumsuz algılara sahip olduğu söylenebilir. Ancak zamanla ve eğitimle birlikte bir çok kişinin, durumun farklı yönlerini anlama konusunda güvence bulduğu dikkat çekmektedir. Birkaç katılımcı duygularının ilahi ve normal olduğu görüşündedir. Genel olarak, teşhise verdikleri tepkiler endişe ve kafa karışıklığından nihai anlayış ve kabule kadar değişmiştir.

*“Kendimi çok kötü hissettim, artık dönülmez bir yoldayım gibi hissettim. Benim ablam ve annem de bipolar tanılı. Kız kardeşim “çok kötü şeyler yaşayacaksın, ben perişan oldum” diyerek beni korkuttu... En başlarda olumsuz düşünüyordum, kendi kendime sen zaten delisin her işi eline yüzüne bulaştırırsın diyordum.”* Katılımcı 1 (28 Yaş, kadın, evli, din görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 1)

*“...Televizyonda da bipolar bozukluğu olan birinin olduğu bir dizi vardı... O tabii öyle olunca insanın aklına onlar geliyor filan... Doktorla konuştukça bunun da türleri olduğunu, herkesteğinin farklı*

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save  
*olabildiğini öğrendim... Başlarda bilmediğimde gerilmiştim.*" Katılımcı 3 (59 Yaş, kadın, evli, marka  
danışmanı, tanılı olduğu yıl sayısı 6)

*"Hiçbir şey hissetmedim çünkü rahatsızlık yani bu, Allah'tan gelen bir şey. Normal karşıladım."*  
Katılımcı 9 (48 Yaş, erkek, evli, çalışmıyor, tanılı olduğu yıl sayısı 26)

### **1.b. Tanı ve Tedaviyi Kabullenme**

Katılımcılar çoğunlukla damgalanma ve yanlış anlamalardan kaynaklanan, tanı ve tedaviye karşı  
başlangıçtaki direncin ortak bir temasını ortaya koymaktadır. Bazı katılımcıların kendini ikna etme  
yolunu seçtiği, bazılarının ise kabullenme ve direnç arasında olduğu gözlemlenmiştir.

*"Evlendiğimde eşimden bu durumu ve kullandığım ilaçları gizledim. Zaten hasta olduğumu  
düşünmüyordum, hapımı o günkü keyfime göre yarım veya çeyrek alıyordum."* Katılımcı 1 (28 Yaş,  
kadın, evli, din görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 1)

*"...ama ben ilaçlarımı kullanmadım başta. Yastığımın altına falan saklıyordum hasta olduğumu  
düşünmüyordum. Yani ben hala bile kabullenmiş değilim aslında..."* Katılımcı 6 (32 Yaş, kadın,  
bekar, doktor, tanılı olduğu yıl sayısı 11)

*"Ben buyum. İyileşme yolunda devam ettim, ilaçlarımı da zaten güzel kullandım, hala daha düzenli  
kullanıyorum."* Katılımcı 8 (61 Yaş, kadın, bekar, santral görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 39)

*"...Kendini suçlamak da niye ben demek de bir işe yaramıyor... Doktorum da grip olduğunda kendini  
suçlamıyorsan bu hastalık olduğunda da kendini suçlamana gerek yok demişti çünkü benim elimde  
olan bir şey değil."* Katılımcı 7 (40 Yaş, kadın, evli, öğretmen, tanılı olduğu yıl sayısı 19)

## **TEMA 2. BİPOLAR BOZUKLUK SEBEBİYLE KARŞILAŞILAN SORUNLAR ve DENEYİMLER**

### **2.a. Aile Hayatına Etkisi ve Deneyimler**

Katılımcıların bir kısmı süreçte genel olarak ailelerinden destek ve anlayış gördüklerini ifade etmiştir,  
hatta ailelerinin tedavilerine devam etmelerinde önemli bir itici güç sağladığını eklemişlerdir. Bir  
katılımcı ise katılımcının tanısı nedeniyle çalışmamasından kaynaklı çekilen maddi sıkıntıların eşler  
arasında gerilim yarattığını söylese de durumu idare edebildiklerini aktarmıştır. Bir diğer katılımcı  
ailesinin kendisine iyi gelmediğini bu nedenle de kendini korumak maksadıyla ailesini kendisinden  
uzak tuttuğunu paylaşmıştır. İki katılımcı ise daha çok kendi durumlarının aileleri üzerinde bıraktığı  
tesir üzerinde durarak sürecin aileleri için de kolay olmadığını dile getirmiştir.

*"Anneler ve patronum biliyor tanımı. Eşime de söyledim, hepsi iyi karşıladılar. Hep yanımda oldular  
sağ olsunlar. Hatta keşke eşime daha önce söyleseydim dedim... Aileme daha çok sığındım, eşimle  
ve annemle daha yakın bir ilişkim oldu."* Katılımcı 1 (28 Yaş, kadın, evli, din görevlisi, tanılı olduğu  
yıl sayısı 1)

*"Babama saçma gelen bir şey yaptığımda bunu hastalığıma verebiliyor, çıkış noktası bipolar olmam  
oluyor... Servisteyken ailemin en kötü halime şahit olmaları, o kötü oluyor yani. Dayanılmayacak gibi  
oluyordur herhalde onlar için."* Katılımcı 6 (32 Yaş, kadın, bekar, doktor, tanılı olduğu yıl sayısı 11)

*"Evde biraz sorun yaşıyorum. Eşim sürekli 'çalış, çalış, çalış!' diyor... Ancak eşim bu durumu idare  
edebiliyor. Zaten idare edemese beraber yaşayamayız."* Katılımcı 9 (48 Yaş, erkek, evli, çalışmıyor,  
tanılı olduğu yıl sayısı 26)

*“Ailem üzüldü bana destek oldular ama iyi bir şey değil bu aslında yani hiç iyi hissedilecek bir şey değil.”* Katılımcı 11 (23 Yaş, kadın, bekar, çalışmıyor, tanılı olduğu yıl sayısı 5)

*“Aileme daha uzak kalıyorum çünkü bana zarar verdiklerini düşünüyorum. Kendimi koruma yöntemim uzak kalmak... Eşime çok zarar verdim ben bu süreçte. Eşimden başka da kimsem yok, onu kaybetmemek adına kendimi geliştirmek adına daha iyi hissetmek adına ilaçlarımı kullanıyorum şu an.”* Katılımcı 1 (28 Yaş, kadın, evli, din görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 1)

## **2.b. İş Hayatına Etkisi ve Deneyimler**

Bazı katılımcılar iş bulma sürecinde herhangi bir sıkıntı yaşamadıklarını ve işe başladıktan sonra da devam etmelerine engel olacak bir problemle karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. İki katılımcı ise iş bulmakta çok zorlandıklarını, iş başvurularının çoğunlukla tanıları nedeniyle incelemeye dahi alınmadan reddedildiklerini aktarmıştır. Üstelik bu hastalardan biri yurtdışı tecrübelerine ve özgeçmişine epey güvendiği halde iş bulamadığını eklemiştir. Diğer iki katılımcı ise iş başvurularında tanılarını gizlediklerini, bu sayede şimdiye kadar önemli bir problem yaşamadıklarını bahsetmiştir. Katılımcıların çoğu bir şekilde tanılarıyla ilişkili olarak kendilerine tanınan imtiyazlardan bahsetmiştir. Bu imtiyazlar çalışma koşulları, işe alınma, ilişkilerinde gördükleri destek gibi başlıkları içermiştir. Bir katılımcı ise sorumuzu diğer katılımcılardan çok farklı şekilde yanıtlayarak tanısının kendisini nasıl dönüştürdüğünden ve kendisine kazandırdıklarından bahsetmiştir.

*“... iş yerinde patronum ilk öğrendiğinde şaşırılmıştı, onun da kardeşi bipolarmış. İş yerinde bir sorun yaşarsam yardımcı olacağını söyledi.”* Katılımcı 1 (28 Yaş, kadın, evli, din görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 1)

*“Pek çok yerden olumlu cevap almayı beklerken, CV'm yaşıtlarıma göre daha iyi durumda ve yurtdışı tecrübem olduğu halde pek geri dönüş olmuyor.”* Katılımcı 10 (46 Yaş, erkek, bekar, mühendis, tanılı olduğu yıl sayısı 13)

*“... Şöyle ki marka danışmanısınız ve gittiğiniz şirkete ben bipolarım diyecek haliniz yok. Sürekli aynı yerde çalışıyor olsanız olabilir ama...”* Katılımcı 3 (59 Yaş, kadın, evli, marka danışmanı, tanılı olduğu yıl sayısı 6)

*“... tanım olduğu için nöbet tutamıyorum mesela. Sağlık kurulu raporum var...Nöbet tutmamak bence bir avantaj. Pozitif ayrımcılık yani... Babamın bazı durumlarımı tanıma yorması da pozitif ayrımcılık olarak görülebilir belki.”* Katılımcı 6 (32 Yaş, kadın, bekar, doktor, tanılı olduğu yıl sayısı 11)

## **2.c. Sosyal Hayata Etkisi ve Deneyimler**

Katılımcılar arasında arkadaşlık ilişkilerinin durumlarından pek etkilenmediğini ifade edenler bulunmakla birlikte bazıları bunu tanılarını gizleyerek ve atak dönemlerinde sosyal çevreleriyle iletişimden uzak durarak başardığını belirtmiştir. Bazı katılımcılarsa böyle bir çaba içine girmeye gerek görmeden sosyal ilişkilerini doyum içerisinde sürdürebildiklerini söylemişlerdir. Katılımcıların bir kısmı ise rahatsızlıklarının özellikle arkadaşlık ilişkilerini oldukça çok etkilediğinden bahsetmişlerdir.

*“Arkadaşlar geç saatte dışarı çıkıp dolaşmak istiyorlardı. Ben katılmıyordum. Korkuyordum hani herhangi bir şey gelirse diye... Herkes çıkıyor üniversitede dersine falan gidiyordu yalnız kalıyordum*

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save ben. *Herkes kendi işini hallediyordu ben kantinde yurt odasında tek kalıyordum.*” Katılımcı 5 (43 Yaş, kadın, evli, hemşire, tanılı olduğu yıl sayısı 24)

*“Hastalığımı nasıl bu kadar rahat söyleyebiliyorsun’ diyorlar. ‘Acaba bende mi sorun var, niye rahat söylüyorum’ diyorum kendi kendime... Arkadaşlarıma daha az tutundum. Arkadaşlık yürütmek zaten zordu şimdi daha zor.”* Katılımcı 10 (46 Yaş, erkek, bekar, mühendis, tanılı olduğu yıl sayısı 13)

*“Arkadaşlık ilişkilerim de olumsuz yönde etkilenmedi, yani herkes beni dışarıdan böyle çok tatlı görüyor, yüzüm güleçtir. Çok rahat kaynaşabiliyoruz. ”* Katılımcı 6 (32 Yaş, kadın, bekar, doktor, tanılı olduğu yıl sayısı 11)

*“Tanıdan önce sosyal yeteneklerim sanki zincir altındaydı, kendi içime odaklanmak istiyordum. Kendi içimde fırtınalar vardı, bu fırtınalar durulunca -manik ataktan sonra duruldular işte- rahatladım, başka yerlere odaklanmaya fırsatım oldu... Sosyal yeteneklerimin farkına vardım, istersem kullanabileceğimi biliyorum artık... Bipolar bir arkadaşım ‘Tanrı’nın insana bir lütfudur bipolarlık.’ demişti. Olumlu katkıları olumsuzlardan fazla bence... Arkadaşlık becerilerim arttı. Tanı koyulma süreci ve yaşadığım tüm bu süreç benim mazimde negatif bir etki bıraktı aslında, ama faydaları da oldu. İnsanlara karşı daha açık birisi oldum, rahatlattı beni. Sivilcenin patlaması gibi. Artık insanları yadırgamıyorum mesela...Diğer insanlara karşı daha toleranslıyım artık”* Katılımcı 4 (27 Yaş, erkek, bekar, hemşire, tanılı olduğu yıl sayısı 2)

### **TEMA 3. ATAK DÖNEMİNDEKİ DENEYİMLER**

Katılımcılar atak dönemlerinden söz ederken depresif dönemlerinden ziyade manik atak geçirdikleri zamanlardan bahsetmişlerdir. Bunda depresifliğin kendilerini görece daha eylemsiz kılması, maninin ise bir takım aşırı aktiviteleri beraberinde getirmesiyle yaşananların hafızada yer etmesi ve bahsedilmeye değer bulunmuş olması rol oynamış olabilir.

*“Az uyuyordum ama çok enerjiktim. O dönem annem benim sinirli ve fazla kaygılı olduğumu görüp beni bir hocaya (imam) götürdü, iyi de geldi aslında. Birkaç hafta sonra beni hastaneye yatırmışlar, çok hatırlamıyorum... Sonrasında bana bir haller olmaya başladı, alakasız şeylerle ilinti kurmaya başladım. Mesela minibüste iki kişi kendi arasında konuşurken birisi ‘A\*\* kaza yapmış’ dedi benim de kayınvalidemin adı A\*\*. Kendisini çok severim oturdum ağlamaya başladım. Veya Kur’an okurken peygamberler ve firavunların ismini duyunca kendimi haşa! onlardan biri zannediyordum. O dönem sokağa çıktığımda herkes benim hakkımda konuşuyor, benim geçmişte yaptığım günahlardan bahsediyor zannediyordum. Sokağa çıkamaz olmuştum. Bir keresinde eşim rahatlayayım diye beni sahile götürdü; Hz. \*\*\* gibi kuyuya düşürecekler beni diye arabadan çıkmamışım, eşim anlatıyor.”* Katılımcı 1 (28 Yaş, kadın, evli, din görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 1)

*“O dönem kafanız karışabiliyor ben mesela Tanrı’yım sanıyordum. Tanrı değilsem meleğimdir, melek değilsem de peygamberimdir diyordum (gülüyor).”* Katılımcı 4 (27 Yaş, erkek, bekar, hemşire, tanılı olduğu yıl sayısı 2)

*“Uzakta kalmak aileden ayrı kalmak bana çok korkunç geliyordu. Param vardı ama kantinden gidip bir şeyler almaya çekinmeye başladım. Ağlıyordum sürekli, yatağımda ağlıyordum. Kimseyle çıkmıyordum. Bir yere çıktığım zaman sanki birileri beni tutup götürcek tecavüz edecek, başıma*

*kötü şeyler gelecek diye korkmaya başladım.” Katılımcı 5 (43 Yaş, kadın, evli, hemşire, tanılı olduğu yıl sayısı 24)*

*“Kötü bir atak geçirdim. Ben kötü olunca odamdan çıkmadılar hiçbir şekilde. Yanlış bir şey yapmayayım diye. Biri gidiyor, öteki geliyor, nöbetleşe yanımdaydılar. Ben bir şeyler olduğunu fark ediyordum ama ne olduğunu da anlamadım. Mani anındaymışım... Allah'tan olumsuz bir şey yapmadım çalıştığım ASM'de, kendi çalıştığım ortamda, çok kötü olurdu...Onların sayesinde bir olumsuzluk yaşanmadan atlattım durumu... Çok yükseldiğimde, çok yüksek sesle müzik dinlediğimde, bağıra çağıra şarkı söylediğimde falan 'Mani döneminde herhalde' diyorlar, diyebiliyorlar.” Katılımcı 6 (32 Yaş, kadın, bekar, doktor, tanılı olduğu yıl sayısı 11)*

#### **TEMA 4.DAMGALANMA HİSSİ VE DAMGALAYICI DURUMLARLA BAŞ ETME DURUMLARI**

##### **4.a. Kendini Damgalama**

Katılımcılardan bazıları BAB tanısı sebebiyle kendilerini yetersiz ve kendi potansiyellerini gerçekleştiremediklerini düşündüklerini paylaşmışlardır. Bazı katılımcılar BAB tanısı nedeniyle kendi içlerinde kendilerine karşı düşüncelerinin ara ara değiştiğini ve bazı katılımcılar da bu konu hakkında kendilerini damgalamadıklarını belirtmiştir.

*“Bu hastalığı kendime yakıştıramıyorum, küçükken çok başarılı, çok tatlı bir kızdım ama tanımı aldığımdan beri daha çirkin daha yorgun ve özgüvensiz bir \*\*\* görüyorum aynaya baktığımda.”*

Katılımcı 1 (28 Yaş, kadın, evli, din görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 1)

*“Aynıydım yani. Hastalığı çok umursamadım sanırım. Hayatım düzenli olması gerekiyor gibi dışında hayatımın merkezine almadım hastalığımı.” Katılımcı 7 (40 Yaş, kadın, evli, öğretmen, tanılı olduğu yıl sayısı 19)*

*“Kendimi yetersiz hissettiğimi düşündüğüm zamanlar oldu. Normal olmadığımı düşündüm. Zaman zaman da aklıma geliyor yani... Potansiyelimi etkilediğini düşündüğüm oluyor. Normalde böyle düşünmüyorum ama bazı dönemlerde farklı hissediyorum.” Katılımcı 10 (46 Yaş, erkek, bekar, mühendis, tanılı olduğu yıl sayısı 13)*

##### **4.b. Sosyal Damgalanma**

Katılımcıların çoğu bipolar tanılarının olduğunu yakın çevresi dışında kimseyle paylaşmadığını ve böylece damgalanmadıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında yine katılımcıların çoğu diğer insanlar tarafından damgalansalar bile bunu umursamayacaklarından bahsetmişlerdir. Bir katılımcı pozitif ayrımcılık gördüğünü ve bundan hoşlanmadığını çünkü yine kendine karşı farklı davranıldığını belirtmiştir. Bir katılımcı ise gençken damgalandığını ve bunun onun hayatında unutulmaz bir yer ettiğini söylemiştir. Bazı katılımcılar insanların mental hastalıkların (bipolar bozukluk) toplumdaki insanlar tarafından tam olarak ne olduğu bilinmediğini ve bu yüzden insanların mental hastalığa sahip kişilere karşı olumsuz düşüncelere sahip olmasının normal olduğunu söylerken bazıları toplumun bu hastalıkları anlayamamasından dolayı hastalıklarını hafife aldıklarından rahatsızlıklarını dile getirmiştir.

*“Bipolar olduğumu söylemiyorum ki. Yakın çevrem bile bir rahatsızlık geçirdim diye biliyor.” Katılımcı 2 (39 Yaş, kadın, bekar, fizyoterapist, tanılı olduğu yıl sayısı 5)*

*“Hayır, damgalanma yaşamadım. Yakın çevrem biliyor zaten ve çok destekleyici oldular bu konuda... Sadece bir kişi değişik bir tepki vermişti. İşte “Benden uzaklaşmak mı istiyorsun? Niye böyle bir şey söyledin?” gibi bir şey söylemişti. Ama kötü hissettirmede bu durum beni, gelen olur giden olur canım... Ama tanımadığım insanların beni damgalaması etkilemez yani.”* Katılımcı 4 (27 Yaş, erkek, bekar, hemşire, tanılı olduğu yıl sayısı 2)

*“Önceden bir söz süreci oldu... Ona bu rahatsızlığımı pek söyleyemedim açıkçası hani aileler arasında oldu ya... Sonradan işte bunlar farklı bir şekilde öğrenmişler. Birileri demiş ki o rahatsız falan. Bunlar da şey lanse ettiler bize niye söylenmedi rahatsızlık olduğu, belki biz söylenseydi bu rahatsızlığı kabul ederdik ama söylenmediği için kabul etmiyoruz deyip sözü attılar. Beni en çok yıkanlar arasında damgalama bu oldu. Gençtim, genç kızdım küstüm hayata.”* Katılımcı 5 (43 Yaş, kadın, evli, hemşire, tanılı olduğu yıl sayısı 24)

*“Mesela bir arkadaşım vardı üniversiteden onun bipolar olduğunu herkes biliyordu kendisini mahcup hissedip derse girmiyordu. Halbuki çok zekiydi. O çok yaşıyordu bu sorunları. Çok sık atak geçiriyordu.”* Katılımcı 7 (40 Yaş, kadın, evli, öğretmen, tanılı olduğu yıl sayısı 19)

*“Şu an yüksek lisans yapıyorum orada bile hocam farklı davranıyor. Onlara söylemek zorunda kalmıştım... Farklı davranılmak hoşuma gitmiyor. Eksikmişim gibi davranıyorlar... Arkadaş ortamına girsem bile farklıyım, ben öyle hissetmesem bile hissettiriyorlar. Pozitif ayrımcılık görüyorum. Kendi çevrelerinde olup da alışmış olan insanlar biraz daha samimi ve iyi niyetli davranmaya çalışıyorlar. Sonuçta yine farklı davranıyorlar.”* Katılımcı 10 (46 Yaş, erkek, bekar, mühendis, tanılı olduğu yıl sayısı 13)

*“Kayınvalidem dokunduruyor bazen hani benim şikayetlerimi söylüyor. Diyor ki falancada da şu varmış vs. ben de evet deyip geçiyorum ama fark ediyorum damgalandığımı.”* Katılımcı 12 (28 yaş, kadın, evli, çalışmıyor, tanılı olduğu yıl sayısı 6)

*“Psikozdan sonra, yani realitem kırıldıktan sonra birisi karşıma gelip “Ben peygamberim, ben tanrıyım” dese mesela hiç dalga geçmem. Mesela yatışım sırasında olmuştu bu, birisi aynı böyle “Ben peygamberim” diye dolanıyordu. Adı da H\*\*, ben de “Hz. H\*\*\*” diyordum elemana. Ama aşağılamak amaçlı demiyordum yani. Daha düne kadar ben de ben meleğim diyordum zaten, sen de peygamber ol ne olur ki yani.”* Katılımcı 4 (27 Yaş, erkek, bekar, hemşire, tanılı olduğu yıl sayısı 2)

*“İnsanlar bilmediği için hastalığı onların da suçu yok. E korkuyor. Psikiyatriden hastalar deyince insanlar her türlü böyle kafasında farklı düşünceler üretebiliyor. 30 Mart Bipolar Günü’nde izlemiştim bir video çekilmişti. O tepkileri verebilir yani insanlar. Asansörde yalnız kalınca korktuğunu biraz geri çekildiğini. Bilmediği için öyle tepkiler verebilir.”* Katılımcı 7 (40 Yaş, kadın, evli, öğretmen, tanılı olduğu yıl sayısı 19)

*“Hastalığımı paylaştığım insanlar oluyor ama hiç anlamıyorlar, şımarık hastalığı olarak görüyorlar. Yani hani bu ne... Bak duygu değişimlerim oluyor diyorum anlatıyorum onlar bizde de oluyor diyorlar, küçümsüyorlar. Beni çok rahatsız ediyor anlaşılmamak. Basite indiriyorlar oysa ki psikiyatrik bir rahatsızlık da kolay bir rahatsızlık değil yani. Hele ki benim hastalığım, duygularım bir anda*

*değişebiliyor bu benim hayatımı çok olumsuz yönde etkiliyor.” Katılımcı 12 (28 yaş, kadın, evli, çalışmıyor, tanılı olduğu yıl sayısı 6)*

#### **4.c. Damgalamayla Baş Etme Durumları**

Katılımcıların çoğu bipolar bozukluk tanısı nedeniyle damgalamaya uğrayabilecekleri ortamlarda bulunmaktan ve kişilerle bu tanılarını paylaşmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar kendilerini spor ve müzik gibi çeşitli aktivitelerle sürekli meşgul ettiklerini söylemişlerdir. Katılımcılardan biri bipolar bozukluk tanısını kabul ettiği için damgalanmaktan sıkıntı yaşamadığını dile getirmiştir.

*“Baş edemem, beni damgalama ihtimali olan kişilerden kaçırım. Eşimin ailesine söylemedim bu yüzden.” Katılımcı 1 (28 Yaş, kadın, evli, din görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 1)*

*“Ama bundan etkilenmemek de biraz kişinin kendi elinde. Bir kişi kendiyle barışırsa, kendi üzerine gitmezse ve kimseyi yargılamazsa zaten self-stigmaya uğramaz. Sen kendini damgalarsan başkaları hayli hayli damgalar zaten. Kimseyi de damgalamıyorum, eğer damgalanıyorsam da inanın farkında olmadım hiç... Onun dışında stresle baş etmek için spora gidiyorum, vücut çalışıyorum. İyi geliyor bana.” Katılımcı 4 (27 Yaş, erkek, bekar, hemşire, tanılı olduğu yıl sayısı 2)*

*“Arkadaşlarımın ve komşularımın bilmesinde bir mahzur görmüyorum, çünkü bir samimiyetimiz var. Ama başka kimselere söylemiyorum, neden söyleyeyim ki! Herkese her şey söylenmez. Yakınlarım haricinde bir tek insan kaynakları biliyor çalıştığım yerdeki... İş başvurularında da söylemiyorum ki tanımı, nerden bilebilirler... Ben kimseye kulak vermiyorum.” Katılımcı 8 (61 Yaş, kadın, bekar, santral görevlisi, tanılı olduğu yıl sayısı 39)*

#### **TARTIŞMA**

Bu araştırmada , bipolar affektif bozukluk (BAB) tanılı bireylerin tanı alma sürecindeki deneyimleri; aile, iş ve sosyal hayattaki deneyimleri; atak sırasındaki deneyimleri; kendini damgalama ve sosyal damgalanma deneyimleri; damgalanma korkusu ile başa çıkma deneyimleri niteliksel olarak değerlendirilmiştir. Bazı katılımcılar ilk tanı aldıklarında medyadaki tasvirlerden etkilenen olumsuz algılara sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Medya halkın ruhsal hastalıklara dair algısını önemli ölçüde etkileyebilir (Stuart, 2006, Bekiroğlu 2021,Asan, 2019, Robinson, 2019). Psikiyatrik hastalıklar ile daha önceden doğrudan karşılaşmamış kişiler için medyanın ruhsal hastalık kavramları ve imgeleri için temel kaynak olabileceği ifade edilmektedir (Asan, 2019 ; Robinson, 2019). Medyadaki çoğunlukla ruhsal hastalığa sahip kişiler için tehlikeli, sevimsiz, yetersiz gibi yaratılan algılar hem hastaların hem yakınlarının yükünü artırabilmektedir (Bekiroğlu,2021, Asan, 2019). Bu olumsuz tutum ‘hastalık’ ve ‘kişilik’ arasındaki ayrımı ortadan kaldırarak toplumdaki ruhsal hastaya yönelik olumsuz tutumu beslemektedir (Asan, 2019). Bu nedenle medyanın ruhsal hastalıklar hakkındaki yanlış bilgilendirmesi toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumunu olumsuz yönde etkilemekte, ruhsal hastalıkların damgalanmasını artırmaktadır. Medyada yer alan olumsuz ve çarpıtılmış imajlar, bireylerin tedaviye başvurmasını engelleyebilir ve stigmaya yol açabilir (Bekiroğlu,2021, Stuart, 2006, Asan, 2019, Robinson, 2019,Gray 2002). Robinson bir çalışmasında

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save medyanın bazen de ciddi hastalıkları önemsizleştirebileceğini ve bu yüzden hekime başvuruyu geciktirebileceğini belirtmiştir (Robinson, 2019).

Katılımcıların literatürdeki çalışmalara benzer şekilde tanıyı kabullenmekte zorluk çektikleri görülmüştür (Stuart, 2006, Asan, 2019, Robinson, 2019, Seal 2008, Jönsson, 2008, Tostes, 2024). Tostes, BAB 'un en zor dönemini ilk tanıyı aldıkları dönem olarak tanımlamıştır (Tostes ve ark., 2024). Katılımcılar genellikle tanı aldıkları ilk 6 ayda ilaçlarını aksattıklarını veya hiç kullanmadıklarını beyan etmiştir. Bu katılımcıların deneyimlerine bakıldığında hastane yatışlarının birden fazla kez yapıldığı görülmüştür. BAB tanılı kişilerin tanıları kabul etmekte zorluk yaşamaları hastalığın seyrini de olumsuz etkiler. Bu durumun sonuçları olarak "tedaviyi yarıda bırakma, ilaçları almama, defalarca hastane yatışı yapılması" sayılabilir (Seal ve ark., 2008). BAB tanısı alan bireylerin tanıyı kabullenmekte zorlandıkları niteliksel çalışmada gösterilmiştir (Jönsson ve ark., 2008). İlk tanı aldıkları dönemde duygularını ve deneyimlerini yakın çevreleriyle paylaşmanın ve kendini kontrol etmeyi öğrenebilmesi için destek almanın önemine değinmiştir Tostes ve ark., 2024). Bir katılımcının birinci ve ikinci derece akrabalarında bipolar tanılı birden fazla birey olmasına rağmen ve hastalık konusunda bilgisi olmasına rağmen, tanıyı reddettiği ve semptomlarını ilahi sebeplere bağladığı görülmüştür. Literatürde ruhsal hastalıklar ve spiritüallik sıklıkla birlikte incelenmiştir. Manik episod sırasında BAB tanılı bir bireyin spiritual delüzyonlar yaşayabileceği bildirilmiştir (Ouweland ve ark., 2019); bazen de spiritual yaklaşımların BAB tanılı bir bireyin kendini olumlu yönde değerlendirmesini sağlayabileceği ve toplumun bakış açısını daha tarafsız değerlendirip BAB tanısı ile yaşamasını kolaylaştıracağı da öne sürülmüştür (Ouweland ve ark., 2019). Spiritual inanışların bireylerin iyileşme sürecine dahil ettikleri kutsal sembollerin, ilahi güce inanmanın, ritüelleri kullanma ve koruma mücadelesinin ruhsal hastalıkların iyileşme sürecinde önemli olduğu bildirilmiştir (Çam, 2011). Spiritual yaklaşım, özellikle intihar girişimini engelleyebilir. Ancak tanıyı tamamen spiritual nedenlere bağlayıp tanıyı tümünden red etmek tıbbi yardım almayı geciktirebilir ve hastalığın istenmeyen sonuçlar doğurmasına yol açabilir. Spiritual, sosyal ve tıbbi desteğin birlikte alınmasının daha olumlu olabileceğini düşünebiliriz.

Bir katılımcı tanı alma sürecini "sivilcenin patlaması" olarak tanımlamış ve tanı almanın kendisini rahatlattığından bahsetmiş, tanıyı aldıktan sonra insanlara karşı daha açık birisi olduğunu söylemiştir. Literatürdeki bir çalışmada ruhsal bir tanı aldıktan sonra katılımcıların bazılarının tanı sonrasında rahatlama hissettiği belirtilmiştir (Yassıbaş, 2015). Pallesen'in 2020 yılında yaptığı bir çalışmada "tanı alma sürecinin kişinin terapi alması için kapı aralaması, anlaşılması ve değerli hissetme, hayatında yaşadığı zorlukları dile getirme ve yardım isteme konusunda cesaretlendirilme"nin katılımcıların en çok dile getirdiği pozitif deneyimler arasında olduğu rapor edilmiştir (Pallesen ve ark., 2020). Thornicroft ve ark.(2009) yaptığı araştırmada, ruhsal hastalığa sahip katılımcıların hastalık sebebiyle karşılaştıkları damgalama deneyimlerinin hastalığın kendisinden daha zorlayıcı olduğunu belirtmiştir (Thornicroft ve ark., 2009).

Çalışmamızda BAB tanısının aile hayatına etkisi ve deneyimler incelendiğinde, katılımcılardan sadece birisi ailesinden damgalama gördüğünü ve bu sebeple ailesiyle iletişimini sınırlandırdığından bahsetmiştir. Katılımcılar genellikle tanıdan sonra ailesinden destek gördüğünü ve bu desteğin gerek tedavilerine devam etmelerine, gerekse damgalamayla mücadele etmelerine yardımcı olduğunu belirtmiştir. Birkaç katılımcı aileleri için endişelendiklerini ve onları kaybetmemek adına ilaçlarını düzenli kullandıklarını dile getirmişlerdir. Mak araştırmasında ise BAB tanılı kişinin ailesinden gördüğü damgalamanın self-stigma/kendi kendine damgalama oluşumunda önemli rol oynadığı gösterilmiştir (Mak ve Cheung, 2008). Aile desteğinin ve sağlıklı bir aile ilişkisinin damgalamayla mücadelede yararlı olduğu ise literatürde gösterilmiş olup çalışmamızla uyumlu bir çıktıdır (Mak ve Cheung, 2008). Katılımcılardan bazıları manik dönemde yaşadıkları deneyimler sebebiyle aileleriyle ilişkilerinin etkilendiğini belirtirken bir katılımcı ise manik dönemdeki harcamalarının maddi sıkıntılara sebebiyet vererek ailevi ilişkilerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Literatürde de çalışmamızla paralel olarak BAB tanısı olan kişilerin mani ve hipomani dönemlerinin, depresif dönemlerine kıyasla aile ilişkilerini daha çok etkilediği rapor edilmiştir (Gutiérrez-Rojas, 2011). Bazı aileler, BAB tanılı bireyin sorumsuzluk hissedeceğini düşünerek onun adına karar verebilir, bazen de bakım veren yükü altında o kadar ezilir ki aileye gelir getiren işini bırakmak zorunda kalır; bu da ekonomik sıkıntıları getirir, ekonomik sıkıntılar tedavi almayı zorlaştırabilir. Aileler de BAB tanılı aile bireyine sahip oldukları için toplum tarafından damgalanabilirler (Demir, 2023; Bekiroğlu, 2021). Örneğin, Çin kültüründe ruhsal hastalık sadece bireyi değil, aynı zamanda aileyi de kirleten bir şey gibi değerlendirilmektedir (Bekiroğlu 2021). Bu durumda bazı aileler de tanıyı toplumdan gizlerler, böylece BAB tanılı bireyi koruduklarını düşünürler. Amerika'da aileler ruhsal hastalığa sahip bireyleri kurum bakımına terkederken, Hindistan'da aile onuru, utanç ve ahlaki sorumluluk algısıyla aileler ruhsal hastalığa sahip bireyin bakım rolünü üstlenerek onları evlerinde saklamaktadır (Bekiroğlu 2021). Türkiye'de ruhsal hastalığa sahip bireylerin ailelerinin güçlü bir utanç duygusu yaşadığı bilinmektedir ve bazı toplumlarında ruhsal hastalığa sahip bir birey dünyaya getirdiği için anneler suçlanabilmektedir (Bekiroğlu 2021). Böyle durumlarda hizmet sunanların, sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların, politika yapıcıların ve eğitimcilerin aileye danışmanlık, yönlendirme ve destek vermeleri gerekebilir. Aileler, gerek damgalamayı azaltmak, BAB tanılı bireylerin gerek özgüvenlerini ve gerekse yaşam değerlerini arttırmak, BAB tanılı bireylerin tedaviye devamlarını sağlamak konusunda belki de en önemli yere sahiptirler. BAB tanılı bireyleri yeniden sosyal hayata kazandırmak için yapılabilecek müdahalelere başlama noktası bireyin en az kendisi kadar ailesi de olmalıdır.

Katılımcılara iş hayatında yaşadığı deneyimleri sorduğumuzda katılımcıların bir kısmı tanılarını sebebiyle iş bulmakta veya halihazırda çalıştıkları işlerini sürdürmekte sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Damgalamanın, ruhsal hastalığa sahip bireylerin iş hayatına atılmasını geciktirdiği veya

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save işiyle ilgili nispeten yüksek pozisyonlara gelmesini zorlaştırdığı daha önce Bassett tarafından gösterilmiştir (Gray, 2002; Bassett ve ark., 2001). Bazen ruhsal hastalığa sahip bir birey damgalanma korkusu ile iş başvurunda bile bulunmayabilir (Gray, 2002). Özellikle, kıdemli bir pozisyonda çalıştığını belirten bir katılımcı atak geçirmekten korktuğunu, atak geçirdiği zamanlarda çalışamayacağı için bulunduğu kurumu zarara uğratma korkusu yaşadığını belirtmiştir. Katılımcının bu çekincesi literatürdeki iş arayan ve aktif çalışanların sık belirttiği bir problem değildir. Daha ziyade bu kaygının iş verenlerde olduğu, bu sebeple ruhsal hastalığa sahip kişileri kıdemli pozisyonlarda çalıştırmayı tercih etmedikleri 2001 yılında yapılan bir çalışmada görülmektedir (Bassett ve ark., 2001). Katılımcıların bazıları iş yerlerinde BAB tanılarını beyan etmedikleri için iş hayatlarında sorun yaşamadıklarını düşünmektedirler. Pallesen, BAB tanılı bireylerin iş yerlerinde tanılarını gizleyerek, iş arkadaşlarına tanının adını kullanmadan 'yoruldum', 'tükendim' şeklinde bahsettiklerini bildirmiştir (Pallesen ve ark., 2020) ya da iş arkadaşları BAB tanısını fark etmeyip onu 'tembel' şeklinde nitelendirdiklerinde mutlu olduklarını belirtmişlerdir (Corrigan ve ark., 2010). Sahip olunan tanıyı gizlemenin kişide sosyal ve psikolojik birçok sorun doğurabileceği Naccarella araştırmasında ortaya konmuştur (Naccarella ve Graffam, 1997). Bir örnek olarak kişide bu gizlenme çabasının yarattığı stresin manik veya depresif ataklarla sonuçlanma riski rapor edilmiştir (Bassett ve ark., 2001).

Katılımcılara tanılarının sosyal hayatlarına etkisini sorduğumuzda bu konuda sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sorun yaşadığını belirten katılımcı grubundaki en sık dile getirilen sorun ise atak geçirme korkusu olmuştur. Bu korku sebebiyle bazı sosyal aktivitelere artık katılmadıklarını belirtmişlerdir. Thomé araştırmasında da çalışmamızla uyumlu olarak BAB'a sahip bireyler sosyal hayata karışmakta ve tanıdan sonra mevcut sosyal ortamlarını devam ettirmekte zorluklarla karşılaşabildikleri görülmektedir (Thomé ve ark., 2012). Damgalanma sonucu kişilerin kendilerini toplumdan farklı gördükleri, bu sebeple sosyal etkinliklere girmekte zorlandıkları rapor edilmiştir (Thomé ve ark., 2012).

Çalışmamızda katılımcılardan bazıları atak dönemleri sorulduğunda manik ataklarını tariflemektedir. Bu ataklar sırasında literatürle uyumlu olarak grandiyöz delüzyonlar yaşadıklarını, az uyuyup fazla enerjik olduklarını aktarmışlardır. Öte yandan birkaç katılımcı depresif atakları esnasında odalarından çıkmadıklarını, bir şey yapmak istemedikleri ve yorgun hissettiklerini belirtmiştir. Yapılan çalışmalara göre bipolar bozukluk sahibi hastalar; heyecan, aşırı aktiflik, deliryum, öforiyle giden manik atak dönemlerini ve üzüntü, çaresizlikle geçen depresif ataklarını deneyimlemektedir (Kaltenboeck ve ark., 2016; Khaleghi ve ark., 2018).

Katılımcıların bazılarının zaman zaman kendi kendilerini bile damgaladıkları ortaya çıkmıştır. Bu durum bazı katılımcılarımızın benlik saygılarında azalma olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bir diğer katılımcı ise BAB tanısına sahip olmayı kendine yakıştıramadığını vurgularken diğer katılımcılar, çoğu zaman normal olmadıklarını düşündüklerini dile getirmişler ve bazen yetersiz

hissettiklerini belirtmişlerdir. Damgalamayı içselleştiren ruhsal hastalığı olan bireyler, daha fazla izole, yabancılaşmış ve sosyal olarak geri çekilmiş hissederler (Çam,2011). Bazı kültürlerde insanlar 'bana deli derler' vb. korkular ile bir psikolog ya da psikiyatriste bile başvurmaktan çekinebilirler. İçselleştirilmiş damgalama hastalık semptomlarını kötüleştirmekte ve iyileşmeyi engellemektedir (Çam,2011). "Kendi kendini damgalama" , "içselleştirilmiş damgalama" , "self stigma" ya da "öz damgalama" , stigmatizasyonun yapısal (structural stigma), kamusal (public stigma), algılanan (perceived stigma;felt stigma), dışsal damgalama (enacted stigma) ve yakınları tarafından (associative stigma, courtesy stigma) ile yakından ilgili olabilir (Çam, 2011, Sibitz ve ark., 2011; Wong ve ark., 2009; Avcil ve ark., 2016). İçselleştirilmiş damgalama diğer damgalamaların bir sonucudur ve sağlık profesyonellerinin değerlendirmesi ve önlemeye yönelik girişimleri planlaması gereken bir durumdur (Çam, 2011). Dışsal damgalanma (enacted stigma, discrimination, ayırım), başkaları tarafından haksız muamele görme deneyimini ifade eder (Gray, 2002). Hissedilen/algılanan damgalanma (felt/perceived stigma) sosyal desteğin kısıtlanmasına ve geri çekilmeye yol açtığı için dışsal damgalanma kadar zarar verici olabilir (Gray, 2002). Bazen birey Dışsal damgalanmaya (enacted stigma, discrimination, ayırım) uğramasa bile bu tür bir damgalamaya uğrayabileceği endişesiyle de kendi kendini damgalayabilir. Bazen de 'neden ben?' şeklinde kendini suçladığı için, bunu daha önce çevresine verdiği bir zarar karşılığında kendisine bir ceza olarak verildiğini düşünerek dışarıdan hiçbir damgalama (enacted stigma) hissetmese bile kendi kendini damgalayabilir. Hatta bazen çevresindeki insanların bakışları (staring stigma) ile bile kendisini damgaladıklarını düşünebilirler.

Daha yüksek düzeyde kendini damgalama, sürekli olarak utanç, daha düşük öz saygı, daha düşük öz yeterlilik ve umut, genel yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerle ilişkilendirilmiştir (Favre ve Richard-Lepouriel, 2023;Tostes ve ark., 2024). Katılımcılardan biri başarılı olamadığı her durumunda BAB tanısına sahip olmanın buna neden olduğunu düşündüğünü, kendi içinde bu konu hakkında gelgitler yaşadığını söylemiştir. Başka bir çalışmada başarı alanındaki pozitif ve negatif çıktıların çokça yorumlanması, benlik saygısında stabil olmayan paternine katkıda bulunabileceğinden bahsedilmiştir (Ironsides ve ark., 2020). Öte yandan katılımcılardan biri, hastalığı umursamadığını sadece hayatını düzene sokması gerektiğini belirtmiştir. Bipolar bozukluk tanısı alan kişilerin diğer ruhsal hastalıklara sahip kişilerden farklı olarak daha pozitif benlik imajına ve kendilerine karşı daha yüksek seviyede saygı duyabildikleri görülmüştür (Favre ve Richard-Lepouriel, 2023).

Kamusal damgalama (public stigma) toplumun belirli kalıplaşmış yargıları benimsemesiyle ortaya çıkan önyargı ve ayrımcılıktır; örneğin, ruhsal hastalığı olan tüm insanlar beceriksizdir ve gerçek bir işi sürdüremezler ön yargısı bunlardan biridir (Corrigan ve ark., 2010). Kamusal damgalama bireyin içinde yaşadığı kültürden fazlasıyla etkilenir (Gray, 2002, ,Avcil ve ark., 2016; Çam MO ve ark., 2011). Daha geri kalmış toplumlarda ruhsal hastalığa sahip bireylere doğa üstü güçler de atfedilebilir ve örneğin gördükleri sanrıların gelecekte haber getirebileceğine inanılabilir. Böyle bir durumda ruhsal hastalığa sahip bir birey olumlu yönde etiketlenilebilir. Kültürel bileşenlerden biri de normlardır.

Normlar, toplumda bireylerin davranışlarını belirleyen, eylemlerini yönlendiren kurallar bütünüdür. Toplumda normlara uygun olan davranışlar ödüllendirilirken, uygun olmayanlar toplumdan örneğin ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin, toplumun normal olarak değerlendirdiği ölçütlerin dışında kalması nedeniyle damgalanırlar (Çam MO ve ark., 2011). Toplumsal olarak yadırganan, garip, acayip bulunan, saldırgan ve tehlikeli davranışlar, kişinin toplumsal ve mesleki işlevlerini yerine getirmedeki yetersizlikleri ve bedenselleştirme gibi davranışlar damgalamayı kolaylaştırmaktadır (Bekiroğlu, 2021).

Toplumsal cinsiyet de stigmatın varlığını ve derecesini etkileyebilir (Gray,2002, Çam MO ve ark., 2011, Corrigan ve ark.,2010). Ruhsal hastalık tanılı bireylerin kötülük görme sanrıları üzerinde sosyo-kültürel bağlam, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve yerel kültürün etkili olduğu belirtilmektedir (Çam MO ve ark., 2011) . Bekiroğlu, erkeklerin kadınlara göre psikolojik yardım alma nedeniyle toplum tarafından damgalandığına ilişkin algısının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Bekiroğlu,2021). Bazı kültürlerde insanlar 'bana deli derler' vb. korkular ile bir psikolog ya da psikiyatriste bile başvurmadan çekinebilirler. Batı Avrupa kültüründe ruhsal hastalıktan iyileşmek için kendini kontrol hissi, kişisel sorumluluk duyması ve kendi kendine karar verme özgürlüğüne gereksinimi varken, Asya kültürünün maneviyat, umut gibi bileşenlere gereksinim duydukları belirtilmiştir (Çam MO ve ark., 2011). Türkiye toplum merkezli bir kültürden birey merkezli bir kültüre geçişte köprü görevi üstlenmektedir (Çam MO ve ark., 2011). Ruhsal bozukluk belirtilerinin bazıları Doğu toplumları ile benzer özellikler gösterirken, bazıları ise Batı toplumları ile benzerlik göstermektedir (Çam MO ve ark., 2011).

Katılımcıların çoğu BAB tanılarının olduğunu damgalanma korkusu nedeniyle yakın çevresi dışında kimseyle paylaşmadığını ve böylece damgalanmadıklarını belirtmişlerdir. O'Donnell tarafından yapılan çalışmada hastalar normal yaşama katılmak için çoğunlukla stigmatizasyona uğramamak için umursamaz ve sosyal hayata uzak bir yaklaşım sergilemektedirler (O'Donnell ve ark., 2017). Bir başka çalışmada ise damgalamayla ilgili endişeleri nedeniyle BAB tanısına sahip bireylerin kendi aileleri dışındaki bireylerle anlamlı sosyal etkileşim içinde olmaya engel koydukları saptanmıştır (Perlick ve ark., 2001). Katılımcılardan biri nişanlanma aşamasında BAB tanısına sahip olduğunun öğrenilmesinin sorun yarattığını ve bu yüzden karşı tarafın evlenmekten vazgeçtiğini belirtmiştir. Perlick çalışmasında bahsedildiği üzere ruhsal hastalıklarla ilgili yaygın bir damgalanma söz konusudur ve bu da evlilik kararı ve süreci hakkında büyük bir rol oynamaktadır (Perlick ve ark., 2001).

Katılımcılar iş ortamında damgalandıklarından bahsetmiştir. Kumar, iş yerinde stigmatizasyon yaşamının iş kaybına neden olmasında büyük bir etken olduğuna ve bu yüzden bipolar bozukluğa sahip bireylerin çeşitli sorunlar yaşadığına işaret etmiştir (Kumar ve ark., 2019). Bir başka çalışmada damgalanmanın BAB tanısını yönetmede büyük rol oynayan sosyal destek kaybına yol açtığı ve ek

olarak bireye verilen değerin azalmasına neden olarak iş kayıplarına da neden olacağı ifade edilmiştir (Krupa ve ark., 2009).

Katılımcıların pek azı yaşam kalitelerinde herhangi bir değişiklik olmadığını belirtirken, çoğunluk ise tanının getirdiği sorunların yaşam kalitelerini etkilediğini ifade etmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak BAB tanılı bireylerin, yaşam kalitelerinin genel popülasyondan daha düşük olabileceği gösterilmiştir (Arnold ve ark., 2000). Katılımcıların yaşam kalitesini düşüren sorunlardan birkaçı olarak “ilaçları yanında her zaman taşımak” ve “yıllar boyu ilaç kullanmak zorunda kalmak” olduğunu belirtmişlerdir. Buna karşın Andrezza 2007 yılında yaptığı bir araştırmada ataklar arası duygu dalgalanmalarının remisyondaki bipolar hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen önemli sorunların başında geldiği gösterilmiştir (Andrezza ve ark., 2007). Bu çıktıları baktığımızda, katılımcıların yanıtlarının metabolizmanın etkilendiği kronik hastaların yaşam kalitesini düşüren sorunlara verdikleri cevaplarla örtüştüğü görülmüştür (Arnold ve ark., 2000).

Katılımcıların damgalanma korkusu ile baş etme yöntemlerini incelediğimizde bazı katılımcılar, baş etme yöntemi olarak tanıdığı kişilerden veya iş başvurularından tanısını gizleyerek baş ettiğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan ikisi de kendini sosyal etkileşimlerden geri çektiğini belirtmiştir. Bu yöntemlerin başlıca sebebinin literatürde ifade edildiği gibi dışlanma ve reddedilme korkusu olduğu görülmektedir (Goffman, 2009). Çalışmamızda bu yöntemleri kullanan katılımcıların özgüven eksiklikleri olduğu ve özellikle yeni arkadaşlıklar kurulurken çok samimi ilişkiler kuramadıkları bulunmuştur; bazı katılımcılar ise literatürün aksine sosyal etkileşimlerinde belirgin bir sıkıntı saptanmamıştır. Goffman çalışmasına göre bulgularımızla da paralel olarak bireyler hastalığını bir utanç kaynağı olarak algıladığından ruhsal hastalıklarını gizlemekte ve dışlanma ve reddedilme korkusuyla sosyal etkileşimlerden kendilerini geri çekmektedirler (Goffman, 2009). Bu yanlış baş etme yöntemleri de destek almalarına engel olup kendilerini damgalamalarını tetiklemektedir (Kadushin, 2000; Corrigan ve ark., 2010). Literatürde kendini damgalayan hastaların gizliliğin ve kendini geri çekmenin kullanılmasını daha çok onayladıkları bildirilmiştir (Au ve ark., 2019). Damgalanmaya karşı tanısını saklayarak baş eden hastaların toplum tarafından algılanan stereotipi daha çok benimsediği, kendini geri çekme yöntemiyle baş eden hastalarinsa kendine saygılarının ve özgüvenlerinin azaldığı saptanmıştır (Au ve ark., 2019). Gizleme yöntemiyle damgalanmayla baş eden hastaların sosyal fonksiyonlarının daha kötü olduğu görülmüştür (Au ve ark., 2019).

Çalışmamızda diğer katılımcılardan farklı olarak aldığı eğitimle kendini damgalamamanın başkaları tarafından damgalanmayı azalttığı bilinciyle kendini koruyan bir katılımcımız bulunmaktadır. Yine bir diğer katılımcı da Bipolar Günü etkinliklerine katılmaktan kaçındığını ve bunun sebebinin diğer bipolarları gördüğünde kendisinin de öyle olacağı düşüncesi olduğunu belirtmektedir. Link tarafından belirtildiğine göre gizleme ve kendini geri çekme, tek baş etme yöntemleri olmayıp eğitim, damgalanmayla karşılaştıklarında bu konuda damgalayan kişiye meydan okuma ve “Ben onlar gibi

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save değilim.” diyerek ötekileştirme gibi yöntemler de hastalar tarafından baş etme yöntemi olarak kullanılmaktadır (Link ve ark., 2002). Yapılan birkaç çalışmaya göre baş etme yöntemleri etkili olsa da bunların bir bedeli olabilmektedir (Link ve ark., 2002; Smart ve Wegner, 1999; Link ve ark., 1989). Gizlilik hep kendini bu konuda takip etmeyi gerektirir, kendini geri çekme sosyal etkileşimi azaltır ve meydan okuma uzun dönemde damgalanmayı azaltabilmesine karşın kısa dönemde acı verici reddedilme ve dışlanmaya sebep olabilir. Ancak bizim çalışmamızda literatürde belirtilen meydan okuyarak baş etme yöntemini kullanan bir katılımcı bulunmamaktadır (Link ve ark., 2002; Smart ve Wegner, 1999; Link ve ark., 1989).

## **ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI**

Damgalamanın öznel deneyim düzeyinde anlaşılmasına katkı sağlayacak bu çalışmanın özgün bir grup ile ve niteliksel olarak yapılması onun güçlü yönüdür.

Çalışmamız niteliksel bir çalışma olduğu için sonuçlarımızda genelleme yapılamaz. Çalışmamızda bazı katılımcıların sağlık çalışanı olması dolayısıyla sorularımıza daha bilinçli yanıt vermiş olabilirler. Bulguların katılımcılara sunularak valide edilmesi (member checking) BAB tanılı katılımcılara tekrar ulaşılamadığı için yapılamamıştır. Bu bir kısıtlılık sayılabilir.

Genel anlamda BAB tanılı kadınların çalışmaya katılmaya daha fazla ilgi göstermeleri nedeniyle bizim çalışmamızda da erkek katılımcı sayısı daha azdır. Bu da bir başka kısıtlılık olabilir.

Görüşmelerde derinlemesine, yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmış ve bu görüşmeler en az 20 en fazla 45 dakika sürmüştür. Araştırmacının kendini tanıtmaması, katılımcıya araştırmanın amacından bahsetmesi, katılımcıdan görüşme izni alınması ve katılımcılara bilgilerin gizliliği ve anonim kalması konusunda güvence verilmesi ve sosyo-demografik soruları içeren mini-anket uygulaması bu sürelerin dışındadır. Görüşmeler psikiyatri polikliniğinde yapıldığı için daha fazla süre tanınamamıştır. Dolayısıyla fenomenolojik bir ‘öz’e yeterince ulaşılamamış olabilir. Bu durum çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu çalışmada katılımcıların literatürdeki çalışmalara benzer şekilde tanıyı kabullenmekte zorluk çektikleri görülmüştür. Bazı katılımcılar ilk tanı aldıklarında medyadaki tasvirlerden etkilenen olumsuz algılara sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar genellikle tanı aldıkları ilk 6 ayda ilaçlarını aksattıklarını veya hiç kullanmadıklarını beyan etmiştir. Medyadaki yanlış algıların düzeltilmesine yönelik, özellikle kendi kültürümüz bazında eğitim ve yaptırımlar düzenlenmesi önerilir. Medyaya yansıyan içerikler hakkında da denetimlerin yapılarak buralardan elde edilecek bilgi kirliliği en aza indirgenmelidir.

Katılımcılar genellikle tanıdan sonra ailesinden destek gördüğünü ve bu desteğin damgalamayla mücadele etmelerine yardımcı olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan bazıları manik dönemde yaşadıkları deneyimler sebebiyle aileleriyle ilişkilerinin etkilendiğini belirtirken bir katılımcı ise manik

dönemdeki harcamalarının maddi sıkıntılara sebebiyet vererek ailevi ilişkilerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Yakın çevresi tarafından destek gören katılımcıların genel olarak daha olumlu bir çerçeve çizdiği görülmüştür. Buradan da damgalamanın, BAB tanılı bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesine etkisini en aza indirmek için BAB tanısının nedenleri, tedavisi ve BAB ile yaşamak konusunda bilgilendirilmeleri faydalı olabilecektir. Bu çalışmanın sonunda damgalamayı önleyici müdahalelere ilk başlama yerinin BAB tanılı bireyin kendisi ve ailesi olduğu yorumu yapılabilir. Bakım verenin yükü arttıkça, bakım veren de aileye gelir getireceği işte çalışamayabilir. Bu müdahalelerden bazıları BAB tanılı bireylere ücretsiz ya da çok az maliyetli tedavi ve bakım hizmeti sunmak olabilir.

Katılımcıların bir kısmı tanılarını sebebiyle iş bulmakta veya halihazırda çalıştıkları işlerini sürdürmekte sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Özellikle, kıdemli bir pozisyonda çalıştığını belirten bir katılımcı atak geçirmekten korktuğunu, atak geçirdiği zamanlarda çalışamayacağı için bulunduğu kurumu zarara uğratma korkusu yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların bazıları iş yerlerinde BAB tanılarını beyan etmedikleri için iş hayatlarında sorun yaşamadıklarını düşünmektedirler. İş yerlerinde BAB tanılı bireylere yönelik kontenjanlar belirlenebilir, özellikle düzenli tedavileri ile kendilerinden yüksek verim alınabileceği açıklanabilir. BAB tanılı birey çalıştıran işyerlerine ödül uygulaması getirilebilir.

Katılımcılar çalışmamızda içselleştirilmiş damgalama yaşamaktadırlar. BAB tanısına sahip olmayı kendilerine yakıştıramayıp, çoğu zaman normal olmadıklarını düşündüklerini dile getirmişler ve bazen yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcılardan biri başarılı olamadığı her durumunda BAB tanısına sahip olmanın buna neden olduğunu düşündüğünü, kendi içinde bu konu hakkında gitgeller yaşadığını söylemiştir.

Katılımcıların çoğu BAB tanılarının olduğunu yakın çevresi dışında kimseyle paylaşmadığını ve böylece damgalanmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların damgalanmayla baş etme yöntemlerini incelediğimizde bazı katılımcılar, baş etme yöntemi olarak tanıdığı kişilerden veya iş başvurularından tanısını gizleyerek başettiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılar atak geçirme korkusu ve damgalanma korkusu sebebiyle bazı sosyal aktivitelere artık katılmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yaşam kalitesini düşüren sorunlardan birkaçı olarak “ilaçları yanında her zaman taşımak” ve “yıllar boyu ilaç kullanmak zorunda kalmak” olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda katılımcıların içselleştirilmiş damgalama nedeniyle özgüven eksiklikleri olduğu ve özellikle yeni arkadaşlıklar kurulurken çok samimi ilişkiler kuramadıkları bulunmuştur.

Bazı katılımcılar ise literatürün aksine sosyal etkileşimlerinde belirgin bir sıkıntı saptanmamıştır.

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lülecı, Save  
Katılımcılardan biri hastalığı umursamadığını sadece hayatını düzene sokması gerektiğini belirtmiştir. Çalışmamızda diğer katılımcılardan farklı olarak aldığı eğitimle kendini damgalamanın başkaları tarafından damgalanmayı azalttığı bilinciyle kendini koruyan bir katılımcımız bulunmaktadır.

Dolayısıyla tüm sistemlere (birey, ailesi, sosyal çevresi, iş yeri ) müdahalelerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Müdahaleler, hizmet alan, hizmet sunan, politikacılar, işverenler, eğitimciler ve araştırmacılar olabilir. Mikro, mezo ve makro düzeyde olmak üzere çok boyutlu gerçekleştirilmesi önemlidir. Ayrıca stigma ölçekleri kullanılarak niceliksel olarak stigmatı ortaya koyabilecek araştırmalar önerilebilir.

### **ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN ETİK BİLGİLER**

Ses kayıtlarında ve analizlerde katılımcıların kişisel verileri korunmuştur. Katılımcılara ait kişisel bilgiler ya da ses kayıtları üçüncü kişi veya kurumlarla paylaşılmamış; veriler anonim olarak sunulmuştur. Katılımcılar yazılı onam vermekte çekimser kalmışlardır, kendilerini görüşme sırasında daha rahat hissetmeleri adına 'Yazılı aydınlatılmış onam' almak yerine sözlü onam alınmıştır.

Etik kurul onayı İlgili Üniversitenin Tıp Fakültesi Etik kurulu'ndan, 08.09.2023 tarihinde 09.2023.1142 protokol numarası ile alınmıştır. İlgili üniversiteden kurum izni alınmıştır.

Çalışma süresince Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesine uyulmuştur.

### **ARAŞTIRMACILARIN KATKI ORANI**

Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

### **ÇATIŞMA BEYANI**

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

### **EXTENDED ABSTRACT**

Bipolar affective disorder (BAD) is a serious mental illness characterized by depressive and manic/hypomanic episodes, leading to significant loss of function. Individuals with this disorder often experience stigmatization, feeling excluded by both family and social circles.

The aim of the study is to qualitatively evaluate the experiences and stigmatization status of individuals diagnosed with bipolar affective disorder through in-depth interviews and using a phenomenological design.

This qualitative study involved twelve participants aged 23 to 61 diagnosed with bipolar affective disorder at a public university medical faculty hospital in İstanbul. Four main themes were identified: the bipolar disorder diagnosis process, challenges and experiences related to the disorder, experiences during episodes, and feelings of stigma and coping mechanisms. Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim on the same day. Researchers repeatedly reviewed transcripts to ensure detailed understanding. Statements related to the phenomenon were identified and irrelevant ones removed, forming “meaning units.” Common statements were grouped while ensuring representation from all participants, avoiding dominance by any individual. Data were analyzed using thematic content analysis with Atlas-ti software. Researchers first created separate code lists, then collaborated to develop a shared coding guide to maintain inter-coder reliability and validity. Interviewer and observer notes supported consistency. Consensus was reached when no new themes emerged, finalizing the main themes and subthemes. The analysis process included data preparation (bracketing), phenomenological reduction, imaginative variation, and synthesizing the essence of participants’ experiences.

Throughout the study, researchers convened regularly and held meetings. Reliability and consistency were checked regularly by frequent comparison of transcripts and quotes. The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) guide was used (Özden et al., 2022)

Interviews were terminated when data saturation was reached during data collection/when the answers given were thought to be repetitive. Participants' personal data were protected in the audio recordings and analyses. Participants' personal information or audio recordings were not shared with third parties or institutions; data were presented anonymously.

Ethics committee approval was obtained from the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the relevant University on 08.09.2023 with the protocol number 09.2023.1142. Institutional permission was obtained from the relevant university. The World Medical Association Declaration of Helsinki was complied with throughout the study.

Participants expressed a range of emotional responses upon receiving a bipolar disorder diagnosis, including anxiety, confusion, and initial resistance, often influenced by stigma and media portrayals. Over time, many achieved greater understanding and acceptance through education. Family reactions varied; while some provided support and motivation for treatment, others contributed to emotional or financial stress. Regarding employment, experiences differed: while some faced no difficulty, others experienced discrimination or felt compelled to conceal their diagnosis. Social relationships were similarly split; some participants maintained friendships by hiding their condition, while others reported strained interactions. Manic episodes were more frequently recalled than depressive ones, possibly due to their more noticeable nature. Feelings of inadequacy and altered self-perception were common, though some avoided self-stigmatization. Most participants limited

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save  
disclosure of their diagnosis to close circles, with varying experiences of stigma—ranging from acceptance and indifference to discomfort and past trauma. Many preferred to avoid environments where stigmatization was likely, instead engaging in personal activities for coping.

Our participants had difficulty accepting the diagnosis, similar to Stuart's findings (Stuart, 2006). Ten participants said they skipped or didn't take their meds in the first six months after diagnosis. The difficulty people have in accepting their diagnosis also negatively affects the course of the disease. This situation can lead to "dropping out of treatment, not taking medications, and multiple hospitalizations" (Seal et al., 2008) (Seal et al., 2008).

Half of our participants reported receiving more support from their families after diagnosis and that this support helped them combat stigma. In the study by Mak and Cheung (2008), it was shown that the stigma experienced by the family of a person diagnosed with BAD plays an important role in the formation of self-stigma (Mak and Cheung, 2008).

When we asked our participants about their experiences in the workplace, half of the participants stated that they had difficulty finding a job or maintaining their current job due to their diagnosis. It has been previously shown by Bassett et al. (2001) that stigma delays individuals with mental illness from entering the workforce or makes it difficult for them to reach relatively high-level positions in their job (Bassett et al., 2001).

When we asked our participants about the impact of their diagnosis on their social lives, half of them stated that they had problems in this regard. The most frequently mentioned problem in the group of participants who stated that they had problems was the fear of having an attack. They stated that they could no longer participate in some social activities due to this fear. Thomé et al. (2012) observed that individuals may have difficulties in getting involved in social life and maintaining their current social environment after the diagnosis.

While less than half of our participants stated that there was no change in their quality of life, the majority stated that the problems brought about by the diagnosis affected their quality of life. Consistent with our study, it has been shown that the quality of life of individuals diagnosed with BAD may be lower than that of the general population (Arnold et al., 2000).

It was revealed that certain participants even stigmatized themselves from time to time. This situation may indicate a decline in the self-esteem of some of our participants. However, a qualitative study conducted by Ouwehand et al. (2019) showed that people diagnosed with mental illness who do not exhibit stigmatizing attitudes towards others are less prone to self-stigmatization (Ouwehand et al., 2019).

Most participants stated that they did not share their bipolar diagnosis with anyone outside their immediate circle and thus did not feel stigmatized. In a study conducted by O'Donnell et al. (2017), patients often displayed an indifferent and distant approach to social life in order to avoid stigmatization to participate in normal life (O'Donnell et al., 2017). Another study found that

individuals with bipolar disorder prevented them from having meaningful social interactions with individuals outside their families due to concerns about stigmatization (Perlick et al., 2001)

One of the participants stated that learning that he had bipolar disorder during the engagement phase caused problems and that is why the other party gave up on getting married. As mentioned in Perlick et al. (2001) study, there is a widespread stigma related to mental illnesses and this plays a big role in the decision and process of marriage (Perlick et al., 2001). Participants mentioned that they were stigmatized in the workplace. Kumar et al. (2019) pointed out that experiencing stigmatization in the workplace is a big factor in causing job loss and that individuals with bipolar disorder experience various problems because of this (Kumar et al., 2019).

In conclusion, participants' understanding of their diagnosis, perspectives on mental illness, experiences with episodes, environmental support, and stigmatization significantly impact their psychological well-being, social lives, and coping strategies. Those who received support tended to report more positive outcomes. Therefore, providing patients with information about their diagnosis and offering cognitive behavioral therapy may help reduce self-stigma and relapse. Public education on mental health and bipolar disorder can help prevent societal stigma and increase awareness. Furthermore, monitoring media portrayals and reducing misinformation is essential. Future studies with stigma scales may yield valuable insights.

## KAYNAKÇA

Andreazza, A. C., Frey, B. N., Erdtmann, B., Salvador, M., Rombaldi, F., Santin, A., ... & Kapczinski, F. (2007). DNA damage in bipolar disorder. *Psychiatry research*, 153(1), 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.08.001>

Angst, J. (2013). Bipolar disorders in DSM-5: Strengths, problems and perspectives. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(1), 1-3. <https://doi.org/10.1186/2194-7511-1-3>.

Arnold, L. M., Witzeman, K. A., Swank, M. L., McElroy, S. L., & Keck Jr, P. E. (2000). Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *Journal of affective disorders*, 57(1-3), 235-239. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00162-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00162-1).

Asan, Ö. (2019). Ruhsal Hastalıklar ve Damgalama; Toplumda, Medyada, Sağlık Çalışanlarda ve Her Yerde... *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(2), 199-205. <https://doi.org/10.31832/smj.470300>

Au, C. H., Wong, C. S. M., Law, C. W., Wong, M. C., & Chung, K. F. (2019). Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *General hospital psychiatry*, 57, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.11.008>.

Avcil, C., Bulut, H., & Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 175-202. <https://doi.org/10.32739/uskudarsbd.2.2.4>.

Bassett, J., Lloyd, C., & Bassett, H. (2001). Work issues for young people with psychosis: Barriers to

Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save employment. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(2), 66-72. <https://doi.org/10.1177/030802260106400201>.

Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(33), 595-618. <https://doi.org/10.26466/opus.825384>

Bilir, M. K. (2018). Deinstitutionalization in mental health policy: From institutional-based to community-based mental health care services. *Home*. <https://doi.org/10.17025/hujhs.450699>.

Bruni, A., Carbone, E. A., Pugliese, V., Aloï, M., Calabrò, G., Cerminara, G., ... & De Fazio, P. (2018). Childhood adversities are different in schizophrenic spectrum disorders, bipolar disorder, and major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 18, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1972-8>.

Cam, O., & Bilge, A. (2013). The process of stigmatization, attitude, and belief about mental illness and patient in Turkey: a systematic review/Turkiye'de ruhsal hastalığa/Hastaya yönelik inanc, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 91+. <https://link.gale.com/apps/doc/A365982238/AONE?u=anon~cfb5522c&sid=googleScholar&xid=0b9b30ea>

Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.

Çam MO, Uğuryol M.(2019). Ruhsal Hastalıktan İyileşmeye Kültürel Etki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11:55–64. <https://doi.org/10.18863/pgy.391783>.

Connell, J., O'Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Social Science & Medicine*, 120, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.023>.

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700806>.

Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., ... & Rüşch, N. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 259-275. <https://doi.org/10.1002/jcop.20432>.

Demir, M. M. ve Buz, S. (2023). Eleştirel sosyal hizmet çerçevesinde şizofreni tanılı kişilerin ve yakınlarının damgalanma deneyimleri: Zonguldak örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(4), 869-893. <https://doi.org/10.33417/tsh.1266133>.

Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805–820. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.010>.

Favre, S., & Richard-Lepouriel, H. (2023). Self-stigma and bipolar disorder: A systematic review and best-evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders*,

332, 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.041>.

Ghai, S., Sharma, N., Sharma, S., &Kaur, H. (2013). Shame&stigma of mentalillness. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(2), 293-301.

Goffman, E. (2003). *Stigma*. Praha: Sociologickénakladatelství. ISBN 80-8629-21-0.

Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster. J R Soc Med.

Gözen,Ö., Buz,S.,(2020).Türkiye’de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020; 12(Suppl 1):18-42 doi: 10.18863/pgy.662628.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet (London, England)*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

Gray A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 72–76. <https://doi.org/10.1177/014107680209500205>

Gur, K., Sener, N. U. R. C. A. N., Kucuk, L., Cetindag, Z., & Basar, M. (2012). The beliefs of teachers toward mental illness. *Procedia: Socia and Behavioral Sciences*, 47, 1146–1152. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.733>.

Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., &Gurpegui, M. (2011). Factors associated with work, social life, and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 254-260. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.019>.

Hawke, L. D., Parikh, S. V., &Michalak, E. E. (2013). Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 181-191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.028>.

Henderson, C., Evans-Lacko, S., &Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, helpseeking, and public health programs. *AmericanJournal of PublicHealth*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301050>.

Ironside, M. L., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (2020). Identity in bipolar disorder: Self-worth and achievement. *Journal of personality*, 88(1), 45-58. <https://doi.org/10.1111/jopy.12461>.

Jolfaei, A. G., Ataei, S., Ghayoomi, R., &Shabani, A. (2019). High frequency of bipolar disorder comorbidity in medical inpatients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(1), 60. <https://doi.org/10.18502/ijps.v14i1.424>.

Jönsson, P. D., Wijk, H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2008). Persons living with bipolar disorder—their view of the illness and the future. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(11), 1217-1236. <https://doi.org/10.1080/01612840802214166>.

- Tunç Nakış, Karavuş, Hıdıroğlu, Yıldız, Albayrak, Abuhamra, Kumrulu, Çinici, Lüleci, Save Kadushin, G. (2000). Family secrets: Disclosure of HIV status among gay men with HIV/AIDS to the family of origin. *Social Work in Health Care, 30*(3), 1-17. [https://doi.org/10.1300/J010v30n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J010v30n03_01).
- Kaltenboeck, A., Winkler, D., & Kasper, S. (2016). Bipolar and related disorders in DSM-5 and ICD-10. *CNS Spectrums, 21*(4), 318-323. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000278>.
- Khaleghi, A., Mohammadi, M. R., Zandifar, A., Ahmadi, N., Alavi, S. S., Ahmadi, A., ... & Badrfam, R. (2018). Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents in Tehran, 2017. *Asian Journal of Psychiatry, 37*, 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.014>.
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work, 33*(4), 413-425. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0894>.
- Kumar, P., Sharma, N., Ghai, S., & Grover, S. (2019). Perception about marriage among caregivers of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine, 41*(5), 440-447. <https://doi.org/10.1177/0253717620920188>.
- Latifian, M., Raheb, G., Abdi, K., & Alikhani, R. (2023). The bipolar patients' family experiences of the outcomes of encountering stigma in Tehran: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry, 69*(2), 503-511. <https://doi.org/10.1177/00207640221098920>.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American sociological review, 400-423*. <https://doi.org/10.2307/2095613>.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 6*(2), 201-231. <https://doi.org/10.1080/15332740209524639>.
- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. (2008). Affiliate stigma among care givers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*(6), 532-545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00413.x>
- Mohammadi, M., Zare, A., & Ahmadi, K. (2019). Prevalence and correlates of psychiatric disorders in a national survey of Iranian children and adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry, 14*(1), 1-10. <https://doi.org/10.29252/iips.14.1.1>
- Murthy, R. S. (2002). Stigma is universal but experiences are local. *World Psychiatry, 1*(1), 28. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2002.tb00010.x>.
- Naccarella, L., & Graffam, J. H. (1997). Disposition toward employment and perspectives on the employment process held by clients with psychiatric disabilities. *Australian Disability Review, (3)*, 3-15.
- O'Donnell, L., Himle, J. A., Ryan, K., Grogan-Kaylor, A., McInnis, M. G., Weintraub, J., & Deldin, P. (2017). Social aspects of the workplace among individuals with bipolar disorder. *Journal of the Societ*

*for Social Work and Research*, 8(3), 379-398. <https://doi.org/10.1086/693684>.

Ouwehand, E., Braam, A. W., Renes, J., Muthert, H. J., Stolp, H. A., Garritsen, H. H., & Zock, H. T. (2019). Prevalence of religious and spiritual experiences and the perceived influence there of in patients with bipolar disorder in a Dutch specialist outpatient center. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(4), 291-299. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001010>.

Özden, S. A., Tekindal, M., Gedik, T. E., Erim, F., Ege, A., & Tekindal, M. A. (2022). Nitel Araştırmaların rapor edilmesi: CoREQ kontrol listesinin Türkçe uyarlaması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (35), 522-529. <https://doi.org/10.31590/ejosat.976957>.

Pal, A., Saxena, V., & Avinash, P. (2021). Stigma in bipolar affective disorder: A systematic quantitative literature review of Indian studies. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(3), 187–194. <https://doi.org/10.1177/02537176211016802>.

Pallesen, K., Brown, J., Rose, D., & Lawrence, V. (2020). An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bipolar disorder. *Journal of Mental Health*, 29(3), 358-363. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1630686>.

Perich, T., Mitchell, P. B., & Vilus, B. (2022). Stigma in bipolar disorder: A current review of the literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(9), 1060–1064. <https://doi.org/10.1177/00048674211057757>.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salah, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627-1632. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1627>.

Robinson, P., Turk, D., Jilka, S., & Cella, M. (2019). Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1571-5>

Seal, K., Mansell, W., & Mannion, H. (2008). What lies between hypomania and bipolar disorder? A qualitative analysis of 12 non-treatment-seeking people with a history of hypomanic experiences and no history of major depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 33-53. <https://doi.org/10.1348/147608307X230942>.

Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316–323. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp122>.

Smart, L., & Wegner, D. M. (1999). Covering up what can't be seen: Concealable stigma and mental control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(3), 474. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.3.474>.

Stuart, H. (2006). Medyada ruhsal hastalık ve tedavilerinin tasviri. *CNS İlaçları*, 20, 99–106.

Thomé, E. D. S., Dargél, A. A., Migliavacca, F. M., Potter, W. A., Jappur, D. M., Kapczinski, F., & Ceresér, K. M. (2012). Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon functioning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(8), 665-671. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01849.x>

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61824-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61824-1).

Tostes, G.W., Cury, E.V., & Brisola, E. (2024). A Herculean Saga: The lived experience of people with bipolar disorder. *Psicol. estud.*, 29, e61581, 1-18. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v29i0.61581> .

Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., Gerson, R., Malaspina, D., ... & Corcoran, C. (2009). Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: Family stigma and early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(2), 108–115. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00112.x>.

Yassıbaş, U. (2015). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip anne babaların yaşam deneyimlerine derinlemesine bakış (Order No. 28635329). *ProQuest Dissertations & Theses Global*. <http://dx.doi.org/10.15390/EB.2019.7366>.

