T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

BİPOLAR BOZUKLUKTA ÇİFT UYUMU, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, PSİKOLOJİK KATILIK VE OYUNSALLIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Veysel GÜLEÇ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

BİPOLAR BOZUKLUKTA ÇİFT UYUMU, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, PSİKOLOJİK KATILIK VE OYUNSALLIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Veysel GÜLEÇ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Erhan KURT

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023

I. TEŞEKKÜR

Asistanı olmaktan onur duyduğum, uzmanlık eğitimim süresince bilgisinden ve tecrübesinden daima yeni şeyler öğrendiğim, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli klinik şefim *Prof. Dr. Erhan KURT'a*,

Mesleki ve şahsi gelişimimde dün olduğu gibi bugün de yol göstericilik yapan, her daim destekleyici ve cesaretlendirici olarak yanımda duran, ilk uzmanım, hepimizin abisi kıymetli *Doç. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ'a*,

Fedakarlığını ve desteğini daima ve şüphesiz bir şekilde hissettiğimiz, kendisi ile çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli uzmanım *Dr. Sevinç ULUSOY'a*,

Bilgi ve deneyimine duyduğum güven ile her daim pek çok şeyi danıştığım uzmanım *Doç. Dr. Bahri İNCE'* ye, 5. Psikiyatri ailesinin güzelliğine sebep olan tüm asistan arkadaşlarıma, mesai arkadaşlarıma ve duygudurum merkezinin yardımsever değerli ekibine,

Bir parçası olmaktan mutluluk duyduğum, hayatıma değer katan, tecrübelerinden birçok şey öğrendiğim, birlikte devam ediyor olmanın verdiği güven duygusunu her an hissettiğim tüm *TÜRBAD* ekibine,

Rotasyonlarım sırasında tecrübelerinden faydalandığım *Prof. Dr. Fatih ÖNCÜ*, *Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Prof. Dr. Ayhan KÖKSAL, Prof. Dr. E. Cüneyt EVREN, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'e*, Bakırköy yolculuğunda yolumun kesiştiği tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm ruh sağlığı çalışanlarına,

Bana çok şey öğreten, mesleğimi benim için önemli kılan değerli hastalarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca desteklerini hiç esirgemeyen, ellerinden gelen tüm imkanları sarf eden, başımın tacı annem *Fatma GÜLEÇ'e* ve babam *Muhammet GÜLEÇ'e*, sahip olduklarını, tecrübelerini cömertçe paylaşan değerli abim *Nurullah GÜLEÇ'e,*

Gözümün nuru, kıymetlim, sevgili eşime,

Varlığıyla bizi biz eden oğlum Musab'a,

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Veysel GÜLEÇ

İstanbul, 2022

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜRLER……...…….…....…. i
II. İÇİNDEKİLER…….…….. ii
III. ÖZET……...…….…… iv
IV. ABSTRACT…….…….. vi
V. KISALTMALAR……..……..…….…..... viii
VI. TABLOLAR….. …….……. ix
VII. ŞEKİLLER……...……..... x
1. GİRİŞ VE AMAÇ…….…….. .1
2. GENEL BİLGİLER…….……....4
2.1. Bipolar Bozukluk…….……..…….……..…….……4
2.1.1. Tarihçe ve Tanım…….……..…….……..……...……4
2.1.2. Tanı kriterleri…….……..…….……..…….……..……5
2.1.3. Epidemiyoloji……..…….……..…….……...…….……9
2.1.4. Etyoloji…….……..…….……..…….……..……..……9
2.1.5. Gidiş ve Sonlanış…….……..…….……..……...……..…10
2.2. Çift Uyumu…….……..…….……..…….……..……..…12
2.2.1. Bipolar Bozukluk ve Çift Uyumu…….……..…….……..……12
2.3. Damgalanma…….……..…….……..…….……13
2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Bipolar Bozukluk…….……..……14
2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çift Uyumu…….……...14
2.4. Psikolojik katılık ve Psikolojik Esneklik…….……..…….……..……15
2.4.1. Psikiyatrik Tanılar ve Psikolojik Katılık…….……..…….……16
2.4.2. Psikolojik Esneklik ve Çift Uyumu…….……..…….……17
2.5. Oyunsallık…….……..…….……..…….……18
2.5.1. Oyunsallık ve Çift Uyumu…….……..…….……18
3. GEREÇ VE YÖNTEM….…….…….……20
3.1. Çalışma evreni ve katılımcılar ….…….……..20
3.2. Gereçler….…….…….……21

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu……21
3.2.2. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği……21
3.2.3. Çiftler için Oyun Ölçeği-II……22
3.2.4. Kabul ve Eylem Formu-2……22
3.2.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği……23
3.2.6. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği……23
3.2.7. Young Mani Derecelendirme Ölçeği……24
3.3. İşlem……24
3.4. İstatistiksel analiz……24
4. BULGULAR……26
5. TARTIŞMA……38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER ……48
7. KAYNAKÇA……50
8. EKLER……61

III. ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUKTA ÇİFT UYUMU, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, PSİKOLOJİK KATILIK VE OYUNSALLIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Veysel Güleç

Amaç: Bipolar bozukluk tanısı olan hastalar için, içinde bulunduğu evlilik ilişkisinin ne durumda olduğu, hastanın genel iyilik hali için önemli bir etkendir. Bu çalışmada bipolar bozukluk tanısı olan hastaların evlilik uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Hastaların psikolojik esneklik, içselleştirilmiş damgalanma, çift oyunsallığı düzeylerinin evlilik uyumlarına nasıl etki ettiği incelenmiş ve bu faktörlerin ilişkisi üzerine yeni bir model test edilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Timuçin Oral Duygudurum Merkezine başvuran, bipolar bozukluk tanısı ile takipli ve remisyon halinde olan 99 hasta sıralı şekilde alınarak dahil edilmiştir. Görüşmeci tarafından Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Skalası ve Young Mani Derecelendirme ölçeği uygulanmıştır. Katılımcılar tarafından Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ), Kabul ve Eylem Formu ve Çiftler İçin Oyun Ölçeği-2 doldurulmuştur. Veriler istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Bulgular: Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı ve evli olan 41'i erkek 58'i kadın toplam 99 katılımcının verileri incelendi. Evlilik uyumu düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermedi. Erkeklerde içselleştirilmiş damgalanmanın daha yüksek olduğu saptandı. Evlenmeden önce hastalık teşhisi konulanlarda, evlilik sonrası teşhis edilenlere göre, çift uyumu düzeyi daha yüksekti. Psikolojik katılık, içselleştirilmiş damgalanma, çift oyunsallığı ve çift uyumu değişkenlerinin hepsi birbirleri ile ilişkili bulundu. Psikolojik katılık ve içselleştirilmiş damgalanma tek başlarına çift uyumunu negatif yönde yordarken, çift oyunsallığının da bağımsız değişken olarak dahil edildiği çoklu regresyon analizinde sadece çift oyunsallığı pozitif yönde yordayıcı olarak saptandı. Yapılan aracılık analizinde içselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumunu dolaylı olarak negatif yönde yordadığı ve bu ilişkiye çift oyunsalığının aracı değişken rolü oynadığı saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmamızın sonucunda; kişinin içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik katılık ve oyunsallık düzeylerinin çift uyumu ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca psikolojik esneklik, içselleştirilmiş damgalanma ve çift oyunsallığının çift uyumunu yordadığı saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki etkisine çift oyunsallığının aracılık ettiği bulunmuştur. Araştırmamız bipolar bozukluk tanılı hastaların çift uyumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinde faydalı olabileceği gibi hastaların evlilik uyumlarına yönelik müdahale tekniklerinin geliştirilmesinde de yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Çift Uyumu, Damgalanma, Oyunsallık, Psikolojik Katılık

İletişim Adresi: gulecveysel@gmail.com

IV. ABSTRACT

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DYADIC ADJUSTMENT, INTERNALIZED STIGMA, PSYCHOLOGICAL INFLEXIBILITY, AND PLAYFULNESS IN BIPOLAR DISORDER

Dr. Veysel Güleç

Objective: Bipolar disorder often negatively affects the quality of life of patients in many areas, including close relationships and family relationships. This study aims to investigate the factors that affect the dyadic adjustment of patients with bipolar disorder. The study examines how the levels of patients' psychological flexibility, internalized stigma, and couple playfulness affect their dyadic adjustment, and tests a new model on the relationship between these factors.

Method: The study included 99 patients with a diagnosis of bipolar disorder who were followed up and were in remission, and who applied to the Bakirkoy Research and Traning Hospital for Mental Health and Neurological Diseases the Timuçin Oral Mood Disorders Center. The interviewer filled out the Socio-demographic Data Form, Hamilton Depression Scale, and Young Mania Rating Scale. Afterwards, the participants filled out the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS), Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), and Couples' Play Questionnaire II (CPQ-II). Then, the data was subjected to statistical analysis.

Results: The data of a total of 99 participants, including 41 men and 58 women diagnosed with bipolar disorder and married, were examined in our study. The level of dyadic adjustment did not differ by gender. It was found that internalized stigma was higher in men. The level of dyadic adjustment was higher in those diagnosed with the illness before marriage than those diagnosed after marriage. Psychological inflexibility, internalized stigma, couple playfulness, and dyadic adjustment variables were all found to be related to each other. While psychological inflexibility and internalized stigma alone negatively predicted dyadic adjustment, in the multiple regression analysis where dyadic gameplay was included as an independent variable, only dyadic gameplay was found to be a positive predictor. Mediation analysis revealed that internalized stigma indirectly predicted dyadic

adjustment negatively and that couple playfulness played a mediating role in this relationship.

Conclusion: Our study has shown that a person's levels of internalized stigma, psychological inflexibility, and playfulness are related to their dyadic adjustment. Additionally, psychological flexibility, internalized stigma, and couple playfulness were found to predict dyadic adjustment. The effect of internalized stigma on dyadic adjustment was found to be mediated by playfulness.Our findings may be useful in evaluating factors that affect the dyadic adjustment of patients with bipolar disorder and in guiding the development of intervention techniques for improving their dyadic adjustment.

Key Words: Bipolar Disorder, Marital Adjustment, İnternalized Stigma, Playfulness, Psychological Inflexibility

Contact address: gulecveysel@gmail.com

V. KISALTMALAR

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
BPB : Bipolar Bozukluk
HMDÖ : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
RHİDÖ : Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği
KEF-2 : Kabul ve Eylem Formu-2
YÇUÖ : Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği
ÇOÖ-II : Çiftler İçin Oyun Ölçeği-II
PK : Psikolojik Katılık
PE : Psikolojik Esneklik
İD : İçselleştirilmiş Damgalanma
ÇO : Çift Oyunsallığı
ÇU : Çift Uyumu
S.B.Ü. : Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SUAM : Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

VI. TABLOLAR

Tablo-1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ……..….26
Tablo-2: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-2 ……...27
Tablo-3: Kullanılan ölçeklere ait puan ortalamaları…….29
Tablo-4: Ölçeklere ait basıklık çarpıklık değerleri……30
Tablo-5: Evlilikten önce ve sonra tanı alan hastaların yenilenmiş çift uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması ……30
Tablo-6: Ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması…….……31
Tablo-7: Ölçek puanları arası ilişkiler ……..……32
Tablo-8: Sosyodemografik değişkenlerle ölçek puanlarının ilişkisi……...…..….32
Tablo-9: Aracı değişken analizine ait modeldeki değişkenlerin basit doğrusal regresyon analizlerine dair sonuçlar …….35
Tablo-10: Aracı değişken analizi modeline ait dolaylı ve doğrudan etkilere dair sonuçları ……...……36

VII. ŞEKİLLER

Şekil-1: Aracı değişken analizine ait modeller……34
Şekil-2: Test edilen aracı değişken modeli……..……36

1.GİRİŞ

Bipolar bozukluk mani, hipomani ve depresyon epizotları ile seyreden, ve bu epizotlar arasında kişinin tümüyle ötimik duygudurum haline dönebildiği kronik bir psikiyatrik hastalıktır. Yaşam boyu yaygınlığı her iki cinsiyet için yaklaşık %1 olarak bildirilmiştir (1). Farmakoterapi bipolar bozukluk tedavisinde önemli bir ilerleme sağlasa da, remisyon halinde bile birçok alanda işlevsellik kaybı devam edebilmektedir (2,3). Bu nedenle yardımcı psikososyal müdahaleler hastalığın tedavisinde önem kazanmıştır. Bu müdahalelerin tedaviye uyum, kişilerarası ilişkiler ve duygudurumun düzenlenmesi gibi alanlarda olumlu sonuçlar ortaya çıkardığı görülmüştür (4).

Aile işlevlerinin hastalıktan etkilenen alanlardan biri olduğu bilinmektedir (5). Bipolar bozukluk aile içi işlevsellikte önemli bir kayıp oluşturmakla birlikte; ailedeki bireylerin tutum ve destekleri hastalığın işlevsellik üzerindeki sonuçlarına çevresel kolaylaştırıcı veya destekleyici olarak etki edebilmektedir (6). Hastalık ve aile içi işlevler/ilişkiler arasındaki bu çift yönlü ilişki (etkileyen-etkilenen) aile içi ilişkiler konusunu önemli hale getirmektedir. Evlilik ilişkisi, bu ilişkinin kalitesi ve evlilik uyumu bipolar bozuklukta etkilenen aile işlevlerindendir. Bipolar bozukluğun evlilik uyumunda kayba yol açtığına dair araştırmalar mevcuttur (7,8). Bipolar bozukluğun romatoid artirit ile kıyaslandığı bir çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların evlilik uyumu romatoid artiritli gruba göre daha düşük bulunmuştur (9). Aynı çalışmada bipolar bozukluk grubunda, hastaların eşlerinin, hastalara kıyasla daha düşük evlilik doyumu yaşadığı sonucuna varılmıştır. Bir başka çalışmada ise hastalık süresi, başlama yaşı, evlilik süresi, eğitim durumu, hastanede yatış sayısı ve ilaç uyumunun evlilik uyumu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (10).

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda evlilik uyumuna etki eden psikolojik süreçler üzerine yapılan çalışmalar ise kısıtlıdır. Bu hastalık grubunda evlilik uyumu ile ilişkisine bakılmış psikolojik süreçlerden biri içselleştirilmiş damgalanmadır (10). Damgalama ruhsal hastalıklarda sık karşılaşılan bir durumdur. Kişi sosyal çevresi tarafından damgalanmaya maruz kalabileceği gibi, sahip olduğu hastalıkla ilgili kendisi de damgalama tutumu sergileyebilir. İçselleştirilmiş damgalanma olarak tanımlanan bu

durumun ruhsal hastalığı olan kişilerde hayat kalitesi ile negatif yönde ilişkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (4,11). Yapılan bir çalışmada, bipolar bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça, evlilik uyumunun bozulduğu ve aile işlevlerinin olumsuz yönde etkilendiği gösterilmiştir (10). Yine aile içi yaşam kalitesi ile içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkisinin araştırıldığı farklı çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (12).

Evlilik uyumu ile ilişkili olabilecek ve literatürde içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkili olduğu gösterilen (13) bir diğer kavram ise psikolojik katılıktır. Psikolojik katılık kişinin duygu ve düşünceleri ile birleşme halinde olması, bağlamsal unsurları bilinçli bir şekilde fark edememesi, bunun sonucu olarak da kısıtlı bir davranış repertuarına sahip olması ve anlamlı bir hayat için adım atmaktan uzak kalması olarak tanımlanabilir. Psikolojik katılığın düşük romantik ilişki doyumu, düşük cinsel doyum, fiziksel şiddet, bağlanma anksiyetesi, bağlanma kaçınması, negatif çatışma ile ilişkili olduğu bilinmektedir (14). Psikolojik katılığın bir alt boyutu olan yaşantısal kaçınma da kişinin kendisinde ve partnerinde düşük ilişki kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (15).

Evlilik ilişkisinin kalitesine etki edebilecek bir diğer faktör ise yetişkin oyunsallığıdır. Oyun kavramı daha çok çocukluk çağına ait çağrışımlar taşısa da yetişkinlerde eğlence eğilimi ve oyunsallık (playfulness) son yıllarda araştırmalara konu olmuştur. Oyunsallık, bir durumu kendine (ve çoğu zaman ötekine) keyif, mizah ve eğlence sağlayacak şekilde çerçeveleme (yeniden ilişkilendirme) eğilimi olarak tanımlanmaktadır (16). Yapılan çalışmalarda oyunsallığın yakın ilişkilerde doyum ile ilişkili olduğu saptanmıştır (17,18). Yine bir çalışmada oyunsallığın yaşam kalitesine katkı sağladığı gösterilmiştir (19).

Mevcut veriler bipolar bozuklukta evlilik ilişkisinin etkilendiğini göstermekle birlikte, bipolar bozukluk tanılı hastaların evlilik uyumları ile ilişkili olabilecek psikolojik faktörler üzerine çalışmalar kısıtlıdır.

Araştırmamız; bipolar bozukluk tanılı hastalarda evlilik/çift uyumunun; içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik katılık ve oyunsallık ile ilişkisini ve bu değişkenlerin karşılıklı etkileşimini araştırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca bipolar bozukluk

tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın evlilik uyumuyla olan ilişkisine psikolojik katılık ve oyunsallığın aracılık etkisi incelenecektir.

Varsayımlar

1- Bipolar bozuklukta evlilik uyumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif , oyunsallık ile pozitif ve psikolojik katılık ile negatif yönde ilişki vardır.
2- İçselleştirilmiş damgalanma, oyunsallık ve psikolojik katılık düzeyleri evlilik uyumunu yordar.
3- İçselleştirilmiş damgalanmanın evlilik uyumu üzerindeki etkisine psikolojik katılık ve oyunsallık aracılık eder.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Bipolar Bozukluk (BPB) mani, hipomani ve depresyon epizotları ile seyreden, ve bu epizotlar arasında kişinin tümüyle ötimik duygudurum haline dönebildiği kronik seyirli bir psikiyatrik hastalıktır.

Depresyon ve maninin bir fenomen olarak gözlenmesi eski çağlara uzanmaktadır. Homeros mani kavramını öfke anlamında İlyada destanında kullanmıştır. Melankoli ile taşkın duygudurumun bağlantılı olabileceğini Kapadokyalı Aretaeus (MS 2.yy) gözlemlemiş, aynı kişide farklı zamanlarda bu tabloların görülebildiği ifade etmiştir. 19.yy'a gelindiğinde, melankoli ile mani dönemlerin ve bu dönemler arasında da iyilik halinin görülebileceğini ifade eden "Folie Circularie" tanımı ile Jean-Pierre Falret bipolar bozukluğun bir hastalık olarak sınıflandırılmasında önemli rol oynamıştır. Hastalığı ilk defa "manik depresif delilik" olarak tanımlayan, 1895 yılında, Kraepelin olmuştur. Ancak Kraepelin tüm duygudurum bozukluklarını manik depresif delilik kavramı içinde birleştirerek tanımlamıştır. Bu tabloların ayrı olarak ele alınması sonraki yıllarda gerçekleşmiştir. Bu tabloya "Afektif Bozukluklar" adı ise Bleuler tarafından verilmiştir. Kretschmer, Eugen Bleuler, Angst ve Akiskal gibi isimler de bipolar bozuklukla alakalı literatüre önemli katkılar sunmuşlardır. Angst; mani (M), hipomani (m), siklotimi (md), hafif depresyon ve mani (Md), depresyon ve hipomani (Dm) şeklinde sınıflamayı önerirken; Akiskal; bipolar bozukluğu daha geniş bir spektrum olarak ele almış ve literatüre bu konuda katkı sağlamıştır. Tanı sistemi açısından bakılacak olursa; 1980 yılında DSM III'te unipolar ve bipolar bozuklukların "Afektif Bozukluklar" başlığı altında ele alınmasıyla başlayan süreçte, DSM III-R'de Afektif Bozukluk kavramı yerine duygudurum bozuklukları kavramı getirilmiştir. DSM-IV ile duygudurum bozuklukları; bipolar bozukluk tip 1 ve tip 2, siklotimi, başka türlü adlandırılamayan bipolar bozukluk olmak üzere 4 klinik tanıya ayrılmıştır. Daha sonra madde kullanımına bağlı bipolar bozukluk ve diğer tıbbi duruma bağlı bipolar bozukluk alt tanıları DSM IV-TR ile bu

başlığa eklenmiştir. Son olarak DSM V ile "bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar" ve "depresif bozukluklar" şeklinde kategorize edilmiştir.

DSM-5'te klinik olarak iki tipi tanımlanmıştır. Bipolar-I bozukluğu (BPB-I) tanısı koymak için en az bir mani epizotunun varlığı ve tekrarlayan mani/depresyon epizotları gerekli iken bipolar-II (BPB-II) bozukluğu tanısı için hipomani ve tekrarlayan hipomani/depresyon epizotları gereklidir. Bir başka sınıflama sistemi olan ICD-10'da ise bipolar bozukluk tip 1 ve tip 2 şeklinde ayrım yapılmamıştır. İki sınıflandırma sistemi arasındaki temel fark olarak bu ayrım gösterilebilir.

2.1.2. Tanı Kriterleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda yada cinsel bağlamda) yada psiko-devinsel kışkırma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvulsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla iki uçlu I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır. Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. İki uçlu I bozukluğu tanısı konulabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

DSM-5'e Göre Bipolar Bozuklukta Hipomani Dönemi Tanı Kriterleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.

5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirir ya da öyle olduğu gözlenir.

6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda yada cinsel bağlamda) yada psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvulsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızmada artış, sinirlilik ya da kışkırma belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı, ne de iki uçlu bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

DSM-5'e Göre Bipolar Bozuklukta Majör Depresyon Dönemi Tanı Kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklardan beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur. İki uçlu I bozukluğunda yeğin depresyon dönemleri sık görülür ancak iki uçlu I bozukluk tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir.

Bipolar Bozukluk İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. En az bir mani dönemi için tanı kriterleri karşılanmıştır (yukarıda 'Mani Dönemi' başlığının altında yer alan A-D tanı kriterleri).

B. Mani ve majör depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.3. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluğun 12 aylık görülme sıklığı DSM V'te -DSM IV'te de tanımlandığı gibi- %0.6 olarak belirtilmiştir (20). 2011 yapılan toplum temelli bir çalışmada bipolar bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %2.8 olarak bulunmuştur (21). Hastalığın görülme sıklığı erkek ve kadın cinsiyet arasında farklılık göstermemektedir. Ancak bipolar-II bozukluğu kadın cinsiyette daha sık görülmektedir (22). Bipolar bozukluk sıklıkla 20'li yaşlarda başlamaktadır. Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arası fark saptanmamıştır (22). Bipolar bozukluk kırsal bölgelere oranla kentsel bölgelerde daha sık görülmektedir (23).

2.1.4. Etyoloji

Bipolar bozukluk için kapsayıcı ve yeterince net tek bir etyolojik atıf yapmak mevcut veriler ışığında pek mümkün görülememektedir. Biyo-psiko-sosyal etkenlerin tümü hastalığın etyolojisini açıklamada birlikte değerlendirilmektedir (24,25).

Bipolar bozuklukta genetik yatkınlığı önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Yapılan ikiz çalışmaları ile genetik faktörlerin etkisi gösterilmiştir (26). Toplumda BPB görülme ihtimali %0,5 ile 1,5 arasında olmasına rağmen, bu oran BPB tanılı hastaların birinci derece yakınlarında %5-10, monozigot ikizlerde %40-70'dir (24).

Genetik yatkınlığın yanı sıra hastalığın etyolojisinde araştırılan biyokimyasal faktörler vardır. Monoaminerjik sistem bunlar içinde üzerinde en çok durulan etkenlerdendir. Bunun yanı sıra asetilkolin, glutamat ve GABA ile ilgili de çalışmalar mevcuttur (27–29).

Nörobiyolojik değişiklikler ise hastalığın hem akut hem remisyon döneminde saptanmaktadır. Limbik yolağın ve kortikal bilişsel yolakların uyarılma düzeylerinde değişikliklerin olması, subkortikal yapıların (anterior singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks, limbik yapılar vb.) duygudurumu düzenlemede ve duyguların kontrolünü sağlamada yetersiz kalması gibi değişiklikler öne sürülmüştür. Yine epizotlar esnasında limbik ve subkortikal yapıların kanlanma düzeylerinde değişiklikler saptanmıştır (30).

Bunların yanı sıra bipolar bozukluğun inflamasyonla da ilişkili olduğunu, sitokin düzeylerinin bipolar bozuklukta yükseldiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. BPB tanılı hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunu içeren 30 çalışmayı inceleyen bir metanaliz sonucunda BPB'de antiinflamatuar ve proinflamatuar sitokinlerde artış olduğu belirtilmiştir (31). Yine BPB'de sitokin düzeylerini araştıran bir çalışmada, hayvanlar üzerinde deneysel mani oluşturulmuş ve sonrasında serumda ve bazı beyin bölgelerinde TNF-alfa, IL -4, IL-6 ve IL-10 düzeylerinde artış saptanmıştır (32).

Psikososyal faktörler de bipolar bozukluğun etyolojisinde önemli bir yere sahiptir. Stresli yaşam olaylarının ilk epizottan önce görülme ihtimalinin devam eden epizotlardan önce görülme ihtimalinden daha yüksek olduğu bilinmektedir (33). Yaşam olaylarından kaynaklı stresin nörotransmitterlerde ve internöronal ileti sistemlerinde değişiklikler meydana getirdiği; bu değişikliklerin, yeni bir stresör olmasa bile, kişinin tekrarlayan epizotlar yaşamasını kolaylaştırdığı öne sürülmüştür (33).

2.1.5. Gidiş ve Sonlanış

BPB çoğunlukla kronik gidişat gösteren ve tekrarlayıcı bir hastalıktır (33). Kişiden kişiye farklılık gösterse de depresif dönemler hastalığın gidişatında asıl belirleyici olmaktadır (34). Hasta olarak geçirilen sürenin çoğunluğu depresif dönem ile geçmektedir (%67'si depresyon, %20'si mani, % 13'ü karma özellikli dönem) (34). Hastaların yaklaşık %16-20'sinde ise semptomlar kronik bir seyir kazanarak kalıcı hale gelmektedir (35). İlk 5 yıl içinde hastalık %90 oranında tekrarlamaktadır (34). Ara dönemde kalıntı belirtilerin görülmesi hastalığın tekrarlamasının en güçlü yordayıcılarından biridir (36,37). Daha önce geçirilen epizot sayısı da önemli bir yordayıcı faktördür (38).

Hastalığın seyrini öngörmede yardımcı olacak bir takım klinik özellikler tanımlanmıştır. Uzun remisyon dönemlerinin olması, manik epizotların baskın olması, aile içi ve sosyal koşulların iyi olması ve tedavi uyumunun iyi olması hastalığın gidişatı için olumlu göstergelerdir. Kalıntı belirtilerin ara dönemde devam etmesi, erken başlangıç yaşı, ek psikiyatrik tanı, depresyon dönemlerinin uzun sürmesi, hızlı döngülülük, karma dönemlerin varlığı, alkol ve madde kullanım bozukluğu bulunması ise kötü gidişat ile ilişkili bulunmuştur (39).

İntihar davranışı psikiyatrik hastalıkların sağaltımında dikkat edilmesi gereken en önemli risklerden biridir. BPB hastalık seyrinde intihar davranışı normal popülasyona göre 17-20 kat daha sık görülmektedir (40,41). Hastaların %25-68'inin hayatlarında en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu, %4-19'unun ise tamamlanmış intihar girişimi gerçekleştirdiği saptanmıştır (42). İntihar girişimi sonrası ölüm oranı farklı çalışmalarda %6 ve %10-20 oranlarında saptanmıştır (43,44). Tedavisiz geçen sürenin uzunluğu, duygudurum ile uyumsuz psikotik semptomlar, intihar girişimi öyküsü, erken başlangıç yaşı, hızlı döngülülük, işlevsellik kaybının fazlalığı, psikiyatrik ek tanı varlığı çalışmalarda intihar riskini artıran klinik özellikler olarak belirtilmiştir (45,46). İntihar riskini öngörmede en önemli faktör hastanın öyküsünde intihar girişiminin olmasıdır, ayrıca ilk tanı konulduktan sonraki birkaç yıl ve hastanede yatarak tedavi sonrası süreç intihar girişimi açısından riskinin yüksek olduğu dönemler olarak belirtilmiştir (46). Ek tıbbi hastalıkların da etkisi ile bipolar bozuklukta beklenen yaşam süresi normale göre 10 yıl daha kısadır (46,47).

BPB kişinin işlevselliğini de birçok açıdan olumsuz olarak etkilemektedir (48,49). Hastaların psikososyal, mesleki, ailevi işlevleri bu kayıptan etkilenmektedir (50,51). Ötimi dönemi olarak nitelendirilen zamanlarda dahi işlevsellikte önemli kayıplar devam etmektedir (52,53). 261 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada mesleki işlevsellik kaybı tarifleyen hasta oranı %62 olarak saptanmıştır (54). 106 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada ise, 1 yıl sonunda hastaların %48'inde epizot sonlanmış olmasına rağmen hastalık öncesi (premorbid) işlevselle dönme oranı %24 olarak saptanmıştır (49). Ara dönemde kalıntı depresif belirtilerin devam etmesi işlevselliği etkileyen önemli

faktörlerdendir (55,56). Kalıntı belirtilerin ise hastaların büyük çoğunluğunda mevcut olduğu bilinmektedir (57,58).

2.2. ÇİFT UYUMU

Genel olarak uzlaşılmış tek bir tanım bulunmasa da; çift uyumu, eşlerin sağlıklı iletişim kurabilmeleri, birbirleri hakkında olumlu duygu ve düşüncelere sahip olmaları, beraber geçirdikleri zamandan keyif alabilmeleri ve karşılaştıkları sorunlarla etkin bir şekilde işbirliği içinde baş edebilmeleri olarak tanımlanmaktadır(59). Literatür incelendiğinde evlilik uyumu, evlilik doyumu, çift uyumu gibi kavramların birbiri yerine kullanıldığı; evlilik uyumunu değerlendirmek için sıklıkla çift uyumu ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir (60).

Aile içinde iyi bir çift uyumu sosyal refahın bir parçasıdır ve eşler arasında karşılıklı ilgi, anlayış olarak kendini gösteren bir ilişki deneyimi olarak yaşanır (7). Bu ilişkide meydana gelen bozulmalar hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı olumsuz olarak etkileyebilmektedir (61,62). Ruh sağlığı ile evlilik ilişkisi arasında birden çok yönlü etkileşim vardır. Evlilik bir stresör olarak psikiyatrik hastalığın başlamasına veya tekrar etmesine sebep olabileceği gibi, psikiyatrik hastalıklar da evlilik ilişkisini etkilemektedir (63).

2.2.1. Bipolar Bozukluk ve Çift Uyumu

Bipolar bozuklukta işlevselliğin birçok alanda olumsuz olarak etkilendiği bilinmektedir (48). Aile içi işlevler de bipolar bozuklukta etkilenen alanlardan biridir (5). Bipolar bozukluk aile içi işlevsellikte önemli bir kayıp oluşturmakla birlikte; ailedeki bireylerin tutum ve destekleri hastalığın işlevsellik üzerindeki sonuçlarına kolaylaştırıcı veya destekleyici çevresel bir faktör olarak etki edebilmektedir (6,64).

Bipolar bozukluğun evlilik uyumunda kayba yol açtığına dair araştırmalar kısıtlıdır (7,8). Bipolar bozukluk tanılı 49 hasta ile romatoid artirit tanılı 48 hasta ve eşlerinin dahil edildiği bir araştırmada Bipolar tip 1 tanılı hastaların evlilik uyumu kronik bir hastalık olan romatid artirit tanılı hastalardan daha düşük bulunmuştur (9). Aynı çalışmada bipolar grubunda, hastaların eşlerinin, hastalara kıyasla daha düşük evlilik

doyumu yaşadığı sonucuna varılmıştır. Bir başka çalışmada ise hastalık süresi, hastalığın başlama yaşı, evlilik süresi, eğitim durumu, hastanede yatış sayısı ve ilaç uyumunun evlilik uyumu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (10).

Bu veriler göz önüne alındığında bipolar bozuklukta evlilik ilişkisinin hastalığın varlığından etkilendiği görülmektedir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda evlilik uyumu düzeylerini ve sosyodemografik özelliklerin evlilik uyumuna etkisini inceleyen çalışmalar olmakla beraber (7,8,10), psikolojik süreçlerin evlilik uyumuna nasıl etki ettiği ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastalığın evlilik ilişkisine olan etkisi dikkate alındığında, evlilik uyumu konusu ruhsal hastalıklar bağlamında önemli hale gelmektedir.

2.3. DAMGALANMA

Damga, kişiyi diğer insanlardan ayrıştıran, itibarsızlaştıran, küçük düşüren bir işarettir (65). Damgalama, sosyal bağlamda ele alındığında, -kabul edilen- normalden olumsuz yönde farklılık gösterdiğine inanılan kişiye, aileye veya gruba karşı takınılan tavır olarak tanımlanabilir. Günümüzde damgalama terimi geniş manada kullanılmakta ve hem failin hem mağdurun davranışlarına, tutum ve düşüncelerine atıf yapmaktadır (66).

Damgalanmanın nedenleri ve sonuçları genellikle tam olarak ayırt edilemez. Sahip olunan önyargılar hem kendilerini besleyebilir hem de başka önyargılar doğurabilir. Damgalama bazı yayınlarda üç seviyede sınıflanmıştır. Bunlar; yapısal, sosyal ve bireyin kendisidir (self-stigma). Yapısal damgalama resmi idare tarafından, sosyal damgalama sosyal yapılar tarafından, kendini damgalama ise bireyin kendisi tarafından yapılan damgalamadır. Damgalamanın kişi üzerindeki etkisinin çoğu, kendini damgalama (self-stigma) ve algılanan damgalanma (perceived stigma) ile açıklanabilir (67). Algılanan damgalama, kişinin maruz kaldığı olumsuz tutumlar ve dışlanma sebebi ile veya herhangi bir dış faktör olmaksızın damgalanmışlık hissi taşımasıdır (68). Kendini damgalama ise kişinin toplumdaki olumsuz düşünceleri/önyargıları kabullenmesi ve buna bağlı olarak hissettiği zorlayıcı duygularla bir takım kaçınma davranışları sergilemesidir (69).

Ruhsal bozukluklarda damgalama sık görülmektedir (70). 19.yy'da akıl hastalıkları tedavisinin ana sağlık hizmetinden ayrışmasıyla bu tutumun daha belirgin ve yaygın hale geldiği söylenebilir (67). Ancak bu kavram ilk olarak 20.YY'ın ortalarında

Amerikalı bir sosyolog olan Erwin Goffman tarafından bilimsel araştırmalara konu edilmiş, 1970'lerde deneysel bir zeminde incelenmeye başlanmıştır. Araştırmalar, damgalanmanın genellikle farkındalık ve eğitim eksikliğinden, akıl hastalığının doğası ve seyrinden (örn: tuhaf davranışlar, şiddet davranışı) kaynaklandığını göstermektedir (71). Akut dönemde görülen -kabul edilmesi güç- davranışlar, damgalamaya sebep olma açısından, kişinin olağan dışı inanışlarından daha etkili olduğu bildirilmiştir (72).

2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Bipolar Bozukluk

İçselleştirilmiş damgalama, kişinin kendisine karşı yapılan damgalamayı hak verir şekilde kabullenmesi (içselleştirmesi), kendisinin de benzer şekilde içinde bulunduğu duruma yönelik damgalama tutumu sergilemesi ve bu içsel yaşantıların varlığında bir takım işlevsiz davranış kalıpları sergilemesi olarak tanımlanabilir.

Birçok ruhsal hastalıkta olduğu gibi bipolar bozuklukta da içselleştirilmiş damgalanma sık görülmektedir (73–75). Yapılan çalışmalarda psikotik bozukluklarla kıyaslandığında bipolar bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha düşük seviyede saptanmıştır (74,76,77). Ancak her iki grupta oranın benzer olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (74,78).

Yüksek içselleştirilmiş damgalanma, bipolar bozukluk hastalarında kısa remisyon süreleri, zayıf sosyal destek, tedaviye uyumsuzluk ve işlevsellik kaybının fazlalığı ile ilişkili bulunmuştur (76). Ruhsal hastalıkların geneli açısından da içselleştirilmiş damgalanmanın yetersizlik ve utanma duyguları, sosyal ve mesleki işlevselliğinde azalma, toplumdan geri çekilme ile sonuçlandığını gösterilmiştir (79). Yapılan bir niteliksel çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın, bipolar bozukluk tanılı hastalarda hissedilen hastalık yükünü artırdığı, hastaların kendi kişilik algılarını geliştirmelerine ve toplum içinde sağlıklı roller edinmelerine olumsuz etki ettiği bildirilmiştir (80).

2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalama ve Çift Uyumu

İçselleştirilmiş damgalanmanın kişinin mesleki, sosyal ve yakın ilişkilerde işlevselliğini olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir (81). Hançer ve arkadaşlarının bipolar bozukluk tanılı 200 kadın hasta ile yaptığı bir çalışmada içselleştirilmiş

damgalanma düzeyleri arttıkça, evlilik uyumunun bozulduğu ve aile işlevlerinin olumsuz yönde etkilendiği gösterilmiştir (10). Yine bipolar bozuklukta aile işlevleri ve ilişki doyumu ile içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkisinin araştırıldığı farklı çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (12,74). Depresyon tanısı ile takip edilen 120 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma ile evlilik doyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş ve bu ilişkide eş desteği düzeyinin (spousal support) aracı değişken olarak rol oynadığı gösterilmiştir (82).

Sonuç olarak içselleştirilmiş damgalanma tanıdan bağımsız olarak kişinin işlevselliğini, hayat kalitesini ve aile içi işlevlerini etkilemektedir. Çiftin ilişki kalitesi gibi aile içi işlevler de içselleştirilmiş damgalanmadan etkilenmektedir.

2.4. PSİKOLOJİK KATILIK VE PSİKOLOJİK ESNEKLİK

Psikolojik esneklik ve psikolojik katılık, bağlamsal davranış bilimleri (CBS, Contexual Behavioral Science) yaklaşımı çerçevesinde süreç odaklı psikopatoloji bakış açısıyla oluşturulmuş modellerdir.

Psikolojik katılık kişinin duygu ve düşünceleri ile birleşme halinde olması, bağlamsal unsurları bilinçli bir şekilde fark edememesi, bunun sonucu olarak da kısıtlı bir davranış repertuarına sahip olması ve anlamlı bir hayat için adım atmaktan uzak kalması olarak tanımlanmaktadır. Altı alt boyutta incelenmektedir: Bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma, an ile esnek temasın kaybolması/geçmiş ve geleceğin baskınlığı, kavramsal benliğe bağlanma, değerlerden uzaklaşma, kaçınma/ kaçma ve dürtüsellik (83). Psikolojik esneklik ise tam zıddı olarak, kişinin duygularını, düşüncelerini ve bağlamsal unsurları, yaşandığı anın içinde fark edebilmesi ve gözlemleyebilmesi, onlarla esnek bir şekilde ilişki kurabilmesi, bunun sonucunda anlamlı bir hayat yaşamaya doğru adımlar atabilmesi, bu konuda işlevsel bir davranış repertuarına sahip olmasıdır (84). Bu altı alt boyut ayrı ayrı tanımlanmış olmakla birlikte genel olarak birbirleri ile ilişkilidir.

Bilişsel birleşme; kişinin zihnini ve düşüncelerini ayrı bir fenomen olarak görememesidir. Kişi bir düşünceye sahip olduğunda bunu "bir düşünce" olarak tanımlayamaz ve o düşünce ile katı bir ilişki içine girer. Kimi zaman, zihninin dediğini yaparken kimi zaman zihnini ikna için veya zihnini duymamak için çaba sarf eder. Sonuç

olarak düşünceleri her zaman için davranışları üzerinde belirleyici faktör haline gelir. *Yaşantısal kaçınma*; kişinin temas etmek istemediği içsel yaşantıların sıklığını, biçimini, yoğunluğunu değiştirmeye çalışması, işlev bozucu ve etkisiz olsa dahi bu çabasına devam etmesidir. Bir duygu, imaj, bedensel belirti veya temas etmekte zorlandığı herhangi bir içsel yaşantı kişi için kaçındığı faktör haline gelebilir. *An ile esnek temasın kaybolması*; kişinin içinde bulunduğu andaki içsel ve dışsal yaşantılara farkında olarak temas edememesi, bağlamsal unsurların farkındalığını kaybetmesi olarak tanımlanabilir. Genelde bağlamsal unsurlardan biri ile ilişkideki aşırılık diğer unsurların farkındalığının kaybolması ile sonuçlanır. *Kavramsal benlik*; kişinin kendine dair değerlendirmeleri ve etiketleridir. Psikolojik katılığa bakan tarafı ise kişinin bu değerlendirmeler ve etiketlere, bilişsel birleşmede olduğu gibi, katı bir şekilde bağlanması ve bu benlik kavramının davranışlarını belirlemesidir. *Kaçma, kaçınma ve dürtüsellik*; kişinin olumsuzluk atfettiği içsel yaşantılarından kaçma ve kaçınma davranışları göstermesidir. Genelde bu davranışlar negatif pekiştirme ile pekişir ve kişi bu içsel yaşantıların varlığında benzer davranışları -hayatını kısıtlayacak veya olumsuz etkileyecek olmasına rağmen- sürdürür. *Değerlerden uzaklaşma*; buraya kadar bahsedilen kavramlar kişinin davranış repertuarının kısıtlı kalması ve değer verdiği bir hayat yaşayamaması sonucunu doğurmaktadır. Psikolojik katılık kişiyi kıymet verdiği bir hayatı yaşama, buna yönelik planlar yapıp kararlar verme ve adımlar atmaktan geri bırakmaktadır (83).

2.4.1. Psikiyatrik Tanılar ve Psikolojik Katılık

Psikolojik katılığın bir alt boyutu olan yaşantısal kaçınmanın birçok psikopatoloji ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (85). Depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, trikotilomani tanılı hasta gruplarında psikolojik katılığın psikopatoloji ile olan ilişkisi farklı çalışmalarda gösterilmiştir (86–89).

Literatürde psikotik semptomları açıklamada psikolojik katılığın bir alt bileşeni olan yaşantısal kaçınmanın rolü üzerinde durulmuştur (90,91). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 110 şizofreni tanılı hasta ve kontrol grubunu psikolojik katılık düzeylerine bakılmış, şizofreni tanılı grupta psikolojik katılık daha yüksek oranlarda saptanmıştır (92). 100 psikoz hastasının ve 133 sağlıklı gönüllünün dahil edildiği bir çalışmada, hem hasta

grubunda hem sağlıklı grupta, yaşantısal kaçınma düzeyi yüksek olan kişilerin stresli hayat olayları karşısında hezeyan deneyimlemeye daha yatkın oldukları bulunmuştur (93).

Bipolar bozukluk tanı grubunda psikolojik esneklik düzeyleri ile ilgili araştırmalar kısıtlıdır. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında bipolar bozukluk ve sağlıklı grup karşılaştırılmış, bipolar bozukluk grubunda psikolojik katılık anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (94). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, 67 bipolar bozukluk tanılı hasta ve 70 sağlıklı gönüllünün psikolojik katılık düzeylerine bakılmış, benzer şekilde psikolojik katılık düzeylerinin bipolar grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (95). Psikolojik esnekliği artırmayı hedefleyen Kabul Kararlılık Terapisi (KKT) ile farklı merkezlerde içinde bipolar bozukluk tanılı hastaların da bulunduğu, psikotik semptomları olan hasta grubuna müdahale çalışmaları yürütülmüş, artan psikolojik esnekliğin daha az hastane yatışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (96).

Sonuç olarak, psikolojik katılığın birçok psikopatolojiyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Bipolar bozuklukta psikolojik katılığın sağlıklı gönüllülere göre daha yüksek olduğu kısıtlı sayıda çalışmada gösterilmiştir. Psikotik hasta grubunda yaşantısal kaçınma ile hezeyan deneyimleme arasında ilişki olduğunu, artan psikolojik esnekliğin daha az hastane yatışı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bütün bunlar göz önüne alındığında bipolar bozuklukta psikolojik katılık düzeyleri önemli bir değişken haline gelmektedir.

2.4.2. Psikolojik esneklik ve Çift uyumu

Çift uyumu ile kişinin psikolojik iyilik halinin ilişkili olduğu, pozitif yönde korelasyon gösterdiği farklı çalışmalarda gösterilmiştir (97,98). Yüksek psikolojik esnekliğin ise kişinin genel iyilik halini (well-being) pozitif yönde etkilediği bilinmektedir. Ayrıca psikolojik esneklik romantik ilişkilerde doyum düzeyi ile de ilişkidir (99). 174 araştırmanın dahil edildiği bir metanalizde psikolojik katılığın düşük romantik ilişki doyumu, düşük cinsel doyum, fiziksel şiddet, bağlanma anksiyetesi, negatif çatışma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (14). 228 asker ve eşleri ile yapılmış bir başka çalışmada psikolojik katılığın bir boyutu olan yaşantısal kaçınma, kişinin kendisinde ve partnerinde düşük ilişki kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (15). Psikolojik esnekliğin de bir alt boyutu

olan kendindelik odaklı terapi programının uygulandığı bir çalışmada, katılımcılara 2 ay boyunca toplam 8 seans terapi uygulanmış, sonuçta psikolojik esneklik ve evlilik doyumu düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı oranda değiştiği saptanmıştır (100).

2.5. OYUNSALLIK

Oyun kavramı daha çok çocukluk çağına ait çağrışımlar taşısa da yetişkinlerde eğlence eğilimi ve oyunsallık (playfulness) son yıllarda araştırmalara konu olmuştur. Oyunsallık, bir durumu kendine -ve çoğu zaman ötekine- keyif, mizah, eğlence sağlayacak şekilde çerçeveleme (yeniden ilişkilendirme) eğilimi olarak tanımlanmaktadır (16).

Oyun daha çok davranışa vurgu yaparken oyunsallık ve eğlence eğilimi kavramları bir kişilik özelliği olarak ele alınmaktadır (101). Kişinin karşısındaki ile etkileşimini artırdığı, içinden geldiği gibi davrandığı, keyif peşinde olduğu ve ciddiyetten sıyrıldığı etkinliklere olan eğilim oyunsallık veya eğlence eğilimi olarak tanımlanabilir. Bu çerçevede televizyon izlemek kitap okumak oyun kapsamında değerlendirilmezken, sosyalleşme, karşılıklı etkileşim olan oyunlar, dans etmek, keyif için yapılan spor etkinlikleri oyun kapsamında değerlendirilmektedir (101). Genel olarak çerçevesi belli olsa da farklı araştırmacılar oyun ve oyunsallık kavramının içeriğini farklı bileşenler ile tanımlamışlardır (102–104).

Literatür incelendiğinde oyunsallık ile içselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik katılığı doğrudan değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

2.5.1. Oyunsallık ve Çift Uyumu

Yakın ilişkilerde oyun kavramının temelleri ilk olarak Betcher tarafından ortaya atılmıştır (105,106). Betcher, psikodinamik kuramdan yola çıkarak keşif davranışının ve adaptif regresyonun yakın ilişkilerde oyun üzerinden geliştirilebileceğini önermiştir (107). Betcher bu kavramı tanımladıktan sonra çiftlerin oyunsallıklarını değerlendirmek amacıyla Çiftler İçin Oyun ölçeğini geliştirmiştir (105). Bu ölçüm yöntemi kullanılarak yapılan çalışmalar oyunsallıktaki artışın ilişki doyumunu da artırdığına işaret etmiştir (108–110). Sağlıklı gönüllülerde yapılan 161 ve 558 kişilik 2 grup ile yürütülen bir çalışmada oyunsallık ve ilişki doyumu her iki grupta da pozitif yönde ilişkili bulunmuştur

(17). Yine bir başka çalışmada oyunsallık pozitif duygular ve ilişki doyumu ile ilişkili bulunmuştur (18). 55 yaş üstü bireylerle yapılan bir çalışmada ise yaşam kalitesine istatistiksel olarak anlamlı şekilde katkı sağladığı gösterilmiştir (19).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan 21.03.2022 tarih ve 2022-06-09 karar sayılı onay alınmıştır. Tez için S.B.Ü. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SUAM'ın 29.03.2022 tarih 615 protokol no sayılı onay alınmıştır.

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ VE KATILIMCILAR

Çalışma evreni; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Timuçin Oral Duygudurum Merkezinde Bipolar Bozukluk tanısı ile tedavi görmekte olan hastalardan oluşmuştur. Mayıs 2022 ile Ağustos 2022 tarihleri arasında başvurusu olan ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalarla sıralı olarak görüşülmüş; çalışmaya katılım için gönüllü olan, dışlanma kriterlerinden herhangi birini karşılamayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

-18-65 yaş aralığında olmak

-En az 5 yıldır DSM-V tanı ölçütlerine göre Bipolar-I Bozukluk tanısı ile takip ediliyor olmak

-En az son 6 aydır remisyon halinde olmak (bipolar bozukluk için remisyon kriteri olarak Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanının 5'ten düşük, Hamilton Depresyon Ölçeği puanının 7'den düşük olması kabul edilmiştir.)

-Evli ve eşi ile beraber yaşıyor olmak

-Bilgilendirilmiş onam formunu doldurmak ve çalışmayı kabul etmek

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

-Bipolar bozukluk dışında mevcut ek psikiyatrik hastalık tanısı olmak

-Yeti yitimine (bakım gerektirecek düzeyde) neden olan psikiyatri harici kronik hastalık tanısı almış olmak

-Bilgilendirilmiş olur verme kapasitesini ortadan kaldıran ya da güvenilir bilgi vermeyi etkileyebilecek zeka geriliği veya demans tanısı almış olmak.

352 hasta ile görüşme yapılmıştır. Bunlardan 23'ü okur yazar olmadığı, 54'ü 65 yaş üstü olduğu, 28'i 6 aylık remisyon kriterini karşılamadığı, 17'sinin süreğen ek psikotik bulguları olduğu, 108'i bekar olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Kriterleri karşılayan 122 hastalardan 12'si araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. 110 hastaya araştırma bataryası uygulanmış, 11'inin araştırma bataryasını eksik doldurdukları tespit edilmiştir. Sonuç olarak çalışma 99 kişiyle tamamlanmıştır.

3.2. GEREÇLER

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Örneklemin sosyodemografik özelliklerini saptayabilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Yarı-yapılandırılmış bir formdur. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, hastalık öyküsü ve özgeçmişlerine yönelik genel bilgiler sorulmaktadır.

3.2.2. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ)

Spanier (1976) tarafından evli çiftlerin birbiriyle ne derece uyumlu olduklarını ölçmek amacıyla tasarlanan, 34 madde ve 5 alt boyuta sahip olan ölçek; Busby, Crane, Larson ve Christensen (1995) tarafından kısaltılıp 14 maddeye ve 3 farklı boyuta (çift doyumu, görüş birliği, uzlaşma) indirilmiştir (111). Ölçeğin kısaltılmış versiyonun iç tutarlılık katsayı değerleri bütün ölçek için 0.90; çift doyumu, görüş birliği, uzlaşma alt ölçekleri için sırasıyla 0.81, 0.85, 0.80 olarak belirlenmiştir. Öz-bildirime dayalı Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği'nde, kişilerin eşleriyle olan ilişkilerine dair çeşitli alanları kapsayacak şekilde sorular sorulmakta ve 5'li Likert Skalası üzerinden 1 (hiçbir zaman) ve 5 (çoğu zaman) arasında değerlendirilmesi istenmektedir. Ölçeğin 7, 8, 9 ve 10. soruları ters puanlanmaktadır. Katılımcıların ölçekten alabileceği en yüksek puan 70'tir ve kişinin aldığı puan arttıkça çift uyumunun arttığı anlamına gelmektedir. Türkçe uyarlaması ise Bayraktaroğlu ve Çakıcı (2017) tarafından yapılmıştır (112). Çalışmadaki iç tutarlılık katsayı değerleri bütün ölçek için 0.87; doyum, görüş birliği, uzlaşma alt ölçekleri için sırasıyla 0.80, 0.74, 0.80 olarak belirlenmiştir. Ölçekte toplam puan dışında alt ölçeklerin kendi içlerinde aldığı puanlar da kullanılmaktadır.

3.2.3. Çiftler için Oyun Ölçeği-II (ÇOÖ-II, The Play Questionnaire II)

28 maddeden oluşan ve Betcher (1977) tarafından geliştirilen ölçek, çiftlerin evlilik ilişkisinde oyuna (play) yönelik algılarını ve duygularını değerlendimektedir. 28 maddeden oluşan, 5'li Likert tipi ölçektir. "Eşimin mizah anlayışından hoşlanırım", "Eşimle birlikteyken aptalca davranmak beni eğlendirir", "Eşim ve ben baş başayken birçok cinsel oyun oynarız", "Birlikte yapmak için yeni şeyler icat ederiz" gibi maddeler ölçeğe örnek olarak verilebilir. Ölçekte "Nadiren birlikte yeni şeyler yaparız", "Eşimle birlikteyken mantıksız davranmaktan hoşlanmam" "Her seferinde aynı şekilde sevişme eğilimindeyiz" gibi ters puanlanan maddeler de mevcuttur. Katılımcılar her bir maddeyi (1 = kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = nötr, 4 = katılıyorum, 5 = kesinlikle katılıyorum) şeklinde derecelendirmektedirler. Ölçeğin orijinal formunda 5 alt boyutu vardır. Bu 5 alt boyut "Yenilik/kendindelik", "Kontrol/baskınlık", "Eş zamanlı olamama", "Katılık" ve "uyumluluk"tur. 3., 5., 6., ve 10. Maddeler puanlamaya dahil edilmez. Aune ve Wong'un (2002) araştırmasında iç tutarlılık katsayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır. Türkçeye uyarlanması Gör (2021) tarafından yapılmıştır (107). Türkçeye uyarlanma çalışmasında yapılan istatistik sonucu ölçeğin orjinalinde puanlamaya dahil edilmeyen 10.madde puanlamaya katılmış, 3., 5., 6., 15. ve 17. maddeler ise puanlamadan çıkarılmıştır. Bu haliyle Cronbch iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak saptanmıştır. Türkçe formunda 3 alt ölçek vardır. Bu alt ölçekler "Yenilik/kendindelik", "Uyum", "kontrol/katılık"tır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, çiftin ilişkisinde oyunsallığın (playfulness) yükseldiğine işaret etmektedir.

3.2.4. Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II)

Ölçek, Kabul ve Kararlılık Terapi'sinin psikopatoloji yaklaşımının temel bileşenleri olan yaşantısal kaçınma ve psikolojik katılığı ölçmek amacıyla Bond ve ark. (2011) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal adı "Acceptance and Action Questionnaire (AAQ II)" olan Ölçek yedi maddeden oluşmaktadır ve yedili likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlaması Yavuz ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır (113). Ölçek varyansın %61.8'ini açıklayan bir faktörden oluşmakta olup ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.90 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte "Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım,

değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.", "Endişelerim başarılı olmamı engelliyor." ve "Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim." şeklinde maddeler bulumaktadır. Ölçekten alınan puanların artması psikolojik katılığın ve yaşantısal kaçınmanın arttığını göstermektedir.

3.2.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Ersoy ve ark. tarafından yapılmıştır (114). Yabancılaşma, Kalıp yargıların onaylanması, Algılanan ayrımcılık, Sosyal geri çekilme ve Damgalanmaya karşı direnç olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçeği ters kodlanma özelliğinde olup, düşük puanlar damgalanmaya karşı direncin daha iyi olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin toplam puanının literatürde 2 farklı şekilde hesaplandığı görülmektedir. Bu fark damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin puanlarının 2 farklı şekilde hesaplanmasından kaynaklanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında puanlama şu şekilde yapılmıştır; damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği haricindeki maddelerin puanları direkt olarak toplanıp, bu alt ölçeğin madde puanları ise bu toplamdan çıkarılmıştır. Çalışmamızda toplam puan hesaplanması Türkçe geçerlilik güvenilirliğinde olduğu şekilde yapılmıştır. Ölçekten elde edilen toplam puan 4 ile 91 arasında değişmektedir. RHİDÖ'de yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

3.2.6. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Max Hamilton (1960) tarafından yayınlanan ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. 17 sorudan oluşmaktadır. Görüşmeci tarafından doldurulan ölçekte son bir hafta içindeki depresif belirtiler sorgulanır. Ölçek toplam puanı 0 ile 53 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesme puanı yedidir. Ölçekten alınan toplam puana göre, 0-7 puan depresyon bulunmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğine dair çalışma, Akdemir ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır (115).

3.2.7. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve arkadaşları (1978) tarafından manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artısı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt grupları bulunmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (116).

3.3. İŞLEM

Araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan hastalar görüşmeci tarafından bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan yazılı olarak aydınlatılmış onam alınmıştır. Görüşmeci tarafından Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulanmıştır. Sonrasında katılımcılar tarafından Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ), Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II) ve Çiftler İçin Oyun Ölçeği-II (ÇOÖ-II) doldurulmuştur.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25 versiyonu ve Jamovi 1.8.1 versiyonu kullanılarak istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, ortanca, standart sapma, 1. Ve 3. Çeyrekler, box-plot) kullanılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıp dağılmadığı basıklık-çarpıklık değerleri ve histogram ile incelenmiştir. Değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren veriler için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen veriler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bipolar bozukluk tanılı hastaların çift uyumunu yordayan faktörlerin incelenmesinde YÇUÖ'nün bağımlı değişken olarak belirlendiği regresyon analizi yapılmıştır. RHİDÖ, KEF ve ÇOÖ-2'nin bağımsız değişken olarak belirlendiği basit doğrusal regresyon analizleri ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. RHİDÖ ile YÇUÖ arasındaki ilişkide KEF ve ÇOÖ-2'nun aracılık rolü Jamovi istatistik programının bir eklentisi olan ve aracı değişken analizi için geliştirilen MedMod eklentisi kullanılarak ileri istatistik analize (regresyon tabanlı aracı değişken analizi) tabi tutulmuştur.

4. BULGULAR

Araştırmaya bipolar bozukluk tanılı 99 olgu dahil edilmiştir. Olguların yaş ortalaması 44,85±7,26 olup, 41'i erkek (%41,4) 58'i (%58,6) kadındı. Tüm katılımcılar evli olup 82'si (%82,8) çocuk sahibiyken, 17'sinin (%17,2) çocuğu yoktu. Hastaların evlilik sürelerinin ortalaması 19,24±9,53 yıldı. Hastalık başlama yaşı ortalaması 24,57±7,46 yaş saptanırken, toplam hastalık sürelerinin ortalaması 20,28±8,32 yıl olarak saptandı. 24 hastanın (%24,2) daha önce hiç yatışı olmamıştı. Tüm sosyodemografik veriler Tablo-1 ve Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo-1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Ort.	SS	Min-Max
Yaş	44,85	7,26	28-65
Hastalık Süresi	20,28	8,32	1-41
Evlilik Süresi	19,24	9,53	2-43
Hastalığın Başlama Yaşı	24,57	7,46	13-45
Yatış Sayısı	2,28	3,2	0-17

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks.=Maksimum

Tablo-2: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-2

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	41	41,4
	Kadın	58	58,6
Çocuk Durumu	Var	82	82,8
	Yok	17	17,2
Hastane Yatışı	Var	75	75,8
	Yok	24	24,2
Eğitim Düzeyi	Okuma yazma bilen	18	18,2
	Orta okul	27	27,3
	Lise	30	30,3
	Üniversite ve üstü	24	24,2
İlk tanı konulma zamanı	Evlilikten önce	55	55,6
	Evlilikten sonra	44	44,4
Eşte psikiyatrik hastalık	Var	7	7,1
	Yok	92	92,9
Hane halkı	Sadece Eş	23	23,2
	Eş ve Çocuklar	69	69,7
	Geniş aile	7	7,1
Çocuk Sayısı	0	18	18,2
	1	38	38,4
	2	31	31,2
	3	10	10,1
	4	2	2
Çalışma durumu	Çalışıyor	38	38,4
	Düzensiz	8	8,1
	Çalışmıyor	40	40,4
	Engelli/emekli maaşı alıyor	13	313,1

Ölçeklere Ait Ortalama Puanların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeğinin toplam puan ortalaması 46,13±9,09 olarak bulunmuştur. Aynı ölçeğin "doyum" alt ölçeğinin ortalaması 16,07±3,5, "uzlaşım" alt ölçeği ortalaması 22,44±5,14, "görüş birliği" alt ölçeğinin ortalaması 7,62±1,97 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların RHİDÖ toplam puan ortalaması 31,1±12,9, "Yabancılaşma" alt boyutu puan ortalaması 11,6±4,02, "kalıp yargılar" alt boyutu puan ortalaması 12,39±3,68, "algılanan ayrımcılık" alt boyutu puan ortalaması 9,38±3,07, "sosyal geri çekilme" alt boyutu puan ortalaması 11,09±3,77, "damgalanmaya karşı direnç" alt boyutu puan ortalaması 13,36±2,9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların Çift Oyunsallığı Ölçeği-2 toplam puan ortalaması 68,05>11,5 saptanmıştır, alt ölçeklerden "yenilik/kendindelik" için ortalama puan 19,66±6,9, "uyum" için ortalama puan 24,67±6,64, "kontrol/katılık" için ortalama puan 24,28±5,86 olarak saptanmıştır. Kabul Eylem Formu-2'nin ise toplam puan ortalaması 21,31±9,61 olarak bulunmuştur. Ölçek puanlarına ait değerler Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo-3: Ölçeklere Ait Puan Ortalamaları

		Ort-SS	Min-Max
KEF-2	KEF-2 Toplam	21,31 (9,61)	7-49
ÇOÖ-2	Yenilik/kendindelik	19,66 (6,9)	1-36
	Uyum	24,67 (6,64)	11-35
	Katılık/katılık	24,28 (5,86)	8-36
	ÇOÖ-2 Toplam	68,05 (11,5)	42-99
RHİDÖ	Yabancılaşma	11,6 (4,02)	6-24
	Kalıp yargılar	12,39 (3,68)	7-22
	Algılanan ayrımcılık	9,38 (3,07)	5-18
	Sosyal geri çekilme	11,09 (3,77)	6-22
	Damgalanmaya direnç	13,36 (2,9)	5-18
	RHİDÖ Toplam	31,1 (12,9)	9-68
YÇUÖ	Doyum	16,07 (3,5)	5-22
	Uzlaşım	22,44 (5,14)	6-30
	Görüş birliği	7,62 (1,97)	1-12
	YÇUÖ Toplam	46,13 (9,09)	12-62

ÇOÖ-2: Çift oyunsallığı ölçeği-2 KEF-2: Kabul eylem formu-2 RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği YÇUÖ: Yenilenmiş çift uyum ölçeği
Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks.=Maksimum

Ölçeklere ait basıklık çarpıklık değerleri Tablo-4'te verilmiştir. Skewness-Kurtosis değerleri üzerinden incelendiğinde tüm ölçekler normal dağılıma uygunluk göstermiştir.

Tablo-4: Ölçeklere ait basıklık çarpıklık değerleri

	Skewness	Kurtosis
KEF-2	0,635	0,037
RHİDÖ	0,702	-0,065
ÇOÖ-2	0,189	0,065
YÇUÖ	-0,942	1,10

ÇOÖ-2: Çift oyunsallığı ölçeği-2 KEF-2: Kabul eylem formu-2 RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği YÇUÖ: Yenilenmiş çift uyum ölçeği

Hastalık Başlangıç Zamanı ve Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalığın evlilikten önce veya sonra başlamasına göre hastalar iki bağımsız gruba ayrıldı. Bu bağımsız gruplar arasında çift uyumu düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği student-t testi ile incelendi. Yapılan analizin sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastalığın evlilikten önce başladığı grupta YÇUÖ'nün ortalaması 48,1 olarak saptanırken, hastalığın evlilikten sonra başladığı grupta YÇUÖ'nün ortalaması 43,7 olarak saptandı. Etki büyüklüğü orta düzeyde bulundu (cohen's d: 0,5). Analize ait sonuçlar Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo-5: Evlilikten önce ve sonra tanı alan hastaların yenilenmiş çift uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Evlilikten önce			Evlilikten sonra			p	Cohen's d
	n	M	SD	n	M	SD		
YÇUÖ	55	48,1	8,02	44	43,7	9,82	**0,016***	0,497

Student-t testi. *p<0,05 , **p<0,01 YÇUÖ: Yenilenmiş çift uyum ölçeği

Hastalar cinsiyete göre kadın ve erkek olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Ölçek puanları için gruplar arası fark incelendi. YÇUÖ, KEF-2, ÇOÖ-2 puanlarında anlamlı fark bulunmazken, RHİDÖ puanları iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdi. İstatistiğe ait değerler Tablo-6'de gösterilmiştir.

Tablo-6: Ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması

	Erkek (n=41)	Kadın (n= 58)	p
	Ort. (SS)	Ort. (SS)	
ÇOÖ-2	67,6 (9.02)	68,4 (13,04)	0,724
KEF-2	23,5 (8,48)	19,8 (8,48)	0,055
RHİDÖ	59,7 (14,42)	53,6 (11,13)	**0,019***
YÇUÖ	47,8 (7,41)	45 (10,01)	0,136

Student-t testi. ÇOÖ-2: Çift oyunsallığı ölçeği-2 KEF-2: Kabul eylem formu-2 RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği YÇUÖ: Yenilenmiş çift uyum ölçeği
Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma

Ölçekler Arası İlişkilerin Değerlendirilmesi

Ölçek puanları arasındaki korelasyon ilişkisini ölçmek için yapılan analizde; Çift uyum ölçeği KEF-2 (r=-,237) ve RHİDÖ (r=-,269) ile negatif yönde ÇOÖ-2 (r=,447) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. KEF-2 ile RHİDÖ arasında pozitif yönde ilişki(r=,652) bulunurken, KEF-2 ile ÇOÖ-2 arasında negatif yönde ilişki bulundu(r=-,262). ÇOÖ-2 ile RHİDÖ arasında ise negatif yönde ilişki (r=-,283) saptandı. Bulgular Tablo-7'de gösterilmiştir.

Tablo-7: Ölçek puanları arası ilişkiler

	YÇUÖ	KEF-2	ÇOÖ-2	RHİDÖ
YÇUÖ	1			
KEF-2	**-0,237***	1		
ÇOÖ-2	**0,447****	**-0,262****	1	
RHİDÖ	**-0,269****	**0,652****	**-0,283****	1

*p<0,05 , **p<0,01 ÇOÖ-2: Çift oyunsallığı ölçeği-2 KEF-2: Kabul eylem formu-2 RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği YÇUÖ: Yenilenmiş çift uyum ölçeği

Sosyodemografik verilerle çift uyumunun ilişkisi incelendiğinde, yaş, evlilik süresi, eğitim düzeyi, hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, evde kimle yaşadığı, yatış sayısı gibi değişkenlerinin YÇUÖ ile ilişkili olmadığı saptandı. Değişkenlere ait korelasyon değerleri Tablo-8'de gösterilmiştir.

Tablo-8: Sosyodemografik değişkenlerle ölçek puanlarının ilişkisi

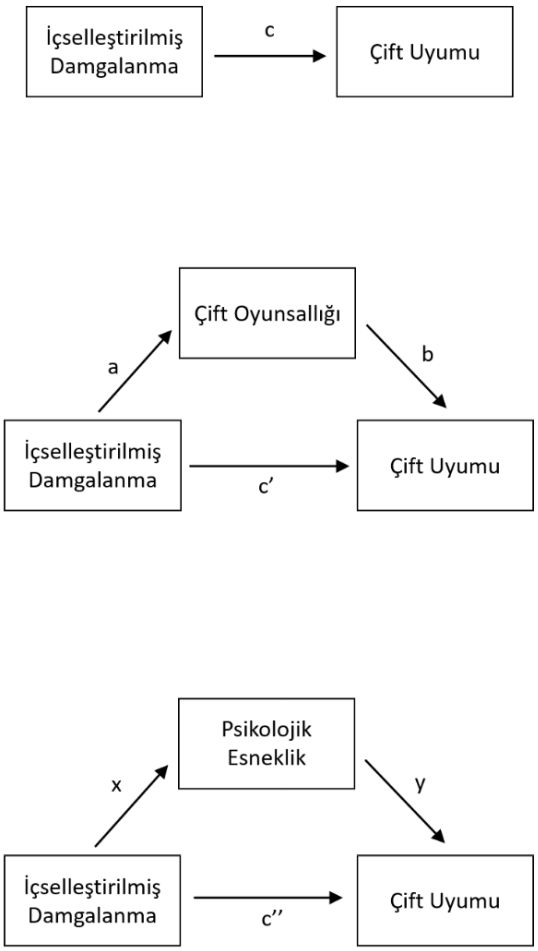
	Yaş (r)	Evlilik Süresi (rho)	Çocuk Sayısı (rho)	Yatış Sayısı (r)	Hastalık Süresi (r)	Başlama Yaşı (rho)	Eğitim Düzeyi (rho)
RHİDÖ	0,021	-0,043	0,057	0,034	-0,034	0,075	0,064
YÇUÖ	-0,036	-0,092	**-0,209***	-0,023	0,105	-0,112	-0,064
KEF-2	-0,015	-0,054	-0,008	-0,040	-0,004	-0,006	-0,075
ÇOÖ-2	0,015	-0,163	-0,155	-0,026	-0,024	-0,28	**0,227***

Pearson Korelasyon (r), Spearman Korelasyon (rho) *p<0,05 **p<0,01
ÇOÖ-2: Çift oyunsallığı ölçeği-2 KEF-2: Kabul eylem formu-2 RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği YÇUÖ: Yenilenmiş çift uyum ölçeği

Mediyasyon (Aracı Değişken) Analizi

Aracılık testi, bağımsız (yordayıcı) değişkenin, aracı bir değişken üzerinden, bağımlı değişken üzerindeki dolaylı etkisinin istatistiksel olarak anlamlılığının incelenmesidir (117). Şekil-1'de gösterilen ilişkiler üzerinden tanımlanacak olursa; içselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki dolaylı etkisi (a*b), içselleştirilmiş damgalanmanın çift oyunsallığı üzerindeki etkisi (a) ve çift oyunsallığının çift uyumu üzerindeki etkisine (b) bağlı olarak hesaplanmaktadır (Hayes, 2011). İçselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki toplam etkisi (c), içselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki doğrudan etkisiyle (c') dolaylı etkisinin toplamından edinilmiştir. Benzer ilişkiler psikolojik katılığın aracı değişken rolü için de geçerlidir (x, y ve c'' ilişkileri). Aracı değişken etkisinin anlamlılığı test edilirken Bootstrap yöntemi kullanılmıştır. Bootstrap %95 Bias-Corrected ve Accelerated (BCa) güven aralığı (GA) değerlerinin 0 (sıfır) içermiyor olması aracılık değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğunu göstermektedir (117).

Şekil-1: Aracı değişken analizine ait modeller



İçselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki etkisine ve psikolojik katılık ile çift oyunsallığının aracılık rolüne dair modeller Şekil-1'de gösterilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma ve çift oyunsallığı ayrı ayrı basit doğrusal regresyona tabi tutulduğunda her iki ilişki de (b ve c ilişkileri) anlamlı olarak saptandı. İçselleştirilmiş damgalanma ve çift oyunsallığı değişkenlerinin çift uyumu ile olan ilişkisini test için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulandığında, çift oyunsallığı çift uyumunu anlamlı şekilde pozitif yönde yordarken, içselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki yordayıcı etkisi anlamsızlaştı. İçselleştirilmiş damgalanmanın bağımsız, çift oyunsallığının bağımlı değişken olarak alındığı (a ilişkisi) basit regresyon analizi uygulandığında içselleştirilmiş

damgalanma çift oyunsallığını anlamlı düzeyde yordadı. Bu veriler çift oyunsallığının İçselleştirilmiş damgalanma ile çift uyumu arasında aracı değişken rolü olduğunu göstermektedir. x ve y ilişkileri ayrı ayrı basit doğrusal regresyon ile test edilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma psikolojik katılığı anlamlı olarak yordadı (x ilişkisi). Psikolojik katılık çift uyumunu anlamlı olarak yordadı (y ilişkisi). İçselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik katılık çoklu regresyon analizinde test edildiğinde, içselleştirilmiş damgalanmanın anlamlı olan yordayıcı etkisi(c) anlamsızlaştı. a, b, c, x ve y ilişkilerine ait basit doğrusal regresyon analizlerinin sonuçları Tablo-9'de verilmiştir.

Tablo 9: Aracı değişken analizine ait modeldeki değişkenlerin basit doğrusal regresyon analizlerine dair sonuçlar

				%95 G.A.			
		Tahmin	SE	Alt Sınır	Üst Sınır	R^2	p
a	İ.D. => Ç.O.	-0,253	0,087	-0,425	-0,081	0,071	**0,004**
b	Ç.O. => Ç.U.	0,353	0,072	0,211	0,496	0,200	**<0,001**
c	İ.D. => Ç.U.	-0.190	0,069	-0,327	-0,053	0,073	**0,007**
x	İ.D. => P.K.	0,486	0,057	0,373	0,600	0,426	**<0,001**
y	P.K. => Ç.U.	-0,224	0,093	-0,409	-0,039	0,056	**0,018**

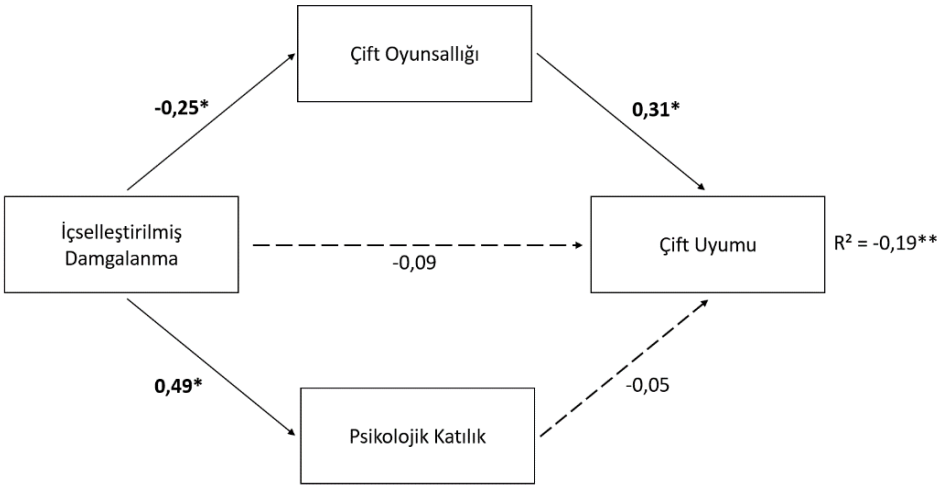
İ.D.: İçselleştirilmiş Damgalanma, Ç.O.: Çift Oyunsallığı, Ç.U.: Çift Uyumu, P.K.: Psikolojik katılık

Analizde test edilen model ve değişkenler arası ilişkilere ait değerler yine Şekil-2'de gösterilmiştir.

Test edilen modelde içselleştirilmiş damgalanmanın çift oyunsallığı ve psikolojik katılığı doğrudan yordadığı, çift oyunsallığının çift uyumunu yordarken psikolojik katılığın çift uyumunu anlamlı düzeyde yordamadığı saptandı. Ayrıca içselleştirilmiş damgalanma çift oyunsallığı üzerinden uyumu dolaylı olarak anlamlı düzeyde yordarken, psikolojik katılığın aracılık ettiği yol üzerinden anlamlı düzeyde yordamadı. İçselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki toplam etkisi anlamlı düzeyde yordayıcı bulundu. İçselleştirilmiş damgalanma ve çift uyumu arasındaki ilişkide çift

oyunsallığı ve psikolojik katılığın aracılık rolüne dair Jamovi istatistik programı aracılığıyla yapılan aracı değişken analizi sonuçları ve Bootstrap ile elde edilen %95 güven aralığı (GA) (Bias-Corrected ve Accelerated) değerleri Tablo-10'da özetlenmiştir.

Şekil-2: Test edilen aracı değişken modeli



Tablo-10: Aracı değişken analizi modeline ait dolaylı ve doğrudan etkilere dair sonuçları

				95% G.A.				
Model	Model yolları	Tahmin	SE	Alt Sınır	Üst Sınır	β	Z	p
Dolaylı Etki	İ.D. => Ç.O. => Ç.U.	-0,080	0,029	-0,135	-0,023	-0,113	-2,790	**0,005**
	İ.D. => P.K. => Ç.U.	-0,025	0,061	-0,146	-0,094	-0,035	-0,403	0,687
Bileşenler	İ.D. => Ç.O.	-0,253	0,076	-0,399	-0,102	-0,284	-3,340	**< ,001**
	Ç.O. => Ç.U.	0,315	0,076	0,166	0,464	0,399	4,141	**< ,001**
	İ.D. => P.K.	0,486	0,055	0,379	0,593	0,652	9,908	**< ,001**
	P.K. => Ç.U.	-0,051	0,124	-0,296	0,190	-0,054	-0,410	0,682
Doğrudan Etki	İ.D. => Ç.U.	-0,086	0,089	-0,257	0,091	-0,122	-0,962	0,336
Toplam	İ.D. => Ç.U.	-0,190	0,069	-0,324	-0,055	-0,269	-2,769	**0,006**

İ.D.: İçselleştirilmiş Damgalanma, Ç.O.: Çift Oyunsallığı, Ç.U.: Çift Uyumu, P.K.: Psikolojik katılık
Not. (a) Güven aralıkları standart (delta) metod ile hesaplanmıştır.

Tablo-10 incelendiğinde, içselleştirilmiş damgalanmanın çift oyunsallığını negatif yönde (β=0,28), çift oyunsallığının çift uyumunu pozitif yönde (β=0,40), içselleştirilmiş damgalanmanın psikolojik katılığı pozitif yönde (β=0,65) anlamlı düzeyde yordadığı, içselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki toplam etkisinin (β=-0,27) negatif yönde ve anlamlı olduğu saptandı.

Sonuç olarak çift oyunsallığı içselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki etkisinde aracılık rolü oynadı. Psikolojik katılık ise içselleştirilmiş damgalanma ve çift uyum ilişkisinde aracı değişken olarak rol oynamadı.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanısı almış ve evli olan hastaların çift uyumu, içselleşmiş damgalama, psikolojik katılık ve oyunsallık düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çift uyumunu yordayan faktörlere ilişkin yeni bir modelin test edilmesi birincil olarak amaçlanmıştır. Bununla birlikte sosyodemografik özellikler ve hastalığa ait özelliklerin kişinin çift uyumu ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini nasıl etkilediği de çalışma kapsamında incelenmiştir.

5.1. Tanımlayıcı bulgular

Çalışmamız bipolar bozukluk tanılı 41 erkek 58 kadın hasta ile yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 44,9 yıl, hastalık süresi ortalaması 20,3 yıl olarak saptanmıştır. Yaş ortalaması ve hastalık süresi gibi veriler araştırmanın yapıldığı merkezin demografik özellikleri ile uyumludur. Duygudurum bozukluğu tanılı yaklaşık 1300 hastanın takip edildiği bu merkezde daha önce yapılmış tez çalışmalarında benzer demografik özellikler saptanmıştır (118,119). Takip edilen hastaların büyük kısmının 2003-2012 yılları arasında merkeze kayıtları yapılan hastalar olması, yaş ortalamasının yüksekliğini açıklayabilir. BPB-I'de kadın/erkek oranının eşit olduğu düşünüldüğünde (20), örneklemimizde kadın/erkek oranın yüksekliği kadınlarda daha yüksek evlilik oranının görülmesi ve hastaların takip edildiği merkezin sosyo demografik özellikleri ile açıklanabilir (120,121).

Hastaların %24'ü lisans (ve üstü), %30'u lise, %27'si orta okul mezunuydu, %18'i daha az eğitim yılı olan ancak okuma-yazma bilenlerden oluşmaktaydı. Ege üniversitesinde duygudurum merkezinde yürütülen bir tez çalışmasında lisans ve üstü eğitim oranı %47 olarak tespit edilirken (122); ülkemizde yürütülmüş olan diğer çalışmalarda lisans ve üstü eğitim oranın % 11,4 ile % 32 arasında değiştiği görülmektedir (9,121,123,124). Genel olarak değerlendirildiğinde örneklemimizin eğitim düzeyi açısından ülke verilerine benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Örneklemin çalışma durumu incelendiğinde, %38'inin düzenli iş sahibi olduğu, %40'ını çalışmadığı, %13'ünün ise emekli ya da engelli maaşı aldığı görülmüştür. Çukurova tıp fakültesinde yürütülen bir tez çalışmasında çalışma/çalışmama oranları araştırmamızdakine benzer olarak bulunmuştur (125). 7 farklı coğrafi bölgeden 500'ün

üzerinde bipolar bozukluk tanılı hastanın dahil edildiği, ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada hastaların %24.8'inin gelir elde ettiği bir işinin olduğu tespit edilmiştir (126). Araştırmamızda hastaların çalışma durumlarının daha yüksek olması merkezimizdeki hastaların ve yakınlarının belirli aralıklarla psikoeğitim almaları, çalışma şartları konusunda yasal mevzuatlara/yönetmeliklere yönelik daha çok bilgiye sahip olmaları, merkezdeki ruh sağlığı çalışanlarının bu konuda takibi ve bilgilendirmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda hastalığın başlangıç yaşı 24,57±7,26 olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da hastalığın başlama yaşının bizim örneklemimizinki ile benzer olduğu görülmektedir (121,127). Kiminle beraber yaşadıklarına dair veri incelendiğinde, yine ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer şekilde hastaların %7'sinin geniş aileyle, %93'ünün çekirdek aileyle yaşadığı görülmektedir (9,128).

5.1.1. Sosyodemografik veriler ve hastalık özelliklerinin çift uyumu ile ilişkisi

Literatür çift uyumuna etki eden faktörlerin araştırıldığı çalışmalar açısından incelenmiş ve sosyodemografik verilerin çift uyumuna etkisi ile ilgili bulgular gözden geçirilmiştir. Sağlıklı bireylerle yürütülmüş, 787 katılımcının dahil edildiği, evlilik uyumu ile sosyodemografik verilerin ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada; yaş, evlilik süresi, çocuk sayısı evlilik uyumu ile pozitif yönde ilişkili bulunduğu görülmüştür (129). Bipolar bozukluk tanılı 200 hasta ile ülkemizde yapılmış bir çalışmada benzer şekilde yaş, evlilik süresi, hastalık süresi, hastalığın başlama yaşı, eşin yaşı veya eşin eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin çift uyumu ile pozitif yönde ilişkili bulunduğu görülmüştür (10). Öte yandan, 2014 yılında bipolar bozukluk tanılı hastalar ile yürütülmüş bir tez çalışmasında; aile işlevleri ve çift uyumu ile hastalık süresi, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı gibi değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(130). Mevcut literatürün sonuçlarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Çalışmamızda ise çift uyumu ile yaş, evlilik süresi, eğitim düzeyi, hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, evde kimlerin yaşadığı, yatış sayısı gibi değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızın 3. basamak hizmet veren bir dal polikliniği olan duygudurum merkezinde yürütülmüş olması sebebiyle hastaların yaş ortalaması ve dağılımının farklılık göstermesi, sadece ayaktan tedavi gören hastaları içermesi, hastaların belirli bir alana hizmet veren bir merkezden alınması sebebiyle örneklemin sosyokültürel açıdan homojen olması sonuçlar üzerine etkili olmuş olabilir. Çalışmamızın sosyodemografik değişkenler ile çift uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığına dair sonuçları bipolar bozukluk gibi kronik gidişat gösteren, işlevsellik kaybının belirgin olduğu ve bakım veren yükünün arttığı bir hastalıkta çift uyumuna etki edebilecek psikolojik süreçlerin de araştırılması gerekliliğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda hastalığın evlilikten önce veya sonra başlamasının çift uyumunda anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Evlilik öncesi bipolar bozukluk tanısı alan grubun çift uyumu, evlendikten sonra tanı alan gruba göre daha yüksek olarak bulundu. Literatür tarandığında hastalık başlangıcı ve evliliğin zamansal ilişkisi değişkeninin çift uyumu ile ilişkisine dair bir incelemenin yapılmadığı görülmüştür. Ancak bipolar bozukluk tanılı 19 hasta ve eşinin dahil edildiği 1981 yılına ait bir çalışmada, hastaların eşlerinin yarısına yakını evlilikten önce eşinin hastalık tanısını biliyor olsalardı hiç evlenmeyeceklerini veya çocuk yapmayacaklarını ifade etmişlerdir (131). Hastalarda ise bu oranın %5 olduğu saptanmıştır. Bu durum hastaların evlilik üzerindeki hastalık yükünü minimize etmeleri ve hastalığın genetik yükünü inkar etmeleri ile ilişkilendirilmiş ancak psikolojik süreçlere ilişkin bir değerlendirme yapılmamıştır. Psikiyatrik hastalıklarda sık görülen içselleştirilmiş damgalanmanın, yakın ilişkilerdeki tutumları etkilediği göz önüne alındığında, evlilik öncesi hastalık tanısı alan kişiler evliliğin hiç yapılmaması veya ertelenmesi şeklinde bir tutum sergilemiş olabilir (74). Nitekim BPB'te evlilik oranları genel topluma oranla daha düşüktür (132). Damgalanmanın yakın ilişkilerdeki tutuma etkisi, evlilik öncesi bipolar bozukluk tanısı alan kişilerden işlevselliği görece yüksek olan ve tedavi uyumu daha iyi olan grubun evlilik gerçekleştirmesi şeklinde sonuçlanmış olabilir. Bu da evliyken hastalık tanısı alan grup ile evlilikten önce hastalık tanısı alan grubun çift uyumundaki farkı açıklayabilir. Ayrıca evlilik kararı öncesinde hastalığın varlığının biliniyor oluşu, her iki kişinin de evlilik sürecinde karşılaşacakları zorluklara

daha hazırlıklı olmaları ile sonuçlanmış olabilir. Bunun da evlilik uyumuna etki ettiği düşünülebilir.

Çalışmamızda cinsiyete göre çift uyumu düzeyleri karşılaştırıldığında, literatürle uyumlu şekilde iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Benzer sonuçlara ülkemizde yürütülen bir tez çalışmasında da ulaşılmıştır. 49 katılımcı ile yapılan bu çalışmada cinsiyetler arasında aile uyumunun farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır (130).

5.2. Değişkenlerin kendi aralarındaki ve çift uyumu ile olan ilişkisi

Çalışmamızda çift uyumuna etki eden faktörlerin incelenmesi hedeflenmiş, bu amaçla psikolojik katılık, oyunsallık, içselleştirilmiş damgalanma ve çift uyumu düzeylerinin birbirleri ile ilişkisine bakılmıştır. Uygulanan basit doğrusal regresyon analizlerinde psikolojik katılık, içselleştirilmiş damgalanma, oyunsallık ayrı ayrı incelendiğinde çift uyumu için yordayıcı oldukları saptanmıştır. Çoklu regresyon analizi uygulandığında ise oyunsallık çift uyumunu yordarken psikolojik katılık ve içselleştirilmiş damgalanma yordamamıştır.

5.2.1. Psikolojik katılık ve çift uyumunun ilişkisi

Psikolojik esnekliğin yakın ilişkiler ve aile içi işlevlere etkisine dair çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Psikolojik esneklik ile aile dinamiklerini araştıran ve 174 çalışmanın dahil edildiği bir metanalizde, şimdiki an ile temasın azalması, duygu ve düşüncelere katı bir şekilde yanıt verilmesi gibi psikolojik katılığın alt boyutları olan süreçler düşük ilişki doyumu ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca artmış olan psikolojik katılığın şimdiki ilişki doyumunu düzeyini ve gelecek 6 aydaki azalmayı öngördüğü tespit edilmiştir. Aile işlevlerine ait aile uyumu ve aile çatışması değişkenleri ile psikolojik katılık ve psikolojik esneklik ilişkili bulunmuştur (14). An ile esnek temasın düşüklüğü ve psikolojik katılıktaki yükseklik, aile uyumundaki düşüklüğü öngörmektedir. Yine aynı matanalizde kişinin psikolojik katılık düzeyindeki artış, partnerde de düşük ilişki doyumu ile ilişkili bulunmuştur. 176 çift ile yapılan bir çalışmada, kendindelik (mindfulness) ölçeği kullanılmış ve içsel yaşantıların yargılanmaması (Nonjudgment of Inner Experience) alt boyutunun kişinin ilişki doyumu için öngörücü olduğu, içsel yaşantılara

karşı reaktif olmama (Nonreactivity of Inner Experience) alt boyutunun ise hem kişinin hem de partnerin ilişki doyumu için öngörücü olduğu saptanmıştır. Literatürle uyumlu şekilde çalışmamızda psikolojik katılık ile çift uyumunun negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak araştırmamızda içselleştirilmiş damgalanma, oyunsallık ve psikolojik katılığın bağımsız değişken olarak test edildiği çoklu regresyon analizinde psikolojik katılığın çift uyumunu yordamadığı görülmüştür. Kronik hastalıklarda ve özellikle bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozuklukta psikolojik katılığı genel olarak değerlendirmek yerine her alt boyutun özel olarak değerlendirilmesi daha kesin sonuçlara ulaşmak açısından önemli olabilir. Psikolojik katılığa ait yaşantısal kaçınma ve bilişsel birleşme gibi boyutların ayrı ayrı, psikopatolojiler ile ilişkisine dair çalışmalar bu görüşü desteklemektedir (85,133,134).

5.2.2. İçselleştirilmiş damgalanma ve çift uyumunun ilişkisi

Araştırmamızda kısıtlı sayıdaki literatürle uyumlu olarak yüksek içselleştirilmiş damgalanma düşük çift uyumu ile ilişkili bulunmuştur. Bipolar Bozuklukta evlilikte uyum ve içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkisini inceleyen bipolar bozukluk tanılı evli 200 kadın hastanın dahil edildiği bir çalışmada, RHİDÖ, Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılmış, içselleştirilmiş damgalanma ve evlilikte uyumunun ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada, evlilik ilişkisinden alınan doyum ve evlilik uyumunu ölçmeyi amaçlayan EUÖ puanları ile RHİDÖ arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (10). Aynı ilişki başka bir çalışmada depresyon tanı grubu için araştırılmış, içselleştirilmiş damgalanmanın evlilik uyumunu negatif yönde yordadığı, eş desteği düzeyinin bu ilişkide aracılık rolü oynadığı tespit edilmiştir (82). Yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmalar incelendiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın aile içi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk tanılı toplam 153 kişinin dahil edildiği bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ile fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, iş hayatı, ev içi yaşam gibi alanlara yönelik doyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki araştırılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma, ev içi yaşam alt boyutu da dahil olmak üzere yaşam kalitesinin tüm boyutları ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (135).

Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma ve çift uyumu arasında negatif yönde ilişki saptanırken, içselleştirilmiş damgalanma, oyunsallık ve psikolojik katılığın bağımsız değişken olarak test edildiği çoklu regresyon analizinde içselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumunu yordamadığı görülmüştür. Bütün bu verilerin yanında içselleştirilmiş damgalanma ile farklı psikolojik süreçlerin ilişkilerini açıklayan ve içselleştirilmiş damgalanmanın birincil sonuçlar üzerinde direkt etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar vardır. Örneğin bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin değişmemesine rağmen psikolojik sağlık düzeylerinin iyileştiği saptanmıştır (136). González-Menéndez ve ark. bu sonuçları diğer psikolojik süreçlerin bu ilişkide rol oynayabileceği şeklinde yorumlamış ve içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili düşüncelerin, duyguların ve diğer içsel olayların davranışı şekillendirmede her zaman yeterli olmayabileceğini iddia etmişlerdir. Buradan hareketle psikopatolojide diğer psikolojik süreçlerin aracı değişken olabileceği hipotezi ile içselleştirilmiş damgalanma ile psikoz şiddetinin ilişkisinde sosyal işlevselliğin aracı rolünü araştırmışlardır (137). Benzer şekilde içselleştirilmiş damgalanma ile çift uyumu ilişkisinde de başka psikolojik değişkenlerin rol oynayabileceği düşünülebilir. Eş desteğinin aracılık rolü oynadığını gösteren bir çalışma haricinde (82), literatürde içselleştirilmiş damgalanma ile aile uyumu ilişkisinin mekanizması üzerine yapılan araştırmaya rastlanmamıştır.

5.2.3. Psikolojik katılık ve içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkisi

Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma ile psikolojik katılığın ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürde bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik esneklik ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamış olsa da; borderline kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, epilepsi gibi bozukluklarda içselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik katılığı araştıran çalışmalar mevcuttur. Psikiyatrik hastalık tanısı olan toplam 189 kişi ile yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik katılığın ilişkili olduğu saptanmıştır (138). Yine madde kullanım bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, obezite, epilepsi gibi farklı tanı gruplarının yer aldığı araştırmalarda psikolojik esneklik/katılık ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkili bulunmuştur (139–142). Araştırmamızın bu bulgusu literatürle

birlikte değerlendirildiğinde bipolar bozukluk gibi kronik seyirli bozukluklarda da içselleştirilmiş damgalanma ile psikolojik katılığın ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın herhangi bir psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilecek transdiagnostik bir süreç olduğu düşünülebilir.

İçselleştirilmiş damgalanmanın en önemli bileşenleri olan olumsuz kalıp yargılara sahip olma ve bu yargılar doğrultusunda tutum sergileme, psikolojik katılığın alt boyutlarından bilişsel birleşme ve kavramsal benliğe bağlanma ile yakından ilişkilidir. Kişinin kendisi ile ilgili sahip olduğu inanışlar/yargılar ile birleşme halinde olması, davranışlarını sergilerken bu yargılar doğrultusunda hareket etmesi psikolojik katılık hali olarak değerlendirilir (84). Bu tutum ve davranış aynı zamanda içselleştirilmiş damgalanma tanımıyla da önemli ölçüde uyuşmaktadır.

Nitekim psikoz tanısı alan hasta grubunda yürütülen bir çalışmada psikolojik esnekliği artırmaya yönelik müdahalelerin damgalanmaya karşı direnci artırdığı gösterilmiştir (143). Araştırmamızın içselleştirilmiş damgalanmanın düşük çift uyumu ile ilişkisine dair sonuçları da göz önüne alındığında, bipolar bozuk tanısı alan bireylerde psikolojik esnekliği artırmaya yönelik yapılacak müdahalelerin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltarak çift uyumunu arttırabileceği söylenebilir.

5.2.4. Psikolojik katılık ve çift oyunsallığının ilişkisi

Literatürde yetişkinlerde oyunsallık ve psikolojik katılık arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu manada araştırmamız bu ilişkiyi değerlendiren ilk çalışma olacaktır. Oyunsallık kavramı farklı disiplinler tarafından kullanılmaktadır. Literatüre bakıldığında kavrama ait tek bir tanım üzerinde uzlaşma olmadığı görülmektedir. 2021 yılında Masek tarafından yapılan bir derlemede oyunsallık kavramının kullanıldığı 429 çalışma gözden geçirilmiş, oyunsallık kavramının kapsamı ve tanımları incelenmiştir. Çalışma sonucunda oyunsallık kavramının odaklanma (focused), açıklık (openness), çerçeveleme (framing), sonuçtan bağımsızlık (non-consequential), gerçek olmayan gerçeklik (non-real reality), alışılmamışlık (unconventional) şeklinde 6 tema üzerinde gruplandığı sonucuna ulaşılmıştır (144). Masek kavramın ifade ettiği temalardan birini açıklık (openness) olarak ifade etmiş, bu

temayı “kişinin o anki deneyimi karmaşık veya belirsiz de olsa onunla temasa geçmede gönüllü olması” olarak tanımlamıştır. Ayrıca bir diğer temayı (non-consequential) “sürecin kendisinin duygusal veya entelektüel olarak pekiştireç görevi görmesi, ayrıca bir sonuç beklentisi içinde olunmaması” şeklinde tanımlamıştır. Kavramsal olarak ele alındığında bu temaların kabul, anla temas, değer odaklılık gibi psikolojik esneklik süreçleri ile örtüştüğü görülmektedir. Nitekim çalışmamızda oyunsallık psikolojik katılık ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Mizah eğilimi literatürde oyunsallık kavramının alt başlıklarından biri olarak değerlendirilmektedir. Mizah kullanımı ve psikolojik katılık arasındaki ilişkiye yönelik literatür tarandığında, ülkemizde yapılan bir çalışmada mizah kullanımı yüksekliğinin psikolojik esnekliğin yüksekliği ile ilişkili olduğu (145), yine 2019 yılına ait bir başka çalışmada uyumlu (adaptive) mizah stili düzeyinin psikolojik esneklik düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (146). Veriler bütün olarak değerlendirildiğinde, oyunsallık ile psikolojik katılık sürecinin negatif yönde ilişkili olduğu söylenebilir. İki değişkenin ilişkisinin daha açık hale gelmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.2.5. İçselleştirilmiş damgalanma ile çift uyumu ilişkisinde psikolojik katılık ve oyunsallığın aracı rolüne dair model

Araştırmamızda, oyunsallık düzeyleri hem içselleştirilmiş damgalanma hem de çift uyumu ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca psikolojik katılığın da her iki değişkenle (içselleştirilmiş damgalanma ve çift uyumu) ilişkili olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ile uyum arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için psikolojik esneklik ve oyunsallığın bu ilişkide aracı değişken olarak belirlendiği model test edildiğinde, hipotezimizle uyumlu olarak oyunsallığın içselleştirilmiş damgalanma ve çift uyumu arasındaki ilişkide aracı değişken rolü oynadığı bulunmuştur. Hipotezimiz psikolojik katılığın da bu ilişkiye aracılık edeceği şeklinde olmakla birlikte, psikolojik katılığın aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Model genel olarak çift uyumunun %18’ini açıklamıştır.

5.2.6. Çift oyunsallığı ve çift uyumunun ilişkisi

Yetişkinlerde oyunsallık/eğlence eğilimi kavramı 1970'lerde tanımlanmış olsa da daha çok son zamanlarda araştırmalara konu olmuştur. Oyunsallığın yakın ilişkilerde oynadığı role dair araştırmalar ise görece kısıtlıdır. Çalışmalar daha çok sağlıklı gönüllülerle veya ilişki sorunları sebebi ile terapiye başvuran çiftlerle yürütülmüştür. 598 ve 161 kişilik iki sağlıklı gönüllü grubu ile yürütülen bir çalışmada, oyunsallık ve çift uyumu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (17). 113 sağlıklı gönüllünün katıldığı bir başka çalışmada ise yüksek oyunsallık düzeylerinin olumlu duyguların yüksekliği ile ilişkili olduğu ve bu yolla ilişki doyumunu artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (18). Cinsel terapi alanlar, çift terapisi alanlar ve sağlıklı gönüllülerin dahil edildiği bir çalışmada, her iki terapi grubunda da oyunsallığın sağlıklı gruba göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (108). Araştırmamızın yüksek oyunsallık düzeylerinin yüksek çift uyumu ile ilişkili olduğuna dair bulgusu mevcut literatür ile uyumludur. Ayrıca oyunsallık tek başına çift uyumundaki değişimin %20'sini açıklamaktadır. Çalışmamız bipolar bozukluk tanılı evli kişilerde oyunsallığın çift uyumu ile ilişkisinin araştırıldığı ilk çalışmadır. Sağlıklı gönüllülerle yapılan önceki çalışmaların sonuçları ile psikiyatrik tanısı olan hasta grubunda yürütülen çalışmamızın sonuçlarının benzer olması, oyunsallığın yakın ilişkilerdeki uyumu etkileyen önemli bir faktör olduğu ve psikopatolojiden bağımsız bir şekilde bu etkinin gözlenebildiği sonucunu ortaya koymuştur. Oyunsallığın daha çok kişilik özelliği ve kısmen sabit bir davranış kalıbı olarak değerlendirildiği dikkate alındığında, oyunsallığın transdiagnostik bir kavram olabileceği, psikopatolojiden bağımsız olarak yakın ilişkilerde etkisini gösterebileceği düşünülebilir. Çift uyumu, ilişki doyumu gibi faktörlerle oyunsallığın ilişkisinin daha iyi değerlendirilebilmesi için farklı tanı gruplarında yürütülecek ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.2.7. Çift oyunsallığı ve içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkisi

Literatürde içselleştirilmiş damgalanma ile oyunsallığın ilişkisinin araştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma iki değişkenin ilişkisinin incelendiği ilk araştırmadır. Çalışmamızda hastaların oyunsallık düzeyleri ile içselleştirilmiş

damgalanma düzeyleri negatif yönde ilişkili bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanma ile yüksek düzeyde negatif korelasyon gösteren bir kavram olan benlik saygısının (self-esteem) (147), oyunsallık ile ilişkisi bir çalışmada incelenmiştir. Düşük benlik saygısı olan bireylerin geri bildirime daha duyarlı oldukları, bu nedenle öz değerlendirmelerini aldıkları geri bildirim doğrultusunda değiştirme olasılıklarının yüksek olduğunu bilinmektedir (148). Oyunsallık, benlik saygısı ve ilişki doyumunu inceleyen bir çalışmada benlik saygısının oyunsallığı yordadığı ve bu şekilde çift uyumuna etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır (18). Araştırmacılar sonuçları, olumsuz geri dönüş ihtimali nedeniyle düşük benlik saygısına sahip bireylerin oyun davranışı gösterme olasılığının daha düşük olabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Yüksek içselleştirilmiş damgalanmanın düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerindeki artışın kişinin oyunsallık/eğlence eğilimi düzeyini azaltacağı düşünülebilir. Bu da çalışmamızın içselleştirilmiş damgalanmayla oyunsallığın ters yönde ilişkili olduğu sonucunu desteklemektedir.

Bir diğer açıdan ele alınacak olursa, Cavanaugh (2006) oyunsallığın başa çıkma stratejisi olabileceğini iddia etmiştir. Psikolojik stresin ilişki doyumu ile ilişkisini araştırmış, bu ilişkide oyunsallık ve diğer başa çıkma stratejilerinin aracı rolü incelemiştir. Çalışmada oyunsallık ile sağlıklı başa çıkma stratejilerinin pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur (149). Bipolar tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın yarattığı psikolojik stres için oyunsallık başa çıkma yöntemi olarak işlev görmüş olabilir. Bu da modelimizde içselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki etkisinde oyunsallığın oynadığı rolü açıklayabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada bipolar bozukluk tanılı hastaların evlilik/çift uyumu düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi ve yeni bir modelin sınanması hedeflenmiştir. Araştırmamız bipolar bozuklukta evlilik/çift uyumuna etki eden psikolojik faktörlerin incelendiği ve bu etkiye dair bir modelin önerildiği ilk çalışmadır.

Araştırmamızda psikolojik katılık, içselleştirilmiş damgalanma ve çift oyunsallığının çift uyumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanmanın çift uyumu üzerindeki etkisinde psikolojik katılık ve çift oyunsallığının aracı değişken rolü test edilmiş, çift oyunsallığının aracı değişken olarak rol oynadığı bulunmuştur. Psikolojik katılığın aracı değişken olarak rolü, hipotezimizin aksine, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Önemli bir işlevsellik alanı olan aile içi işlevselliğin etkilendiği bipolar bozuklukta, ilişki doyumu psikososyal müdahaleler için önemli bir alandır. Araştırmamızın sonuçları bu alanda geliştirilecek olan psiko-sosyal müdahalelere katkı sunacaktır. Aynı zamanda eşler arasındaki ilişkinin kalitesini artıracak müdahalelerin kişinin genel işlevselliği için yararlı olması beklenebilir. Araştırmamızda incelediğimiz değişkenler için başka gruplarda uygulanmak amaçlı geliştirilmiş klinik müdahaleler hali hazırda mevcuttur. Bu müdahalelerin çeşitlendirilmesi ve bipolar bozuklukta kullanılabilecek şekilde uyarlanması tedavi sürecinde hastaların sadece ilişki doyumuna değil genel iyilik haline de katkı sağlayabilir. Ayrıca çift ilişkisi tanıdan bağımsız bir süreç olarak ele alınacak olursa, araştırmamızda ulaştığımız sonuçlar (ve özellikle test edilen model) bipolar bozukluk tanılı hastaların haricindeki gruplarda çift uyumu ile ilgili yapılan çalışmalara ve müdahalelere da ışık tutabilir.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öz bildirim ölçeklerinin kullanılması, cinsiyet dağılımındaki eşitsizlik, katılımcıların özelleşmiş olan bir merkezden seçilmiş olması ve hastalık şiddeti araştırmamızın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Eşlerden sadece birinin çalışmaya dahil edilmiş olması, diğer eşe ait psikolojik süreçlerin çalışmada değerlendirilmemiş olması evlilik uyumuna dair daha net sonuçlara ulaşmamızı

kısıtlamıştır. Araştırmamızda psikolojik katılığa dair ölçüm yapılmış, psikolojik katılığın her bir boyutu ayrı ayrı değerlendirilmemiştir. Katılığın hangi alt boyutunun evlilik uyumuna etki ettiğinin değerlendirilmemesi araştırmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Bulgularımız değerlendirilirken bu kısıtlılıkların göz önünde bulundurulması daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

Araştırmamızda incelediğimiz model çift uyumundaki değişimin %18'ini açıklamaktadır. Çift uyumunu etkileyen (ancak araştırmamıza incelenmemmiş olan) diğer değişkenlerin varyansın diğer kısmını açıklayabileceği görülmektedir. Yapılacak çalışmalarda çift uyumu ile ilişkili olabilecek diğer değişkenlerin incelenmesi yararlı olabilir. Ayrıca çalışmamızda eşe ait değişkenlerin etkisi incelenmemiştir. Çift ilişkisi gibi karşılıklı etkileşimin yoğun olduğu bir konuda eşe ait değişkenlerin de süreçte etkili olması beklenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Kasım 1995;30(6):279-92.

2. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutterland AL, Storosum JG, Denys D, vd. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. Bipolar Disord. Mayıs 2013;15(3):306-13.

3. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Coryell W, Leon AC, Maser JD, vd. Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. Arch Gen Psychiatry. Nisan 2008;65(4):386-94.

4. Dj M. A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2006 [a.yer 26 Kasım 2022];67 Suppl 11. Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17029494/

5. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. Psychother Psychosom. 2009;78(5):285-97.

6. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Nieto-Moreno M, Torrent C, Vieta E, Martinez H, vd. Detection of functional impairments in euthymic bipolar patients using the international classification of functioning, disability and health (ICF). İçinde San Diego; 2007.

7. Muke SS, Ghanawat GM, Chaudhury S, Mishra SK, Verma AN, Singh AR. Marital adjustment of patients with substance dependence, schizophrenia and bipolar affective disorder. Med J Dr Patil Univ. 03 Ocak 2014;7(2):133.

8. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. Bipolar Disord. 2005;7(5):431-40.

9. Taşdelen Ö, Köse Çınar R, Taşdelen Y, Görgülü Y, Abay E. Bipolar bozukluk tip I'de romatoid artrite kıyasla evlilik uyumu ve aile işlevselliği. 2016;

10. Hançer NG, Özdemir N, Şahin Ş. Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçler ile ilişkisi. Anatol J Psychiatry. 2020;21(3).

11. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 1982. Aralık 2010;71(12):2150-61.

12. Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A, vd. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. J Affect Disord. 2018;238:399-404.

13. Luoma JB, Nobles RH, Drake CE, Hayes SC, O'Hair A, Fletcher L, vd. Self-Stigma in Substance Abuse: Development of a New Measure. J Psychopathol Behav Assess. 01 Haziran 2013;35(2):223-34.

14. Daks J, Rogge R. Examining the Correlates of Psychological Flexibility in Romantic Relationship and Family Dynamics: A Meta-Analysis. J Context Behav Sci. 02 Ekim 2020;18.

15. Zamir O, Gewirtz AH, Labella M, DeGarmo DS, Snyder J. Experiential Avoidance, Dyadic Interaction and Relationship Quality in the Lives of Veterans and Their Partners. J Fam Issues. 01 Nisan 2018;39(5):1191-212.

16. Barnett LA. The nature of playfulness in young adults. Personal Individ Differ. 2007;43(4):949-58.

17. Proyer RT. To love and play: Testing the association of adult playfulness with the relationship personality and relationship satisfaction. Curr Psychol. 2014;33(4):501-14.

18. Aune KS, Wong NC. Antecedents and consequences of adult play in romantic relationships. Pers Relatsh. 2002;9(3):279-86.

19. Saliba YC, Barden SM. Playfulness and Older Adults: Implications for Quality of Life. J Ment Health Couns. 2021;43(2):157-71.

20. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin DSM-IV-TR Hekimler Yayın Birliği. 2014;4:419-47.

21. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, vd. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. Arch Gen Psychiatry. Ocak 2011;68(1):90-100.

22. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, van Os J, vd. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. Am J Psychiatry. 2005;162(2):257-62.

23. de Dios C, González-Pinto A, Montes JM, Goikolea JM, Saiz-Ruiz J, Prieto E, vd. Predictors of recurrence in bipolar disorders in Spain (PREBIS study data). J Affect Disord. 2012;141(2-3):406-14.

24. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. The Lancet. 2013;381(9878):1654-62.

25. Baytunca MB, Aydın R, Erermiş S. Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. J Pediatr Res. 2014;1(2):49-53.

26. Arisoy Ö, Oral ET. Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. Turk Psikiyatri Derg. 2009;20(3).

27. Brady Jr RO, McCarthy JM, Prescot AP, Jensen JE, Cooper AJ, Cohen BM, vd. Brain gamma-aminobutyric acid (GABA) abnormalities in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2013;15(4):434-9.

28. van Enkhuizen J, Milienne-Petiot M, Geyer MA, Young JW. Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: chronic lithium treats most, but not all features. Psychopharmacology (Berl). 2015;232(18):3455-67.

29. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi; 2003. 467-540 s.

30. Kara K, Akarsu S, Verim S. Bipolar bozuklukta nörogörüntüleme. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2013;5(1):1-14.

31. Modabbernia A, Taslimi S, Brietzke E, Ashrafi M. Cytokine alterations in bipolar disorder: a meta-analysis of 30 studies. Biol Psychiatry. 2013;74(1):15-25.

32. Valvassori SS, Tonin PT, Varela RB, Carvalho AF, Mariot E, Amboni RT, vd. Lithium modulates the production of peripheral and cerebral cytokines in an animal model of mania induced by dextroamphetamine. Bipolar Disord. Ağustos 2015;17(5):507-17.

33. Sadock BJ. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016. Duygudurum Bozuklukları.

34. Wrigley S, Jackson H, Judd F, Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(6):514-21.

35. Angst J. The epidemiology of depressive disorders. Eur Neuropsychopharmacol. 1995;5:95-8.

36. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, vd. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):543-52.

37. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, vd. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Am J Psychiatry. 2006;163(2):217-24.

38. Berk M, Kapczinski F, Andreazza AC, Dean OM, Giorlando F, Maes M, vd. Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. Neurosci Biobehav Rev. 2011;35(3):804-17.

39. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. bs. Ankara: Nobel Tıp kitapevleri; 2016.

40. Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparén P. Excess Mortality in Bipolar and Unipolar Disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry. 01 Eylül 2001;58(9):844-50.

41. Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, vd. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. Bipolar Disord. 2013;15(5):457-90.

42. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. Bipolar Disord. Şubat 2010;12(1):1-9.

43. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, vd. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2015;49(9):785-802.

44. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, vd. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018

guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. Mart 2018;20(2):97-170.

45. Miller JN, Black DW. Bipolar disorder and suicide: a review. Curr Psychiatry Rep. 2020;22(2):1-10.

46. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: a brief review. Medicina (Mex). 2019;55(8):403.

47. Holma KM, Haukka J, Suominen K, Valtonen HM, Mantere O, Melartin TK, vd. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. Bipolar Disord. 2014;16(6):652-61.

48. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, vd. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(12):1322-30.

49. Keck Jr PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, vd. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. Am J Psychiatry. 1998;155(5):646-52.

50. Loganathan S, Murthy SR. Experiences of stigma and discrimination endured by people suffering from schizophrenia. Indian J Psychiatry. Ocak 2008;50(1):39-46.

51. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. Am J Psychiatry. 1995;

52. DelBello MP, Hanseman D, Adler CM, Fleck DE, Strakowski SM. Twelve-month outcome of adolescents with bipolar disorder following first hospitalization for a manic or mixed episode. Am J Psychiatry. 2007;164(4):582-90.

53. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. Am J Psychiatry. 1995;

54. Suppes T, Leverich GS, Keck Jr PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, vd. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. demographics and illness characteristics of the first 261 patients. J Affect Disord. 2001;67(1-3):45-59.

55. Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2005;7(3):281-5.

56. Bonnín CM, Martínez-Arán A, Torrent C, Pacchiarotti I, Rosa AR, Franco C, vd. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. J Affect Disord. 2010;121(1-2):156-60.

57. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, vd. The Long-term Natural History of the Weekly Symptomatic Status of Bipolar I Disorder. Arch Gen Psychiatry. 01 Haziran 2002;59(6):530-7.

58. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, vd. A Prospective Investigation of the Natural History of the Long-term Weekly Symptomatic Status of Bipolar II Disorder. Arch Gen Psychiatry. 01 Mart 2003;60(3):261-9.

59. Öztürk CŞ, Arkar H. Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. Lit Ve Sempozyum. 2014;1(3):16-24.

60. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan RL. Evlilik uyumu. Düşünen Adam. 2005;18(1):39-47.

61. Luk WSC. The HRQoL of renal transplant patients. J Clin Nurs. Şubat 2004;13(2):201-9.

62. Burns DD, Sayers SL, Moras K. Intimate relationships and depression: is there a causal connection? J Consult Clin Psychol. Ekim 1994;62(5):1033-43.

63. Grover S, Nehra R, Thakur A. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. Ind Psychiatry J. 2017;26(2):114-20.

64. Amato PR. The Consequences of Divorce for Adults and Children. J Marriage Fam. 2000;62(4):1269-87.

65. Byrne P. Psychiatric stigma. Br J Psychiatry. Mart 2001;178(3):281-4.

66. Gray AJ. Stigma in Psychiatry. J R Soc Med. 01 Şubat 2002;95(2):72-6.

67. Shrivastava A, Johnston M, Bureau Y. Stigma of Mental Illness-1: Clinical reflections. Mens Sana Monogr. 2012;10(1):70-84.

68. Taşkın E, editör. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. Meta Basım Matbaacılık; 2007. 255-278 s.

69. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. Cogn Behav Pract. 1998;5:201-22.

70. Rössler W. The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. EMBO Rep. Eylül 2016;17(9):1250-3.

71. Arboleda-Flórez J. What causes stigma? World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA. Şubat 2002;1(1):25-6.

72. Dube KC. A study of prevalence and biosocial variables in mental illness in a rural and an urban community in Uttar Pradesh--India. Acta Psychiatr Scand. 1970;46(4):327-59.

73. Nilsson KK, Kugathasan P, Straarup KN. Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients. J Affect Disord. Nisan 2016;194:196-201.

74. Sarısoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O, Korkmaz IZ, Öztürk A, Akkaya D, vd. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. Compr Psychiatry. Ağustos 2013;54(6):665-72.

75. Grover S, Hazari N, Aneja J, Chakrabarti S, Avasthi A. Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: A study from a tertiary care hospital of North India. Psychiatry Res. 30 Ekim 2016;244:109-16.

76. Pal A, Sharan P, Chadda RK. Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. Psychiatry Res. Aralık 2017;258:158-65.

77. Oliveira SEH, Esteves F, Carvalho H. Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. Psychiatry Res. Eylül 2015;229(1-2):167-73.

78. Chang CC, Wu TH, Chen CY, Lin CY. Comparing Self-stigma Between People With Different Mental Disorders in Taiwan. J Nerv Ment Dis. Temmuz 2016;204(7):547-53.

79. Rüsch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, vd. Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. Acta Psychiatr Scand. Ekim 2009;120(4):320-8.

80. Michalak E, Livingston JD, Hole R, Suto M, Hale S, Haddock C. "It's something that I manage but it is not who I am": reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. Chronic Illn. Eylül 2011;7(3):209-24.

81. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. Şubat 2006;15(1):25-37.

82. Nawaz MA, Saeed L, Mushtaque I. Mediating Role of Spousal Support on Internalized Stigma and Marital Satisfaction among depressive Patients. Rev Educ Adm Law. 31 Aralık 2021;4(4):561-72.

83. Yavuz KF. Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. Turk Klin J Psychiatry Spec Top. 2015;8(2):21-7.

84. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy an experiential approach to behavior change. 1999;

85. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consult Clin Psychol. Aralık 1996;64(6):1152-68.

86. Gilbert KE, Tonge NA, Thompson RJ. Associations between depression, anxious arousal and manifestations of psychological inflexibility. J Behav Ther Exp Psychiatry. 01 Mart 2019;62:88-96.

87. Levin ME, MacLane C, Daflos S, Seeley JR, Hayes SC, Biglan A, vd. Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. J Context Behav Sci. 01 Temmuz 2014;3(3):155-63.

88. Meyer EC, La Bash H, DeBeer BB, Kimbrel NA, Gulliver SB, Morissette SB. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy. 2019;11:383-90.

89. Houghton DC, Compton SN, Twohig MP, Saunders SM, Franklin ME, Neal-Barnett AM, vd. Measuring the role of psychological inflexibility in Trichotillomania. Psychiatry Res. 15 Aralık 2014;220(1):356-61.

90. Udachina A, Thewissen V, Myin-Germeys I, Fitzpatrick S, O'kane A, Bentall RP. Understanding the relationships between self-esteem, experiential avoidance, and paranoia: structural equation modelling and experience sampling studies. J Nerv Ment Dis. Eylül 2009;197(9):661-8.

91. Udachina A, Varese F, Myin-Germeys I, Bentall RP. The role of experiential avoidance in paranoid delusions: an experience sampling study. Br J Clin Psychol. Kasım 2014;53(4):422-32.

92. Cansız A, Nalbant A, Yavuz K. Investigation of Psychological Flexibility in Patients with Schizophrenia. J Cogn-Behav Psychother Res. 2019;(0):1.

93. Goldstone E, Farhall J, Ong B. Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. Behav Res Ther. Nisan 2011;49(4):260-6.

94. Aktepe M. Bipolar bozukluk hastalarında psikolojik esneklik. Tıpta Uzm Tezi Bakırkö Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalık Eğitim Ve Araşt Hastan Psikiyatri Klin İstanbul. 2016;

95. Ulusoy S, Yavuz KF, Erkıran M. Response styles and avoidance strategies in bipolar disorder and healthy controls: A comparative study. J Psychiatry Neurol Sci [Internet]. 2022 [a.yer 29 Ekim 2022]; Erişim adresi: http://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/9435

96. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. Ekim 2002;70(5):1129-39.

97. Whisman MA, Rhee SH, Hink L, Boeldt DL, Johnson DP. Genetic and environmental influences on the association between subjective well-being and marital adjustment. Couple Fam Psychol Res Pract. 2014;3:48-64.

98. Kumar PS. Psychological well being and marital adjustment: a study on elderly couples in post parental stage of life. Indian J Gerontol. 2015;29(1):77-90.

99. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. Int J Clin Health Psychol. 01 Ocak 2018;18(1):60-8.

100. Momeni K, Radmehr F. The effect of treatment of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on marital adjustment, sense of coherence and psychological flexibility of Veteran's wives. J Mil Med. 2019;21(1):12-21.

101. Van Vleet M, Feeney BC. Young at heart: A perspective for advancing research on play in adulthood. Perspect Psychol Sci. 2015;10(5):639-45.

102. Guitard P, Ferland F, Dutil É. Toward a Better Understanding of Playfulness in Adults. OTJR Occup Particip Health. 01 Ocak 2005;25(1):9-22.

103. Proyer RT. A psycho-linguistic approach for studying adult playfulness: A replication and extension toward relations with humor. J Psychol. 2014;148(6):717-35.

104. Glynn MA, Webster J. The Adult Playfulness Scale: An Initial Assessment. Psychol Rep. 01 Ağustos 1992;71(1):83-103.

105. Betcher RW. Intimate play and marital adaptation: Regression in the presence of another. Boston University Graduate School; 1977.

106. Betcher RW. Intimate play and marital adaptation. Psychiatry. Şubat 1981;44(1):13-33.

107. Gör N. Ayrılma-bireyleşme sorunları ile evlilik doyumu arasındaki ilişkide sosyo-duygusal ve oyuna yönelik değişkenlerin aracı rolünün incelenmesi [Doktora Tezi]. [Ankara]: ANKARA ÜNİVERSİTESİ, SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ PSİKOLOJİ (KLİNİK PSİKOLOJİ) ANABİLİM DALI; 2021.

108. Metz ME, Lutz G. Dyadic playfulness differences between sexual and marital therapy couples. J Psychol Hum Sex. 1990;3(1):169-82.

109. Baxter LA. Forms and functions of intimate play in personal relationships. Hum Commun Res. 1992;18(3):336-63.

110. Mount MK. Exploring the role of self-disclosure and playfulness in adult attachment relationships. University of Maryland, College Park; 2005.

111. Busby DM, Christensen C, Crane DR, Larson JH. A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. J Marital Fam Ther. 1995;21(3):289-308.

112. Bayraktaroglu HT, Cakici ET. Psychometric properties of revised form of the dyadic adjustment scale in a sample from North Cyprus. Int J Educ Sci. 2017;19(2-3):113-9.

113. Yavuz F, Ulusoy S, Iskin M, Esen FB, Burhan HS, Karadere ME, vd. Turkish version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and validity analysis in clinical and non-clinical samples. Klin Psikofarmakol Bül-Bull Clin Psychopharmacol. 2016;26(4):397-408.

114. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Derg. 2007;18(2):163-71.

115. Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dag I, Özbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. Compr Psychiatry. 2001;42(2):161-5.

116. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derg. 2001;13(2):107-14.

117. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. Behav Res Methods. 01 Ağustos 2008;40(3):879-91.

118. Doğan Bektaş Z. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Geniş Otizm Fenotipi Ve Lityuma Yanıt İle İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2022.

119. Onar G. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmasının Lityuma Yanıt İle İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2022.

120. Yazla E, İnanç L, Bilici M. İki uçlu bozukluk manik dönemdeki hastalarda sosyodemografik özellikler, klinik belirtiler ve işlevsellik seviyesinin birbiriyle ilişkisi ve cinsiyete göre farklılıkları / Relationship of sociodemographic features, clinical symptoms and functioning level among bipolar patients with manic episode and difference between these variables according to gender. Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci [İnternet]. 15 Eylül 2012 [a.yer 23 Ekim 2022]; Erişim adresi: https://arsiv.dusunenadamdergisi.org/ing/Articledetails43a6.html?MkID=883

121. Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Gunay H, Garip B, Ak M, vd. Comparison of clinical and sociodemographic features of bipolar disorder according to gender. Gulhane Med J. 2012;54(4):279.

122. Tanrıyeri Kayahan S. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmanın Hastalık Özellikleri, Evlilik Ve Sosyodemografik Özellikler İle İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İzmir]: Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi; 2021.

123. Akıncı E, Öncü F, Ger C, Sabuncuoğlu M, Kırmızı A, Eradamlar N. Bipolar bozukluğu olan hastalara yasal temsilci atanma önerisini etkileyen sosyodemografik ve klinik özellikler. 2017;

124. İbıloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrışan Sosyodemografik, Klinik ve Mizaç Özellikleri. Turk Psikiyatri Derg. 2011;22(3).

125. Zeynep N. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çift Uyumu ve Cinsel İşlevlerin Değerlendirilmesi. [Adana]: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıları Anabilim Dalı; 2015.

126. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, vd. Sociodemographic and clinical features of patients with bipolar I disorder in Turkey-HOME study. Klin Psikofarmakol Bül-Bull Clin Psychopharmacol. 01 Mart 2012;22(1):31-42.

127. Gultekin B, Kesebir S, Tamam L. Bipolar disorder in Turkey: A review. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry. 2014;6(3):1.

128. İnanç L, Özdemir AD, Güleç H, Semiz ÜB. Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında depo antipsikotik kullanmanın etkinliği ve güvenirliği. Cukurova Med J. 2018;43(Ek 1):38-43.

129. Jose O, Alfons V. Do Demographics Affect Marital Satisfaction? J Sex Marital Ther. 2007;33(1):73-85.

130. Taşdelen Ö. Bipolar Bozuklukta Evlilikte Uyumun ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Edirne]: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.

131. Targum SD, Dibble ED, Davenport YB, Gershon ES. The Family Attitudes Questionnaire: Patients' and Spouses' Views of Bipolar Illness. Arch Gen Psychiatry. 01 Mayıs 1981;38(5):562-8.

132. Üstündağ MF, Kesebir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Derg. 2013;24:1-8.

133. Trindade IA, Ferreira C. The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. Eat Behav. 01 Ocak 2014;15(1):72-5.

134. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. J Context Behav Sci. 01 Ocak 2016;5(1):1-6.

135. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Kantor K, Vanek J, Slepecky M, vd. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. Psychol Res Behav Manag. 01 Şubat 2019;12:81-95.

136. Seidman AJ, Wade NG, Lannin DG, Heath PJ, Brenner RE, Vogel DL. Self-affirming values to increase student veterans' intentions to seek counseling. J Couns Psychol. 2018;65:653-60.

137. González-Menéndez A, Arboleya Faedo T, González-Pando D, Ordoñez-Camblor N, García-Vega E, Paino M. Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning. Int J Environ Res Public Health. Ocak 2021;18(23):12376.

138. Chan KKS, Mak WWS. The content and process of self-stigma in people with mental illness. Am J Orthopsychiatry. 2017;87:34-43.

139. Petersen J, Durward C, Levin M. Weight-Related Psychological Inflexibility as a Mediator Between Weight Self-Stigma and Health-Related Outcomes. Bull Menninger Clin. 01 Ocak 2021;1-22.

140. Luoma J, Drake CE, Kohlenberg BS, Hayes SC. Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. Addict Res Theory. 2011;19:3-13.

141. Rüsch N, Hölzer A, Hermann C, Schramm E, Jacob GA, Bohus M, vd. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. J Nerv Ment Dis. Ekim 2006;194(10):766-73.

142. Heersink M, Kocovski NL, MacKenzie MB, Denomme K, Macrodimitris S. Social anxiety and its psychosocial impact on the lives of people with epilepsy. Epilepsy Behav. 2015;51:286-93.

143. Chan KKS, Lee CW, Mak WW. Mindfulness model of stigma resistance among individuals with psychiatric disorders. Mindfulness. 2018;9(5):1433-42.

144. Masek L, Stenros J. The Meaning of Playfulness: A Review of the Contemporary Definitions of the Concept across Disciplines. Eludamos J Comput Game Cult. 14 Eylül 2021;12(1):13-37.

145. Güldal Ş, Kılıçoğlu NA, Kasapoğlu F. Psychological Flexibility, Coronavirus Anxiety, Humor and Social Media Addiction During COVID-19 Pandemic in Turkey. Int J Adv Couns. 01 Haziran 2022;44(2):220-42.

146. Pilz R. Relations between Psychological Flexibility, Humor Styles and Pain and the Mediating Role of Well-Being [Master Thesis]. [Utrecht]: Utrecht University, Faculty of Social and Behavioural Science; 2019.

147. Maharjan S, Panthee B. Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 07 Kasım 2019;19(1):347.

148. Campbell JD. Self-esteem and clarity of the self-concept. J Pers Soc Psychol. 1990;59(3):538.

149. Cavanaugh AF. Exploring the Role of Playfulness, Social Support and Self Esteem in Coping with the Transition to Motherhood [Internet] [Thesis]. University of Maryland; 2006 [a.yer 31 Ekim 2022]. Erişim adresi: https://drum.lib.umd.edu/handle/1903/3575