

İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi



Dr. Mehmet Fatih ÜSTÜNDAĞ¹, Dr. Sermin KESEBİR²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmayı incelemek, klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum üzerinde bir fark yaratıp yaratmadığını araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya, bilgilendirilmiş onam veren 100 iki uçlu bozukluk tanılı hasta ardışık olarak dahil edilmiştir. Ayaktan tedavi merkezimize olağan kontrolleri için gelen iyilik dönemindeki hastalarla tanı görüşmesi Eksen I Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile yapılmış, hastalıkla ilgili bilgiler SKIP-TURK ile kaydedilmiştir. Daha sonra hastalardan Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Duygudurum Dengeleyici Uyum Anketi (DDUA) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa formunu (WHOQOL-Bref) doldurmaları istenmiştir.

Bulgular: İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma % 46 oranında bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanması olan hastaların işlevsellik puanları daha düşük, iyilik dönemleri daha kısa, depresif dönem sayıları daha fazladır. İçselleştirilmiş damgalanma, mevsimsel gidiş gösteren ve hızlı döngülü olan hastalar arasında daha sık bulunduğu gibi, her iki özelliğin de içselleştirilmiş damgalanma için yordayıcılığı gösterilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma düşük sosyoekonomik düzeyde, düşük eğitim düzeyinde, kırsalda ve çalışmayan hastalar arasında daha sık olup, bu hastaların daha çok sayıda çocukları bulunmaktadır. RHİDÖ ile WHOQOL-Bref ve DDUA arasında güçlü bağıntılar gösterilmiştir.

Sonuç: İçselleştirilmiş damgalanma iki uçlu bozukluğun klinik özellikleri ile etkileşmekte, yaşam kalitesi ve tedavi uyumunda fark yaratmaktadır.

Anahtar Sözcükler: İki uçlu bozukluk, içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi, tedaviye uyum

SUMMARY

Internalized Stigmatization in Bipolar Patients: Relationship with Clinical Properties, Quality of Life and Treatment Compliance

Objective: This study aimed to investigate the impact of the internalized stigmatization on bipolar disorder (BD) patients.

Materials and Methods: The study included 100 BD patients that provided written informed consent to participate. Diagnosis of the BD patients that were in remission and receiving outpatient treatment was performed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and patient data were recorded using SKIP-TURK. In addition, the patients were administered the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), Mood Stabilizer Compliance Questionnaire (MSQC), and World Health Organization Quality of Life Assessment, abbreviated form (WHOQOL-BREF).

Results: Internalized stigmatization was observed in 46% of the BD patients; these patients had higher functionality scores, shorter regression periods, and more depressive episodes than those without internalized stigmatization. Although internalized stigmatization occurred more frequently in seasonal and rapid cycling patients, both attributes were prodrome of internalized stigmatization. Internalized stigmatization was observed more frequently in patients with low socioeconomic status, low level of education, rural residence, lack of work, and more children. There was a strong correlation between ISMI score, and WHOQOL-BREF and MSQC scores.

Conclusion: The clinical features of the BD and internalized stigmatization were observed to affect each other. Furthermore, stigmatization affected treatment compliance and quality of life.

Key Words: Bipolar disorder, internalized stigmatization, quality of life, treatment compliance

Geliş Tarihi: 11.07.2012 - **Kabul Tarihi:** 18.02.2013

¹Uzm., Psikiyatri Kl., Mardin Devlet Hastanesi, Mardin. ²Doç., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Dr. Mehmet Fatih Üstündağ, e-posta: mfustundag@gmail.com

doi: 10.5080/u7123

GİRİŞ

Damgalanmaya ilişkin öznel yaşantılar ilk kez 1980'li yıllarda eşcinsellerle çalışmaya başlanmıştır (Malyon 1982). İçselleştirilmiş damgalanma kişinin, toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan geri çekmesidir (Corrigan 1998). Damgalanmaya karşı verilen savaşa, içselleştirilmiş damgalanma daha kolay ulaşılabilir ve daha kolay çalışılabilir bir hedef olarak değerlendirilmiştir (Corrigan ve Watson 2002). Damgalamanın damgalanan tarafından farkında olunması, toplumdan uzaklaşmaya yol açar. Farklı olduğu duygusu ve utanç ile benlik saygısı azalır. Eşlik eden depresyonun bulunması damgalanmayı ağırlaştırmaktadır (Camp ve ark. 2002). Nitekim benlik saygısı ve damgalanma arasında ters bir ilişki vardır (Howard ve ark. 2002).

Damgalama algısının kişinin yaşam kalitesini bozacağı yordanabilir bir durumdur. Nitekim Marcussen ve arkadaşları (2010) süregen ve ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanma algısının yaşam kalitelerine olan etkisini araştırmışlar ve damgalanmanın belirgin olumsuz etkisini görmüşlerdir. İçgörü yaşam kalitesi ile ters yönde ilişkili bir değişkendir, ancak içgörünün varlığı ve yokluğu ile yaşam kalitesi arasında fark bulmayan çalışmalar da mevcuttur (Yen ve ark. 2008). Damgalanma algısı özellikle süregen ruhsal hastalıkların tedavisinde ve hastanın rehabilitasyonunda olumsuz etki göstererek yaşam kalitesinin belirgin olarak bozulmasına bir de bu şekilde neden olur. Tüm çalışmalar etkili bir ilaç tedavisinin, iyi bir yaşam kalitesinin ilk şartı olduğunu desteklemektedir, etkili bir ilaç tedavisinin ilk şartı ise tedaviye uyumdur (Olusina ve Ohaeri 2003). Bu noktada içselleştirilmiş damgalanma tedavi sürecinde üzerinde durulması ve aşılması gereken bir basamaktır.

Bütün ruhsal hastalıklar arasında damgalanmadan en çok etkilenen şizofreni olmakla birlikte, yineleyici ve süregen bir bozukluk olan iki uçlu bozuklukta da damgalama görülür (Oral ve ark. 2002). Özellikle hastalığın erken yaşta başladığı hastalar, kişiliklerinin bazı yönlerini hastalık belirtilerinden ayırmakta zorlanmaktadır. Dönemler arasında iyi olan bu hastalarda normal ile hastalık arası fark silikleşir ve iki uçlu bozukluk tanıları hastalar her tür duygudurum salınımını damgalama için bir tehlike işareti gibi algılayarak gündelik hayatlarını sürekli ve sıkı bir kontrol altında tutmaya çalışırlar (Aydemir 2004).

Bu çalışmanın amacı, iki uçlu bozukluk tanıları hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın, klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum üzerinde bir fark yaratıp yaratmadığının araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmamız için gerekli izin, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'ndan alınmıştır. Bu çalışmada Nisan 2010-Mayıs 2010 tarihleri arası Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Merkezi'ne başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre iki uçlu bozukluk, iyilik döneminde tanısı konan ve bilgilendirilmiş onamları alınan 100 olgu ardışık olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sırasında, herhangi bir bedensel hastalık tanısı konmuş ve bu nedenle tedavi başlanmış olgular çalışmadan dışlanmıştır.

Araçlar

Eksen I Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders / SCID-I): Tanı görüşmesi SCID-I ile yapılmıştır (First ve ark. 1997, Özkürkçügil ve ark. 1999).

Duygudurum Bozuklukları Tanı ve İzlem Formu (SKIP-TURK): Hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedavi başlama yaşı, öyküde bedensel ve cinsel kötüye kullanım, akademik ve sosyal işlevsellik, premenstruel sendrom, ilk hastalık dönemi tipi, şiddeti, doğum sonrası başlangıç, mevsimsellik, depresyon alt tipi, psikotik bulgu, özkıyım, hastaneye yatış, dönem süresi, dönem sayıları, egemen gidiş, örüntü, ani başlangıç ve bitiş, süregenlik ve hızlı döngülülük, kayma, sigara, alkol ve madde kullanımını sorgulamaktadır (Özderem ve ark. 2004). İşlevsellik, SKIP-TURK kapsamında İGD (İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi) Ölçeği ile değerlendirilmektedir.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ): Ritscher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen, ruhsal hastalığı olanların damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtan, içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendirmekte kullanılan 29 maddelik bir ölçektir. Kişilerin öznel damgalanma yaşantılarını, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç olarak adlandırılan beş alt ölçek çerçevesinde değerlendirmektedir. RHİDÖ'de yer alan maddeler "Kesinlikle aynı fikirde değilim." (1 puan), "Aynı fikirde değilim." (2 puan), "Aynı fikirdeyim." (3 puan), "Kesinlikle aynı fikirdeyim." (4 puan) şeklinde dördütlü Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. "Damgalanmaya karşı direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ'de yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada,

RHİDÖ'nün alt ölçeklere ait Cronbach alfa katsayıları 0,63 ile 0,87 arasında değişirken, tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin birleşici geçerliği çerçevesinde yapılan incelemesinde, RHİDÖ toplam puanının, Beck Depresyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Klinik Global İzlenim Ölçeği ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği puanlarıyla beklenen yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise iki uçlu bozukluk tanılı olgu örnekleminde, RHİDÖ'nün alt ölçeklere ait Cronbach alfa katsayıları 0,72 ile 0,85 arasında değişirken, tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak hesaplanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-Bref): Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik halini ölçmek için ülkemizin de katılımıyla geliştirilmiş, 4 boyutlu, 26 maddelik bir ölçektir (Eser ve ark. 1999a, Eser ve ark. 1999b, Fidaner ve ark. 1999). Bu çalışmanın örnekleminde, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alpha) 0,86 olarak hesaplanmıştır.

Duygudurum Dengeleyici Uyum Anketi (DDUA): Demyttenaere ve arkadaşları (2004) tarafından antidepresan uyumu soru formunun bir türevi olarak geliştirilmiştir. Her biri 1 ile 4 arasında puanlanan 33 maddeden oluşmaktadır. Toplam puan ne kadar yüksek ise, hastaların uyuma karşılık görüş ve inançları o kadar olumlu değerlendirilmektedir. Doktor-hasta ilişkisinin algılanması, duygudurum dengeleyicileri hakkında inançlar, genelde korunmuş özerklik, duygudurum dengeleyicinin dozunu ayarlama korumuş özerklik olarak tanımlanan 4 alt boyutu vardır. Dilimizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kesebir ve Üstündağ (2012) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın örnekleminde, her bir alt boyut için hesaplanan iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) sırasıyla; 0,88, 0,85, 0,63 ve 0,57 olarak hesaplanmıştır.

Uygulama

Tanı görüşmeleri SCID-I ile yapılmış olup, hastalık bilgileri SKIP-TURK ile alınmıştır. Bunun ardından iki uçlu bozukluk tanılı hastalardan RHİDÖ, WHOQOL-Bref ve DDUA'yı doldurmaları istenmiştir.

İstatistiksel analiz

RHİDÖ için, örneklemin standart sapma dağılımına göre z puanı hesaplanmış, +3,55 ve buna karşılık gelen 81 puan kesme noktası olarak alınmıştır. 81 üzeri puan alan olgular içselleştirilmiş damgalanma algısı olan olgular olarak kabul edilmiştir. Buna göre içselleştirilmiş damgalanması olan ve olmayan olgular arasında, sayısal değişkenler t-testi, sınıfsal değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanması olan ve olmayan olgular karşılaştırılırken, iki grup arasında farklı ve diğer değişkenleri etkileyebilecek bir

değişken olan eğitim düzeyi, ANCOVA'da kontrol edilmiştir. RHİDÖ, WHOQOL-Bref ve DDUA arasında, bağıntı analizi için Pearson korelasyon testi yapılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanmayı yordadığı varsayılan klinik değişkenlere ($p < 0,05$) lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm testler iki uçlu olup $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Örneklemin tanıtımı

İki uçlu bozukluk tanılı ve iyilik dönemindeki 60'ı kadın, 40'ı erkek, 100 hastanın yaş ortalaması $39,62 \pm 12,14$; eğitim yılı ortalaması $9,01 \pm 4,33$ olarak hesaplanmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı $24,42 \pm 9,98$; hastalık süresi $15,2 \pm 7,24$ yıldır. % 49 hastada psikotik bulgu, % 20 hastada süregelen gidiş, % 10 hastada hızlı döngülülük ve % 24 hastada bir ya da daha fazla özkıyım girişimi saptanmıştır. Hastaların % 77'si en az bir kez hastanede yatmıştır. % 51 hasta evli, % 31 hasta aktif olarak çalışmaktadır. % 87 hastanın sosyal güvencesi varken, % 25 hasta sosyal desteğini yeterli olarak tanımlamıştır. Yüz hastanın 46'sında ise içselleştirilmiş damgalanma mevcuttur.

İçselleştirilmiş damgalanması olan ve olmayan iki uçlu bozukluk tanılı hastaların karşılaştırılması

İçselleştirilmiş damgalanması olan iki uçlu bozukluk tanılı hastaların daha az eğitilmiş oldukları ($7,61 \pm 3,84 / 10,20 \pm 4,40$) ($t = 4,3$, $p = 0,002$), daha çok kırsal kesimde yaşadıkları (% 37 / % 18,5) ($\chi^2 = 7,844$, $p = 0,038$) bulunmuştur. İki grup arasında cinsiyet farkı bulunmazken, her iki grupta evlilik oranları, sosyoekonomik düzey ve sosyal destek benzerdir.

İki grup arasında başlangıç yaşı, tanı alana dek geçen süre, ilk atağın ortaya çıkışından önce bir stresörün varlığı, kötüye kullanım öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü farklılık göstermezken, ailede bedensel hastalık öyküsü içselleştirilmiş damgalanması olan hastalar arasında daha sık bulunmuştur (% 87 / % 66,7) ($\chi^2 = 9,165$, $p = 0,018$). İçselleştirilmiş damgalanması olan hastalarda işlevsellik puanları daha düşük ($62,78 \pm 5,52 / 69,80 \pm 6,50$) ($p < 0,001$), iyi geçirilen süre daha kısa ($p = 0,01$) bulunmuştur (Tablo 1). İki grup arasında işlevsellik düzeyinde saptanan fark, eğitim düzeyi kontrol edildikten sonra da bulunmaya devam etmektedir ($p = 0,001$). Depresif dönem sayısı içselleştirilmiş damgalanma olan hastalar arasında daha yüksektir ($p = 0,006$). Mevsimsellik ve hızlı döngülülük içselleştirilmiş damgalanması olan hastalarda, olmayanlardan daha sık bulunmuştur ($p = 0,002$ ve $p = 0,005$).

RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçeklerin ilk dördünün (yabancılaşma, sosyal geri çekilme, kalıp yargıları onaylama ve algılanan ayrımcılık) puanı içselleştirilmiş damgalanması olan grupta daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p < 0,001$) (Tablo 2). Damgalanmaya karşı direnme iki grup arasında farklı bulunmamıştır. İçselleştirilmiş

TABLO 1. İçselleştirilmiş Damgalanması Olan ve Olmayan İki Uçlu Bozukluk Tanılı Hastaların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması.

		İçselleştirilmiş damgalanma + (s=46)	İçselleştirilmiş damgalanma - (s=54)	t /X ²	P
İGD		62,78±5,52	79,80±6,5	-5,756	<0,001
Ortalama iyilik hali (ay)		17,85±13,53	31,33±32,40	-2,632	0,01
Koruma altında dönem sayısı		4,60±4,01	3,56±3,59	1,387	0,169
Alt-tipine göre geçirilen dönem sayısı (ort.±ss)	Mani	4,17±4,62	3,81±4,56	0,358	0,721
	Hipomani	1,13±0,35	2,0±1,41	-1,698	0,110
	Karma	3,67±5,15	1,90±1,04	1,111	0,281
	Depresyon	3,90±3,07	2,51±1,50	2,825	0,006
Dönem şiddeti (Ort.±S.S)		2,57±0,54	2,52±0,50	1,533	0,129
Mevsimsellik (%)		52,2	22,2	9,672	0,002
Depresyon alt-tipi (%)	Katatonik	8,7	5,6	0,376	0,540
	Melankolik	17,4	22,2	0,362	0,547
	Atipik	17,4	11,1	0,814	0,367
Psikotik özellik (%)		56,5	42,6	1,929	0,165
Özkıym girişi (%)		32,6	16,7	3,461	0,063
Kronik gidiş (%)		23,9	16,7	0,815	0,367
Hızlı döngülülük (%)		19,6	1,9	8,660	0,005
Antidepresan kullanımı ile kayma (%)		8,7	5,6	0,376	0,540

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi.

damgalanması olan grup, WHOQOL-Bref Ölçeği 4 alt boyutundan da (psikolojik alan, fiziksel sağlık alanı, sosyal ilişkiler ve çevre alanı) olmayanlara göre daha düşük puanlar almışlardır (sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p < 0,001$). İçselleştirilmiş damgalanması olan hastalar DDU 3. ve 4. bölümden (genel özerklik ve ilaç dozunu ayarlama korumuş özerklik) daha yüksek puanlar almışlardır ($p < 0,001$ ve $p < 0,001$). İçselleştirilmiş damgalanması olan ve olmayan olgular arasında, söz konusu değişkenler yönünden saptanan fark, eğitim düzeyi kontrol edildikten sonra da değişmemiştir.

İçselleştirilmiş damgalanmada yordayıcı etkenler

İçselleştirilmiş damgalanması olan ve olmayan iki uçlu bozukluk tanılı hastaları birbirinden ayıran değişkenlere (eğitim yılı, yaşadığı yer, çocuk sayısı, aile öyküsünde bedensel hastalığın varlığı, iyi geçirilen süre, işlevsellik puanı, koruma altındaki depresif atak sayısı, mevsimsellik ve hızlı döngülülük) regresyon analizi uygulandığında; mevsimsellik, hızlı döngülülük, işlevsellik ve WHOQOL-Bref 2 (psikolojik alan) alt ölçek puanı, içselleştirilmiş damgalanmanın yordayıcıları olarak bulunmuştur ($p = 0,007$, $p = 0,039$, $p = 0,001$ ve $p < 0,001$) (Tablo 3).

İçselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi

İçselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi arasında ters yönde güçlü bir ilişki vardır (Tablo 4). İçselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları ile tek tek ele alındığında, yaşam kalitesini en güçlü etkileyen boyutlar anlamlılık yönünden yabancılaşma, sosyal geri çekilme, kalıp yargıları onaylama ve algılanan ayrımcılık olarak sıralanmaktadır ($r = -0,63$, $r = -0,58$, $r = -0,55$ ve $r = -0,49$). Damgalanmaya karşı direnç, tedaviye uyumun değerlendirildiği Duygudurum Dengeleyici Uyum Anketi'nde doktor-hasta ilişkisi ve duygudurum dengeleyiciler hakkındaki inançlar ile zayıf ilişkili bulunmuştur ($r = 0,26$ ve $r = 0,25$). İçselleştirilmiş damgalanma tedavide özerklik boyutları ile güçlü bir ilişki göstermektedir. Bu ilişki en güçlü şekilde içselleştirilmiş damgalanmanın kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve algılanan ayrımcılık boyutları ile izlenmektedir ($r = 0,55$, $r = 0,53$ ve $r = 0,47$).

TARTIŞMA

Bu çalışma ülkemizde iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmayı araştıran, içselleştirilmiş

TABLO 2. İçselleştirilmiş Damgalanması Olan ve Olmayan İki Uçlu Bozukluk Tanılı Hastalarda RHİDÖ, WHOQOL-Bref ve DDUA Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.

	İçselleştirilmiş Damgalanma + (s=46)	İçselleştirilmiş Damgalanma - (s=54)	t	p
RHİDÖ-1 Yabancılaşma	16,09±3,66	10,33±2,51	9,261	<0,001
RHİDÖ-2 Kalıp yargıların onaylanması	18,87±4,09	12,09±2,84	9,743	<0,001
RHİDÖ-3 Algılanan ayrımcılık	14,63±3,36	8,83±2,13	10,443	<0,001
RHİDÖ-4 Sosyal geri çekilme	17,19±3,58	10,65±2,84	10,187	<0,001
RHİDÖ-5 Damgalanmaya karşı direnme	14,52±3,40	13,38±3,09	1,745	0,084
WHOQOL-1 Bedensel iyilik hali	57,57±15,57	70,00±13,70	-4,250	<0,001
WHOQOL-2 Ruhsal iyilik hali	51,78±14,13	69,03±13,6	-6,190	<0,001
WHOQOL-3 Sosyal iyilik hali	42,82±20,58	62,74±17,78	-5,131	<0,001
WHOQOL-4 Çevresel iyilik hali	55,43±14,52	67,03±14,20	-4,030	<0,001
DDUA-1 Doktor hasta ilişkisinin algılanması	48,10±8,86	47,37±11,89	0,355	0,723
DDUA-2 Duygudurum dengeleyiciler hakkındaki inançlar	22,67±4,30	24,09±3,27	-1,832	0,710
DDUA-3 Genel özerklik	16,04±4,46	12,54±4,05	4,122	<0,001
DDUA-4 Doz ayarlama özerklik	8,85±3,14	6,61±2,72	3,815	<0,001

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, WHOQOL:Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, DDUA: Duygudurum Destekleyici Uyum Anketi.

damgalanmanın, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda, işlevsellik, mevsimsel gidiş ve hızlı döngülülük içselleştirilmiş damgalanmanın yordayıcıları olarak belirlenmiştir. Buna ek olarak içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi ve tedavi uyumu arasında güçlü bağıntılar gösterilmiştir.

Bu çalışmada iki uçlu bozukluk tanılı hastalar arasında içselleştirilmiş damgalanma % 46 oranında bulunmuştur. Yakın tarihli bir başka çalışmada ağır ruhsal hastalığı olan hastalar arasında damgalama % 14,8 oranında bildirilmiştir (Alonso ve ark. 2009). Aynı çalışmada, hastaların % 53'ü bir ayrımcılık yaşadıklarını belirtmiştir. Tek uçlu ve iki uçlu bozukluk tanılı hastaları birlikte değerlendiren başka bir çalışmada ise kendi kendini damgalama ve algılanan ayrımcılık beş hastadan birinde mevcuttur (Brohan ve ark. 2011).

Daha önceki çalışmalarda (aktaran Alonso ve ark. 2009) damgalamanın düşük eğitim düzeyi, evli olmama ya da yalnız

yaşama ve işsiz olma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda, içselleştirilmiş damgalanmanın kırsal kesimde daha çok algılanması, bu yerleşimlerde sosyal ilişkilerin daha yakın olma gerekliliği ve daha hissedilir oluşu ile açıklanabilir. Düşük eğitim düzeyinde içselleştirilmiş damgalanmanın daha sık bulunması ise bugüne dek yapılan çalışmalarda başka ruhsal hastalıklar için de gösterilmiş, yazınla uyumlu bir bulgudur (Alonso ve ark. 2009). Benzer şekilde çalışıyor olmak ve iyi bir sosyoekonomik düzeye sahip olmak içselleştirilmiş damgalanmayı azaltan bir etken gibi durmaktadır. Eğitimli olmak, çalışıyor olmak ve iyi bir sosyoekonomik düzeye sahip olmak, benlik saygısını artırarak damgalanma algısını azaltıyor olabilir. Eğitimli ve çalışıyor olmak, diğer taraftan, iyi bir işlevsellik anlamına gelmektedir ki, işlevsellik düzeyi çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanmanın öngörücü değişkenlerinden biri olarak saptanmıştır. Ancak çalışmamızda, içselleştirilmiş damgalanması olan grupta eğitim düzeyinin daha düşük olması, iki grup arasındaki işlevsellik farkını

TABLO 3. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yordayıcıları.

	B	CI % 95	OR	p
WHOQOL-2	2,1	1,1-1,9	19,0	< 0,001
İşlevsellik	1,2	1,1-1,2	16,5	0,001
Mevsimsel gidiş	-1,5	1,6-4,8	7,17	0,007
Hızlı döngülülük	-2,4	2,4-12,1	4,3	0,039

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam kalitesi Ölçeği.

içselleştirilmiş damgalanmadan bağımsız olarak etkileyebilecek bir durumdur. Diğer taraftan, işlevsellik, eğitim düzeyi kontrol edildikten sonra da içselleştirilmiş damgalanması olan ve olmayan grupta farklılığını sürdürmüştür.

İlginç olarak damgalanma algısı olan hastaların çocuk sayısının daha yüksek olduğu bulunmuş, ancak yazında bununla ilgili herhangi bir bulgu ya da yoruma rastlanmamıştır. Çocuk sahibi olmanın benlik saygısı üzerine etkisi toplumsal ve kültürel olarak yorumlanmaya açıktır. Meiser ve arkadaşlarına ait bir çalışmada (2007) ise tek ve iki uçlu ve şizoafektif bozukluklu hastalarda çocuk sahibi olmayı istememek ya da daha az istemek, algılanan damgalanma için yordayıcı bir değişken olarak saptanmıştır. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü iki grup arasında farklılık göstermezken, ailede bedensel hastalık öyküsü, içselleştirilmiş damgalanma algısı olan hastalar arasında daha sık bulunmuştur. Yazında bununla ilgili herhangi bir bilgi bulunmamakla birlikte, aile öyküsünde mevcut bu bedensel hastalıklar daha yakından incelendiğinde süregen ve yeti yitimine neden olan hastalıklar olduğu dikkat çekmektedir. Süregenlik ve yeti yitimi gibi iki özelliğin aile öyküsündeki psikiyatrik hastalıklar için ayırt edilmiş olmayışı, bu hastalıklar için de beklenen farkı ortadan kaldırmış olabilir. Bu noktada, süregen ve tedavi edilmekte olan bedensel hastalığı olan hastaların çalışmamızdan dışlanmasının ne kadar yerinde bir ölçüt olduğu vurgulanmalıdır.

Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma algısı olan iki uçlu bozukluk tanılı hastaların İGD ile saptanan işlevsellik puanları daha düşüktür. Yazında benzer olarak ruhsal hastalığı bulunan kişilerde hastalıktan ya da yeti yitiminden bağımsız olarak eski işlevselliğine geri dönemeyen hastalarda damgalanma algısının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Link ve ark. 2001). Eski işlevselliğine geri dönemeyen bu hastalarda hastalığın izi kalmıştır, hastalık geçmiş bile olsa, geçirildiğinin işareti ortada durmaktadır. Şimdiki işlevsellik puanları ve şimdiki duygu durum belirtileri ile damgalanma algısı arasında hem bir bağlantı gösterilmiş, hem de bu iki durum algılanan damgalanmanın yordayıcıları olarak belirlenmiştir (Vazquez ve ark. 2010).

İki uçlu hastalarda hem psikopatolojinin hem de bilişsel bozulmanın şiddeti yaşam kalitesini etkilemektedir (Brissos ve ark. 2008), psikotik bulgunun ise iki uçlu bozukluk tanılı

hastaların yaşam kalitesi üzerine bir etkisi bulunmamaktadır (MacQueen ve ark. 1997). Öyle ki psikotik bulgu sıklıkla kalıntı belirtiler arasında yer almaz, tedaviye iyi ve hızlı yanıt verir (Goodwin ve Jamison 1990). Sonuç olarak damgalanma ve yaşam kalitesi söz konusu olduğunda psikopatolojinin şiddetinden çok sürekliliğinin önemli olduğu düşünülmüştür. Bunu destekler şekilde bulgularımızda içselleştirilmiş damgalanması olan ve olmayan hastalar arasında atak şiddeti ve psikotik bulgunun varlığı farklılık göstermezken; iyilik dönemleri, içselleştirilmiş damgalanması olan hastalarda daha kısa bulunmuştur. Diğer taraftan içselleştirilmiş damgalanmayı psikotik bulgulu grupta daha sık bulan bir çalışma (Lolich ve ark. 2010) yakın zamanda yayınlanmıştır. Ancak bu çalışma ilk atak psikotik iki uçlu bozukluk tanılı hastalarla yapılmış olup, söz konusu bulgular süregenliğin bu hastalar üzerindeki etkisini taşımamaktadır.

Çalışmamızda, mani, hipomani ve karma dönem sayıları içselleştirilmiş damgalanma yönünden fark yaratmazken, depresif dönem sayısı damgalanma algısı olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Depresyon alt tiplerine göre karşılaştırıldığında ise, damgalanma algısı farklılık göstermemektedir. Depresif dönem sayısının fazla oluşu, iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda işlevselliği olumsuz etkilemektedir (Goodwin ve Jamison 1990). Marcussen ve arkadaşları (2010) süregen ve ağır ruhsal hastalığı olan kişilerde damgalanma algısını en çok benlik saygısı ile ilişkili bulmuşlardır. Buna ek olarak, depresyon kontrol edildiğinde damgalamaya karşı savunucu yönde bir reaksiyondan söz edilmektedir (Rüsch ve ark. 2008). Dolayısıyla depresif dönemlerin damgalanma algısını artırıcı bir rolü olduğu düşünülebilir. Bir başka çalışmada ise depresif dönemler ve kalıntı depresif belirtiler, yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkili bulunmuştur (Gazalle ve ark. 2007). Bu depresif belirtiler içerisinde özellikle hipersomni ile karakterli uyku bozukluklarına vurgu vardır (Giglio ve ark. 2009).

İçselleştirilmiş damgalanma, çalışmamızda mevsimsel gidiş gösteren ve hızlı döngülü olan hastalar arasında daha sık bulunduğu gibi, her iki özelliğin de içselleştirilmiş damgalanma için yordayıcılığı gösterilmiştir. Mevsimsel gidiş ve hızlı döngülülük söz konusu olduğunda ortak bir özellik olarak, yaşam olaylarından ya da stresörlerden bağımsız bir sürecin net bir şekilde gözlenebilirliği, hastalığı reaktif bir doğadan uzaklaştırmaktadır. Buna ek olarak her iki durum, iki uçlu bozukluğun tedavisinde tedavisi güç durumların başında gelmektedir (Goodwin ve Jamison 1990) ve tedaviye yanıtızlık bu hastalar arasında oldukça sıktır. Bu iki durum, hastalığın daha yapısal ya da kişisel bir özellikmiş gibi algılanmasını sağlıyor olabilir. "Sen bu mevsimde hep böyle oluyorsun." ya da "Artık bu durum senin karakterin olmuş." şeklindeki söylemler, mevsimsel gidişli ve hızlı döngülü hastalarımızın, bizlere sıklıkla ve yakınlıkla aktardığı çevresel söylemlerdir. Hızlı döngülülükte genç hastalar için, gelişim dönemlerinin kesin-tiye uğraması ve hastalığın kişilikten ayrımında zorlanması

TABLO 4. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum İle İlişkisi.

		WHOQOL1 Bedensel iyilik hali	WHOQOL2 Ruhsal iyilik hali	WHOQOL-3 Sosyal iyilik hali	WHOQOL-4 Çevresel iyilik hali	DDUA-1 Doktor hasta ilişkisinin algılanması	DDUA-2 Duygudurum dengeleyiciler hakkındaki inançlar	DDUA-3 Genel özerklik	DDUA-4 Doz ayarlama özerklik
RHİDÖ-1 Yabancılaşma	r	-0,54	-0,63	-0,48	-0,34	-0,67	-0,33	0,36	-0,37
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,51	0,001	<0,001	<0,001
RHİDÖ-2 Kalıp yargıların onaylanması	r	-0,53	-0,55	-0,40	-0,34	-0,17	-0,30	0,55	0,47
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,97	0,05	<0,001	<0,001
RHİDÖ-3 Algılanan ayrımcılık	r	-0,49	-0,47	-0,33	-0,36	-0,01	-0,25	0,47	0,46
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,886	0,012	<0,001	<0,001
RHİDÖ-4 Sosyal geri çekilme	r	-0,58	-0,55	-0,38	-0,47	-0,13	-0,19	0,53	0,54
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,20	0,07	<0,001	<0,001
RHİDÖ-5 Damgalanmaya karşı direnme	r	-0,22	0,16	0,18	0,14	0,26	0,25	0,004	0,02
	P	0,028	0,10	0,07	0,16	0,01	0,01	0,69	0,89

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, DDUA: Duygudurum Dengeleyici Uyum Anketi.

nedeniyle damgalanmanın ağırlaşacağına ilişkin bir yorum daha önce de yapılmıştır (Sajatovic ve ark. 2008).

Bu çalışmada içselleştirilmiş damgalanması olan iki uçlu bozukluk tanılı hastalar, olmayanlarla karşılaştırıldığında, bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanda olmak üzere yaşam kalitesi puanları daha düşüktür. İki uçlu bozuklukta yaşam kalitesinin bozulduğu pek çok çalışma ile ortaya konmuştur. Marcussen ve arkadaşları (2010) süregen ve ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanma algısının yaşam kalitelerine olan etkisini araştırmışlar ve damgalanmanın belirgin olumsuz etkisini görmüşlerdir. Çalışmamızda, içselleştirilmiş damgalanma arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı şeklinde güçlü bir ters bağıntı gösterilmiştir. Ancak bu bağıntının çift yönlü olduğu unutulmamalıdır. İçselleştirilmiş damgalanma arttıkça, yaşam kalitesi azalıyor olabileceği gibi, yaşam kalitesi azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma artıyor olabilir. İçselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları ile tek tek ele alındığında ise, yaşam kalitesini en güçlü etkileyen boyutlar anlamlılık yönünden yabancılaşma, sosyal geri çekilme, kalıp yargıları onaylama ve algılanan ayrımcılık olarak sıralanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ile yaşam kalitesi arasındaki bağıntı ise oldukça zayıftır. Bu durum damgalanmaya karşı direncin işlevsellik üzerine bozucu ya da düzeltici bir etkisinin olmaması ile açıklanabilir.

Damgalanma algısı olan iki uçlu bozukluk tanılı hastalar Duygudurum Dengeleyici Uyum Anketi üzerinde genel

özerklik ve ilaç dozunu ayarlama korunmuş özerklik boyutlarından daha yüksek puanlar almışlardır. Bu bireyler, dışarıdaki bir kontrol odağına duyarlılık göstermekte ve hastalık ve tedavi üzerinde kendilerinin söz sahibi olmasını talep etmektedirler. Bu durum göz ardı edilirse, içselleştirilmiş damgalanması olan hastaların tedaviye uyumsuzluk eğilimi olacağı anlamına da gelmektedir. Sadece major depresif bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada algılanan damgalanmanın tedaviye uyumu belirgin olarak ve olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Sirey ve ark. 2001). Doktor hasta ilişkisinin algılanması ve duygudurum dengeleyiciler hakkındaki inançları sorgulayan bölümden alınan puanlar yönünden, iki grup arasında fark bulunmamıştır; ki bu, damgalanma algısı olan ve olmayan iki uçlu bozukluk tanılı hastaların tedaviye uyuma yönelik görüş ve inançlarının olumlu ve benzer olduğu anlamına gelmektedir.

İçselleştirilmiş damgalanma tedavide özerklik boyutları ile güçlü bir bağıntı göstermektedir. Bu bağıntı en güçlü şekilde içselleştirilmiş damgalanmanın kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve algılanan ayrımcılık boyutları ile izlenmektedir. Bunun anlamı içselleştirilmiş damgalanma arttıkça iki uçlu bozukluk tanılı hastaların önerilen tedaviye uyumsuzluklarının artmasıdır. Damgalanmaya karşı direnç, tedaviye uyumun değerlendirildiği Duygudurum Dengeleyici Uyum Anketi'nde doktor hasta ilişkisi ve duygudurum dengeleyiciler hakkındaki inançlar ile bağıntılı bulunmuştur. Bu

bulgular, iyi bir hasta hekim ilişkisinin ve tedavi işbirliğinin damgalanma ile mücadelede ne denli önemli olduğunun altını çizmektedir.

İki uçlu bozukluk tanılı bireyler arasında antipsikotik ilaç kullanımı ile damgalanma arasındaki ilişki yeteri kadar çalışılmamıştır. Bu ilaçların şizofreni ilaçları olduğuna dair bilgi ve görüşler hem damgalanma hem de tedaviye uyum yönünden riskli gibi görünmektedir (Sajatovic ve ark. 2007). Öyle ki çok sayıda iki uçlu hastanın "Ben şizofreni haplarından istemiyorum." cümlesinin ardındaki söylem, bu ilaçların yan etkilerinden çok söz konusu hastalığa ilişkin damgalamalarıdır. Ülkemizde antipsikotik tedaviye uyum % 11-80 arasında bildirilmektedir (Çobanoğlu ve Aker 2003). İki uçlu bozuklukta duygudurum dengeleyici ilaca iki yıllık uyum ise % 50'nin altında bulunmuştur (Scott ve Colom 2005). Daha tedavi

sürecinin başında hekim, hastanın kendisi ve hastalığı konusundaki fikirlerini dikkate almalıdır.

Damgalanma duygusunu belirleyen bir diğer etken ise kişinin yakın çevresidir. Öyle ki içselleştirilmiş damgalanma, hastanın yakın çevresinde de aktive olmakta, hem yakın çevredeki kişilerin kendilerince yaşanmakta, hem de yakın çevredeki bu kişiler hastayı damgalamakta ve dışlamaktadır. Algılanan damgalanma ve bakım verenin depresif belirtileri ilişkilidir (Perlick ve ark. 2007). İki uçlu hastaların eşlerinde yaşam kalitesinde bozulma % 60 oranında ve sağlıklı bireylerdekinden fazla bulunmuştur (Ellouze ve ark. 2011). Yakın tarihli bir çalışmada bakım verenin ruhsal durumunun da şizofreni ve iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda tedavi uyumunu etkilediği gösterilmiştir (Kesebir 2009). Bu bağlamda damgalanma algısının hastaların yakınlarında da çalışılması gereklidir ve gelecek çalışmalarda ele alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S ve ark. (2009) Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord* 127:85-94.
- Aydemir Ö (2004) Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *3P Dergisi* 12:61-4.
- Brissos S, Dias VV, Frey NB ve ark. (2008) Insight, quality of life and cognitive functioning in eutymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 110:75-83.
- Brohan E, Gauci D, Sartorius N ve ark. (2011) Self stigma, empowerment and perceived discrimination among people with BD: GAMIAN Europe Study. *J Affect Disord* 129:56-63.
- Camp DL, Finlay WML, Lyons E (2002) Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Sci Med* 55:823-34.
- Corrigan PW (1998) The impact of stigma on severe mental illness. *Cog Behav Prac* 5:201-22.
- Corrigan PW, Watson AC (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1:16-20.
- Çobanoğlu ZSÜ, Aker T (2003) Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam* 16:211-8.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Albert A ve ark. (2004) Development of an Antidepressant Compliance Questionnaire (ADCQ). *Acta Psychiatr Scand* 110:201-7.
- Ellouze F, Ayedi S, Cherif W ve ark. (2011) Spouses and Bipolar Disorder. *Encephale* 37:417.
- Ersoy MA, Varan A (2007) Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 18:163-71.
- Eser E, Eser SY, Fidaner C ve ark. (1999a) Türkler için sağlık ve sosyal bilimler araştırmalarında kullanılan likert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları. *3P Dergisi* 7:41-7.
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C ve ark. (1999b) Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi* 7:23-40.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) WHOQOL Türkçe versiyonu çalışması: Odak grup görüşmeleri. *3P Dergisi* 7:48-55.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M (1997) Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/ CV). Washington DC, APP.
- Gazelle FK, Frey BN, Hallal CP ve ark. (2007) Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: A matter of unawareness of illness? *J Affect Disord* 103:247-52.
- Giglio LM, Andreazza AC, Andersen M ve ark. (2009) Sleep in bipolar patients. *Sleep Breath* 13:169-73.
- Goodwin FK, Jamison KR (1990) Manic-depressive Illness. Oxford University Press, New York.
- Howard P, Wong G, Brigh JA ve ark. (2002) Stigma and self-esteem in manic depression: An exploratory study. *J Affect Disord* 69:61-7.
- Kesebir S, Üstündağ F (2012) Duygudurum Dengeleyici Uyum Anketi: Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışması. *Yeni Symposium* 50:99-104.
- Kesebir S (2009) İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu neler etkiler? : Bakım verenin ruhsal durumu. 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Poster Bildiri, Ankara.
- Link BG, Struening EL, Neese-Todd S ve ark. (2001) The Consequences of Stigma for the self-esteem of People with Mental Illness. *Psychiatry Serv* 52:12-4.
- Lolich M, Vazquez G, Leiderman EA (2010) First psychotic episode in BD: Clinical differentiation and functional impact in an Argentinean national sample. *Vertex* 21:418-27.
- MacQueen GM, Young LT, Robb JC ve ark. (1997) Levels of functioning and psychotic versus nonpsychotic mania. *J Affect Disord* 46:69-72.
- Malyon AK (1982) Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *J Homosex* 7:59-69.
- Marcussen K, Ritter C, Munetz RM (2010) The effect of services and stigma on quality of life for persons with serious mental illness. *Psychiatry Serv* 61:489-94.
- Meiser B, Mitchell PB, Kasparian NA ve ark. (2007) Attitudes towards childbearing, causal attributions for bipolar disorder and psychological distress: a study of families with multiple cases of bipolar disorder. *Psychol Med* 37:1601-11.
- Olusina AK, Ohaeri JU (2003) Subjective quality of life of recently discharged Nigerian psychiatric patients. *Soc Psychiatry Epidemiol* 38:707-14.
- Oral TE, Şahin Ş, Akman B ve ark. (2002) İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: "Farz edelim ki, şeker hastasıysın." demek yeterli mi?. *Anadolu Psikiyatri Derg* 3:212-22.
- Özderm A, Tunca Z, Oral T ve ark. (2004) Mood Disorders Registration and Maintenance Form. ISAD Kongresi Poster Bildiri, Meksika.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12:233-6.
- Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG ve ark. (2007) Perceived stigma and depression among caregivers of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 190:535-6.

Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 121:31-49.

Rüsch N, Corrigan RW, Wassel A ve ark. (2008) Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 120:320-8.

Sajatovic M, Jenkins JH, Safavi R ve ark. (2007) Personel and societal construction of illness among individuals with rapid-cycling bipolar disorder: A life-trajectory perspective. *Am J Geriatr Psychiatry* 16:718-26.

Sajatovic M, Biswas K, Kilbourne AK ve ark. (2008) Factors associated with prospective long-term treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Psychiatry Serv* 59:7-9.

Scott J, Colom F (2008) Gaps and limitations of psychological interventions for bipolar disorders. *Psychother Psychosom* 77:4-11.

Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS ve ark. (2001) Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatry Serv* 52:9-12.

Staring ABP, Gaag MV, Berge MV ve ark. (2009) Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Res* 13:32-6.

Vazquez GH, Kapczinski F, Magalhães PV ve ark. (2010) Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 21:116-21.

Yen CF, Cheng CP, Huang CF ve ark. (2008) Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord* 10:617-24.



TÜRK PSİKİYATRİ DERGİSİ ARAŞTIRMA ÖDÜLÜ 2014

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, her yıl Türk Psikiyatri Dergisi'nde yayımlanan yazılar arasından seçilen bir klinik psikiyatri araştırmasına ödül vermektedir. 2014 yılı ödülü, Dergi'nin 2013 güz ve kış, 2014 bahar ve yaz sayılarında yayımlanan yazılar arasından seçilecektir.

2014 Yılı için ödül miktarı 2,000 TL'dir.

Ödül 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde verilecektir.

SEÇİCİ KURUL

Prof. Dr. Cem ATBAŞOĞLU
Doç. Dr. Ceylan DAŞ
Prof. Dr. Orhan ÖZTÜRK
Prof. Dr. Soli SORİAS
Prof. Dr. Zeliha TUNCA
Prof. Dr. Aylin ULUŞAHİN
Prof. Dr. Alp ÜÇÖK