

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



BİPOLAR BOZUKLUKTA MESLEKİ İŞLEVSELLİĞİN
İYİLEŞTİRİLMESİNDE SOSYAL BİLİŞ VE ETKİLEŞİM
TERAPİSİNİN ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

ZEYNEP ANAFOROĞLU BIKMAZ

İSTANBUL, 2021

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



BİPOLAR BOZUKLUKTA MESLEKİ İŞLEVSELLİĞİN
İYİLEŞTİRİLMESİNDE SOSYAL BİLİŞ VE ETKİLEŞİM
TERAPİSİNİN ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

ZEYNEP ANAFOROĞLU BIKMAZ

İSTANBUL, 2021

KABUL VE ONAY

ZEYNEP ANAFOROĞLU BIKMAZ tarafından hazırlanan “**BİPOLAR BOZUKLUKTA MESLEKİ İŞLEVSELLİĞİN İYİLEŞTİRİLMESİNDE SOSYAL BİLİŞ VE ETKİLEŞİM TERAPİSİNİN ETKİSİ**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı / Klinik Psikoloji Bilim Dalı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Prof. Dr. Sibel ÇAKIR
Bahçeşehir Üniversitesi

.....

Eş Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep MAÇKALI
İstanbul Bilgi Üniversitesi

.....

Üye
Prof. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS
Marmara Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. İdil IŞIK
İstanbul Bilgi Üniversitesi

.....

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Pervin TUNÇ
İstanbul Arel Üniversitesi

.....

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer Şahin
İstanbul Arel Üniversitesi

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....
Prof. Dr. Ali AKDEMİR
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “**BİPOLAR BOZUKLUKTA MESLEKİ İŞLEVSELLİĞİN İYİLEŞTİRİLMESİNDE SOSYAL BİLİŞ VE ETKİLEŞİM TERAPİSİNİN ETKİSİ**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

ZEYNEP ANAFOROĞLU BIKMAZ



ÖZET

**BİPOLAR BOZUKLUKTA MESLEKİ İŞLEVSELLİĞİN
İYİLEŞTİRİLMESİNDE SOSYAL BİLİŞ VE ETKİLEŞİM TERAPİSİNİN
ETKİSİ
DOKTORA TEZİ
ZEYNEP ANAFOROĞLU BIKMAZ
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
(DANIŞMAN: PROF. DR. SİBEL ÇAKIR)
(EŞ DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ZEYNEP MAÇKALI)
İSTANBUL, 2021**

Bipolar Bozukluk (BB) kronik bir ruh sağlığı sorunu olarak, tanı alan hastalarda çeşitli işlevsellik alanlarının ve bilişsel süreçlerin gerilemesi ile sonuçlanabilmektedir. Temel işlevsellik alanlarından biri olan mesleki işlevselliğin iyileştirilmesi, bu hastalarda ekonomik bağımsızlığın yanı sıra tedavi hedeflerinden olan duyguların yönetilmesi, kişilerarası ilişkilerin düzenlenmesi ve damgalanma ile başa çıkma açısından önem kazanmaktadır. Bu araştırmanın temel amacı, Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi (SBET) yoluyla BB hastalarının mesleki işlevselliklerinin iyileştirilmesidir. Seçkisiz kontrol gruplu ön test-son test deneysel çalışma olarak tasarlanan bu araştırmanın evrenini İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Birimi'nde tedavi ve takipleri devam eden BB tanılı hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise evrenden belli kriterlere göre seçilen deney (n1=12) ve kontrol (n2=16) grubu olmak üzere toplam 28 BB-I tanılı birey oluşturmuştur. Deney grubu standart tedaviye (ilaç tedavisi ve psikiyatrik görüşme) ek olarak 8 hafta SBET' ne katılmış, kontrol grubuna herhangi bir terapi uygulanmamıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Katılımcı Bilgi Formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Gözler Testi (GT), Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) kullanılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 21 programında analiz edilmiş, demografik veriler betimsel istatistik yöntemlerinden frekans, yüzdelikler ve aritmetik ortalama ile gösterilmiş, araştırmadaki analizlerin kullanımında grup sayısına dikkat edilmiştir. Gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalarda $n<0,05$ olduğu için parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney

U Testi, Wilcoxon Testi ve Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile değerlendirilmiştir. Yapılan nicel analizlerde uygulamanın sosyal biliş, mesleki işlevsellik ve damgalanma üzerindeki etkilerine odaklanılmıştır. Bulgular her hafta iki oturum halinde uygulanan 8 haftalık SBET grup sürecinin hastalarda sosyal biliş ve mesleki işlevsellik üzerinde anlamlı farklılıklar sağlayabildiğini ancak damgalanma üzerinde anlamlı bir farklılık sağlamadığını göstermektedir. Araştırma sonucunda SBET grup uygulamasının BB tanılı hastaların mesleki işlevselliğini iyileştirici yönde etkilemiş olması dikkat çekicidir. Tüm bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılarak gelecek araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.



Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Mesleki İşlevsellik, Damgalanma, Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF SOCIAL COGNITION AND INTERACTION THERAPY ON IMPROVING OCCUPATIONAL FUNCTIONALITY IN BIPOLAR DISORDER

PH. D THESIS

ZEYNEP ANAFOROĞLU BIKMAZ

GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY

PSYCHOLOGY

(SUPERVISOR: PROF. DR. SİBEL ÇAKIR)

(CO-SUPERVISOR: ASST. PROF. DR. ZEYNEP MAÇKALI)

İSTANBUL, 2021

Bipolar Disorder (BD) can have negative influences on some other areas and cognitive processes that are seen as a chronic mental health problem. On the other hand, the development of professional functionality, which is one of the main functional areas, gains importance about patient's financial independence, as well as managing emotions, organizing interpersonal relationships and coping with stigmatization which are the treatment goals. The main purpose of this research is the occupational improvement of BD patients through Social Cognition and Interaction Therapy (SBET). The universe of this study, which was designed as a pretest-posttest experimental study with a random control group, consists of patients with a diagnosis of BD, whose treatment and follow-up continues in the Mood Unit of the Department of İ.U. Mental Health and Diseases of Istanbul Medical Faculty. On the other hand, sample of the study consisted of 28 individuals with BD-I diagnosis, including the experimental (n1=12) and control (n2=16) groups selected from the universe according to certain criteria. The experimental group participated in the SBET for 8 weeks in addition to the standard treatment (drug therapy and psychiatric interview), and no therapy was applied to the control group. In the evaluation of the data, Participant Information Form, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Young Mania Rating Scale (YMRS), Eyes Test (ET), Metacognition Scale (MCI), Internalized Stigma in Mental Illnesses (ISMI) and Brief Functionality Assessment Scale (BFADS) used. The obtained data were analyzed on the computer in the SPSS 21 program, demographic data were shown with frequency, percentages and arithmetic mean, which are among the descriptive statistics methods, and the number of groups was taken into consideration in the use of the analysis in the study.

Intergroup and intragroup comparisons were evaluated using the Mann-Whitney U Test, Wilcoxon Test and Kruskal-Wallis One-Way Analysis of Variance because of the $n < .05$. The quantitative analysis focused on the effects of the application on social cognition, professional functionality and stigmatization. The findings show that the 8-week SBET group process, administered in two sessions each week, can provide significant differences on social cognition and occupational functioning in patients, but can't provide a significant difference on stigmatization. It is remarkable that the SBET group application has improved the occupational functionality of patients with bipolar disorder at the end of the study. All findings were discussed within the framework of the relevant literature and suggestions were made for future research.



Key Words: Bipolar Disorder, Occupational Functioning, Stigma, Social Cognition and Interaction Training.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİL LİSTESİ	viii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ	xi
ÖNSÖZ	xii
1 GİRİŞ	1
1.1 Bipolar Bozukluk (BB) ve Tarihçesi.....	4
1.1.1 Bipolar Bozukluk ve Epidemiyolojisi.....	5
1.2 Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi.....	7
1.2.1 Klinik Özellikler ve DSM-5 Tanı Kriterleri.....	7
1.2.1.1 Manik Dönem	8
1.2.1.2 Hipomanik Dönem.....	8
1.2.1.3 Yeğin (Majör) Depresyon Dönemi	9
1.3 Mesleki İşlevsellik	9
1.3.1 Bipolar Bozuklukta Mesleki İşlevselliği Etkileyen Ruhsal Faktörler..	10
1.3.1.1 Mani ve Depresyon Dönemlerinin Etkisi	11
1.3.2 Bipolar Bozuklukta Mesleki İşlevselliği Etkileyen Sosyal Faktörler ..	11
1.3.2.1 İçselleştirilmiş Damgalanma.....	12
1.4 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi (SBET).....	13
1.5 Sosyal Biliş Tanımı	13
1.5.1 Sosyal Biliş ve Zihinselleştirme.....	15
1.5.2 Sosyal Biliş ve Bipolar Bozukluk	17
1.6 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi Çalışmaları.....	18
1.6.1 Bipolar Bozuklukta Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi.....	22
2 YÖNTEM	24
2.1 Araştırmanın Amacı	24
2.2 Araştırmanın Önemi.....	24
2.3 Araştırma Hipotezleri.....	24
2.4 Araştırma Deseni.....	24
2.5 Evren ve Örneklem	25
2.6 Veri Toplama Araçları	26
2.6.1 Katılımcı Bilgi Formu	26
2.6.2 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)	26
2.6.3 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	27
2.6.4 Gözler Testi (GT).....	27
2.6.5 Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ).....	27
2.6.6 Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ).....	28
2.6.7 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Hissi Ölçeği (RHİDÖ)	28
2.7 İşlem.....	29
2.8 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi Oturumları.....	32
2.8.1 Birinci Oturum: Tanıtım, Duygular ve Sosyal Durumlar	33

2.8.2	İkinci Oturum: Duyguları Tanımlama ve İnsanların Duygularını Tahmin Etme	35
2.8.3	Üçüncü Oturum: Kuşkulu Duygular	37
2.8.4	Dördüncü Oturum: Sonuçlara Atlama	38
2.8.5	Beşinci Oturum: Başka Tahminler Üretme	38
2.8.6	Altıncı Oturum: Gerçekleri Tahminlerden Ayırma	39
2.8.7	Yedinci Oturum: Daha Fazla Kanıt Toplama ve Bütünleştirme	39
2.8.8	Sekizinci Oturum: Bütünleştirme	40
2.9	Verilerin Analizi	40
3	BULGULAR	42
3.1	Araştırma Örneklemine Özellikleri	42
3.1.1	Demografik Özellikler	42
3.1.2	Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Klinik Özellikleri	43
3.2	Normallik Testleri	48
3.3	Sosyal Biliş Üzerinde Etkili Olabilecek Değişkenlerin Analizi	50
3.3.1	Manik Atak Sayısı	50
3.3.2	Depresif Atak Sayısı	50
3.3.3	Hastalık Başlangıç Yaşı	51
3.3.4	Hastalık Toplam Süresi	52
3.4	Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Mesleki İşlevsellik Üzerindeki Etkisi	52
3.5	Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Sosyal Biliş Üzerindeki Etkisi	54
3.6	Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Damgalanma Üzerindeki Etkisi	57
3.7	Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Bireysel Etkileri: İstatistiksel, Klinik ve Pratik Anlamlılık	59
3.7.1	Katılımcı-1 Bireysel Değerlendirmesi	60
3.7.2	Katılımcı-2 Bireysel Değerlendirmesi	60
3.7.3	Katılımcı-3 Bireysel Değerlendirmesi	62
3.7.4	Katılımcı-4 Bireysel Değerlendirmesi	63
3.7.5	Katılımcı-5 Bireysel Değerlendirmesi	63
3.7.6	Katılımcı-6 Bireysel Değerlendirmesi	64
3.7.7	Katılımcı-7 Bireysel Değerlendirmesi	65
3.7.8	Katılımcı-8 Bireysel Değerlendirmesi	66
3.7.9	Katılımcı-9 Bireysel Değerlendirmesi	66
3.7.10	Katılımcı-10 Bireysel Değerlendirmesi	67
3.7.11	Katılımcı-11 Bireysel Değerlendirmesi	68
3.7.12	Katılımcı-12 Bireysel Değerlendirmesi	69
4	TARTIŞMA	71
4.1	Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Mesleki İşlevsellik, Sosyal Biliş ve İçselleştirilmiş Damgalanma Üzerindeki Etkisinin Yorumlanması	71
4.1.1	Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Mesleki İşlevsellik Üzerindeki	71
4.1.2	Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Sosyal Biliş Üzerindeki Etkisi	76
4.1.3	Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Damgalanma Üzerindeki Etkisi	81
4.2	Katılımcılardan Alınan Geribildirimler	86
4.3	Araştırma Sürecindeki Sınırlılıklar	88
5	SONUÇ VE ÖNERİLER	89
5.1	Klinik Psikoloji Alanı Açısından Sonuçlar	89
5.2	Klinisyenlere Öneriler	89
6	KAYNAKLAR	91
7	EKLER	102

8	ÖZGEÇMİŞ.....	120
---	---------------	-----



ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1 SBET Üçgeni	34
Şekil 2.2 Duygu Poster.....	36
Şekil 2.3 İnsanların Duyguların Tahmin Etme	37



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.1 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi Uygulamaları	18
Tablo 2.1 SBET Oturumlarının Genel Yapısı.....	30
Tablo 2.2 Sekiz Haftalık SBET Oturum Başlıkları.....	33
Tablo 2.3 Tahminde Bulunma ve Sonuca Atlama Arasındaki Farklar	39
Tablo 2.4 Bir Paranoya Şikâyeti Sonrası Bütünleştirme Çalışması	40
Tablo 3.1 Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özellikleri	42
Tablo 3.2 Katılımcıların Klinik Özellikleri – Aile Geçmişi	43
Tablo 3.3 Katılımcıların Klinik Özellikleri- Tanı Süreci.....	44
Tablo 3.4 Katılımcıların Klinik Özellikleri – Atak Dönemleri.....	45
Tablo 3.5 Katılımcıların Klinik Özellikleri – Diğer Sağlık Bilgileri	47
Tablo 3.6 İlk Test Ölçümlerinin Normallik Değerleri	48
Tablo 3.7 Son Test Ölçümlerinin Normallik Değerleri	49
Tablo 3.8 Manik Atak Sayısı Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri	50
Tablo 3.9 Depresif Atak Sayısı Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri	50
Tablo 3.10 Karma Atak Sayısı Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri	51
Tablo 3.11 Hastalık Başlangıç Yaşı Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri	51
Tablo 3.12 Hastalık Toplam Süresi Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri	52
Tablo 3.13 SBET Sonrasında Deney ve Kontrol Gruplarının İşlevsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması	53
Tablo 3.14 SBET Sonrasında Deney Grubu İşlevsellik Düzeylerinin Bireysel Analizleri.....	54
Tablo 3.15 SBET Sonrasında Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyal Biliş Düzeylerinin Karşılaştırılması	55
Tablo 3.16 SBET Sonrasında Deney Grubunun Mani, Depresyon ve Sosyal Biliş Düzeylerinin Bireysel Değerlendirmeleri	55
Tablo 3.17 SBET Sonrasında Deney ve Kontrol Gruplarının Üst Biliş Açısından Karşılaştırılması	56
Tablo 3.18 SBET Sonrasında Deney Grubu Üst Biliş Düzeylerinin Bireysel Analizleri.....	57
Tablo 3.19 SBET Sonrasında Deney ve Kontrol Gruplarının Damgalanma Açısından Karşılaştırılması	58

Tablo 3.20 SBET Sonrasında Deney Grubu Damgalanma Düzeylerinin Bireysel Analizleri.....	59
---	----



KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

?	: Belirtilmemiş
SD	: Serbestlik Derecesi
BB	: Bipolar Bozukluk
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
SBET	: Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GT	: Gözler Testi
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
KİDÖ	: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
ÜBÖ	: Üst Biliş Ölçeği
YMDÖ	: Young Mani Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

ÖNSÖZ

Birçok doğa olayı ruhsal süreçlere benzetilir; mutluysanız ruhunuzda çiçekler açmış, hüznüyseniz gözyaşlarınız yağmur olmuştur ya da tam tersi doğaya da ruhsal tanılar yüklenebilir; depresif havalar deyiminde olduğu gibi. Peki ya depresyon ruhsallıkta neye benzer? Elbette zeminde yaşanan büyük bir sarsıntı nasıl sonuçlara yol açıyorsa, yaşanan ruhsal bir sarsıntı da birtakım önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bipolar Bozukluk-I tanı kriterlerinden biri olan ve fay hattına benzettiğim manik atak hastada birtakım bilişsel yıkımlara neden olur. Gerçeklikten uzaklaşan hasta o esnada çevresinde bulunan kişilerin de dikkatini çekmeye başlar. Artarak devam eden bu durumun ağırlaştığı tablolarda kişiyi hastane yatışları ve yoğun bir tedavi süreci beklemektedir ki eğer devam eden bir çalışma hayatı varsa iyileşme gerçekleşene kadar askıya alınır.

Bipolar Bozukluk toplumda oldukça yaygın görünmesine rağmen bir o kadar gizlenen aynı zamanda birtakım olumsuz mitlerle anılan bir ruhsal zorlanma olarak yorumlanabilir. Özellikle yoğun geçen atak dönemlerinin ardından Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin kaldıkları yerden hayatlarına devam edebilmeleri birçok açıdan fazladan çaba gerektirmektedir. Bu çabanın farkında olan ya da olmayan, hastalığa uzak ya da yakın çevrelerin Bipolar Bozuklukla ilgili toplum nezdinde bilgilendirilmelerinin oldukça önemli olduğunu fark ederek araştırmama başladım.

Öncelikle bu süreci tamamlarken varlıkları ile beni destekleyen, kendilerinden öğrendiğim birçok şeyle birlikte tez sürecime katkı sağlayan araştırmamın değerli katılımcılarına teşekkürlerimi sunmak isterim. Tez sürecimin başından itibaren Bipolar Bozukluk kliniğine girmemi sağlayan, değerli klinik pratiğini paylaşarak bu alanda kendimi geliştirebilmem için elinden gelen desteği veren kıymetli hocam Prof. Dr. Sibel Çakır'a sonsuz teşekkürler. Aynı zamanda tez sürecimde eş danışman olarak yer alan sevgili Dr. Öğretim Üyesi Zeynep Maçkalı'ya verdiği sayısız süpervizyon ve manevi desteği için minnettar olduğumu belirtmek isterim.

Araştırmanın işleyişinde yardımlarını esirgemeyen İ.Ü. Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sekreteri Esengül Yılmaz, Sosyal Hizmet Uzm. Songün Uçar'a çok teşekkür ederim. Grup Terapisi sürecinde yardımcı terapist olarak

desteğini aldığım değerli Psikolog Püren Şenyuva'ya ayrıca teşekkür ederim. Üyesi olmaktan onur duyduğum Bipolar Yaşam Derneği' ne ve başta yönetim kurulu başkanı Özlem Sarı olmak üzere tüm üyelere araştırmamı destekledikleri için teşekkür ederim.

Tez sürecimde verdiği akademik desteği şefkati ile bütünleştiren Doç. Dr. Nurhan Eren'e çok teşekkür ederim. Son olarak süreçte en yakınım olan sevgili eşime, değerli aileme, aynı zamanda kıymetli dostum ve meslektaşım İlknur Güner'e zor zamanlarımı atlamamı kolaylaştırdıkları için ne kadar teşekkür etsem azdır.

Klinik duyumsayışın akademik merakla birleştiği doktora sürecimin kişisel ve mesleki anlamda geçtiğim zorlu virajların sonu olmadığına farkındayım. Bu yolculukta içsel ve dışsal duyumsayışımı güçlendiren, bana merak etmeyi ve merakımın peşinden gitmeyi öğreten Psikanalist, Dr. Özge Soysal'a en içten teşekkürlerimi sunmak isterim.

10.05.2021
ZEYNEP ANAFOROĞLU BIKMAZ

1 GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB) mani, hipomani ve depresyon dönemlerinin görüldüğü kişinin ailesini, toplumsal yaşamını derinden etkileyen bir duygudurum bozukluğudur. Bu anlamda BB tedavisi aynı zamanda bir süreç yönetimi gerektirmektedir (Kırkpınar, 2012). Toplumda 70 kişiden birinde görüldüğü bildirilen bu bozukluk, ülkemizde iki milyon civarı kişide görülmektedir ki çalışma yaşında olan BB tanılı kişilerin iş yaşamından uzaklaşması hem hastalığın seyrine olumsuz etki etmekte hem de iş gücü kaybı yaratarak ülke ekonomisine zarar vermektedir (Oral ve diğerleri, 2002). BB ile ilgili iş performansında yaşanan bu düşüş literatürde de sıklıkla ele alınmaktadır (Boland ve diğerleri, 2015; Bowden, 2005; Drake ve diğerleri, 2013).

Son yıllarda BB gösteren bireylerin işlevselliğinde iyileşmenin sağlanması, tedavinin başlıca hedeflerinden biri olarak görülmektedir. İşlevsellik, kişinin içinde yaşadığı çevrede temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesinin yanında başkaları ile ilişki kurabilme becerisi olarak da tanımlanabilmektedir (Aydemir ve Uykur, 2012). Bu bağlamda işlevsellik, genellikle toplumsal uyum sağlama becerileri açısından değerlendirilmektedir. Yalnız yaşayabilme, ekonomik özgürlüğünü sağlayabilecek bir işte çalışabilme, aile ve arkadaşlarla olumlu ilişkiler içinde olmanın yanı sıra toplumsal beceriler arasında yer alan göz kontağı, jest ve mimikler, konuşmanın süresi, duygu tanıma gibi sosyal-bilişsel yetiler de işlevsellik alanları içerisinde yer almaktadır (Temmerman ve diğerleri, 2015). Bu çalışmada BB gösteren bireylerin mesleki işlevsellikleri dikkate alınacaktır.

Mesleki işlevsellik, bireyin sahip olduğu mesleği veya yaptığı işi etkin biçimde yapabilmesi, yetki ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi aynı zamanda iş ortamında birlikte çalıştığı kişilerle uyumlu ilişkiler kurabilmesi olarak tanımlanabilir (Frank ve diğerleri, 2008). Mesleki işlevselliğin en önemli belirleyicilerinden birisi de beynin sosyal biliş alanı olarak tanımlanan kısmıdır. Alanyazında zihinselleştirme (mentalizasyon) olarak da adlandırılan sosyal biliş ihtiyaçlar, arzular, duygular, inançlar, amaçlar, gerçekler gibi insan davranışlarının altında yatan temel içsel gereksinimleri algılayarak, zihinsel bir aktiviteyle adlandırma ve dışarıdan

gözlemlenen bu sürece şekil vermek olarak tanımlanmaktadır. Sosyal biliş, daha çok kişinin kendisi ve diğerleri ile olan ilişkisindeki zihinsel süreçleri temsil eder. Beynin çalışma alanlarından biri olan sosyal bilişin, BB tanısı alan kişilerde belirtilerden bağımsız olarak yeterli çalışmadığı çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir. Sosyal bilişteki yetersizliğin, kişilerin sosyal ilişkilerde zorluk yaşamalarına, hastalık belirtilerinin artmasına ve tetiklenmesine sebep olduğu iddia edilmektedir (Benito ve diğerleri, 2013).

Psikoterapide ele alınan ve geliştirilmesi gereken temel birçok faktörden biri olarak görülen sosyal biliş, kuramsal bakış açısı ne olursa olsun tüm terapi yaklaşımlarında biliş, duygu ve davranışlarda değişim için güçlü bir ortak alan olarak görülmektedir (Fonagy ve Allison, 2011). Sosyal bilişin mesleki işlevsellik üzerine olan etkisini örneklemek gerekirse; BB tanısına sahip bir kişinin iş arkadaşının yanından geçerken ona selam vermediği bir anı düşünebiliriz. Yaşanan deneyimden sonra karşılaştıklarında ise olumsuz duygu ve sosyal algılama süreçleri devreye girebilir, sonucunda ise BB tanısı alan kişi arkadaşının kendisine öfkeli olabileceğini düşünebilmektedir. Bu durumda eğer BB tanısı alan kişinin sosyal biliş becerileri korunmuş olsaydı bu düşünce ile başa çıkabilirdi fakat sosyal bilişin bozulması sebebiyle kişi öfkenin nedenini kendine yükleyebilmektedir. Tüm bu süreç sonunda kişi arkadaşına olumsuz davranmak ya da kendini geri çekmek gibi davranışsal bir tepki verebilmekte böylece mesleki ve toplumsal işlevselliğinde bozulmalar ortaya çıkabilmektedir (Samame ve diğerleri, 2015). Çalışma hayatında sıklıkla yaşanan bu türden sosyal çatışmalar, kişinin yöneticileri veya birlikte iş yaptığı takım arkadaşları ile sürekli biçimde tekrarlandığında mesleki işlevsellik ciddi biçimde etkilenecek iş kayıpları ile sonuçlanmaktadır. Mesleki olarak çalışmak ruh sağlığı açısından da önemsenmiştir.

Freud “Mutluluk nedir?” sorusuna karmaşık bir cevap bekleyenleri şaşırtmış, gayet sade bir biçimde “*sevmek ve çalışmaktır*” yanıtını vermiştir (Erikson, 1963). Yaklaşık yüz yıl önce bu soruya verilen yanıtın günümüzde halen geçerliliğini korumakta olduğu görülmektedir. Nitekim yetişkin olabilmenin temel basamaklarından biri olarak kabul edilen iş yaşamı, diğer bir ifadeyle mesleki işlevsellik alanıdır (Frank ve diğerleri, 2008).

2017 yılı Dünya Ruh Sağlığı Günü “İş Yerlerinde Ruh Sağlığı, Çalışanın Ruhsal İyilik Hali” temasıyla işlenirken akıllara gelen bir başka soru “*Peki ya ruhsal hastalıklar iş yerlerinde nasıl ele alınıyor?*” olmuştur. Kuşkusuz iş yerlerindeki olumsuz koşullar (psikolojik şiddet, uzun çalışma saatleri, ağır çalışma koşulları, vb.) çalışan ruh sağlığına olumsuz etki etmekte ve son yıllarda özellikle “psikolojik şiddet” (mobbing) kavramı ile sıkça gündeme gelmektedir. Psikiyatrik tanı alan kişiler ise gündelik yaşamlarında aldıkları tanı ile ilgili birçok alanda özellikle sosyal anlamda ve kişilerarası ilişkilerde zorlanmaktadır. Aktif çalışan kişiler, BB tanısı alarak damgalanmakta ve tanı ise iş yaşamından uzaklaşma bedenleri arasında sayılmaktadır. (Bowden, 2005; Ellison ve diğerleri, 2013).

Bipolar bozukluğun uzun süreli tedavisinde başlıca amaç hastalık dönemlerinin olabildiğince uzun bir süre ya da hiç ortaya çıkmaması, ortaya çıkacak olsa bile bu dönemlerin daha az belirti ile kolay atlatılmasıdır. Diğer bir önemli nokta ise hastaların kişisel sorumluluklarını alabilmelerine ve toplumsal açıdan olabildiğince işlevsel olmalarına çalışılmasıdır (Simon ve diğerleri, 2008).

Yaşam devam ederken kaçınılmaz alanlardan biri olan sosyal ilişkiler bu noktada BB tanısı alan kişiler için özellikle hasar gören ve işlevselliği olumsuz olarak etkileyen bir başka sebeptir. Sosyal ilişkileri, sosyal biliş çatısı altında ele alan kavramlardan biri olan zihinselleştirme, özellikle davranışların açıklanmasında kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarına odaklanabilmesi anlamına gelmektedir. Zihinsel durumların davranışı etkilediği bilinmekle birlikte inançlar, istekler, duygular ve düşünceler farkında olsak da olmasak da yaptıklarımızı şekillendirmektedir. Zihin kuramı başlığı altında yapılan bazı araştırmalar zihinselleştirme eksikliklerini depresyon (Inoue, 2004); (Lee ve diğerleri, 2005) ve bipolar bozukluklar içerisinde göstermektedir (Kerr ve diğerleri, 2003). Sosyal biliş tam da kendilerinin ve başkalarının zihinsel durumlarına odaklanma zorluğu yaşayan BB tanısına sahip kişilerin bu durumlarına odaklanarak duygularını ve düşüncelerini düzenlemeye yardımcı olur.

BB tanısı alan kişilerin psikososyal işlevsellikleri atak sayısının azlığı ve bilişsel işlev düzeylerinin iyi olması ile ilişkilidir. Bipolar bozuklukta hastalık belirtilerinden bağımsız olduğu öne sürülen bilişsel bozulmaların hastalık belirtilerine

ikincil olarak gelişmediğini, iyilik (remisyon) dönemlerinde de devam ettiğini gösteren çalışmalar vardır (Bora ve diğerleri, 2008; Kaya ve diğerleri, 2009). Özellikle iş yaşamında zorluk çeken ve tekrar işe dönme noktasında zorlanan BB tanısı alan kişilerin sosyal biliş süreci, süreçte yaşadıkları hastalığı anlatma, başkaları ya da kendileri tarafından etiketlenme (damgalanma), mani ya da depresyon dönemlerinde hastalığı yönetme gibi temel alanlarda sağlıklı işleyememektir. Atakların dışında da beyinde sosyal biliş alanında bozulmaların olduğu, bu bozulmanın hastalık belirtilerinden bağımsız ve atakları tetikleyici nitelikte olduğu bildirilmektedir (Bateman ve Fonagy, 2004). SBET'nin, BB olan kişilerde sosyal bilişi arttırarak iş yaşamına geri dönüşü kolaylaştıracağı ve iş yaşamında karşılaşılan hastalıkla ilgili muhtemel sorunlara karşı destekleyici olacağı düşünülmektedir.

BB tanısı alan kişiler yaşamları boyunca tekrarlayan ataklar nedeniyle çeşitli hastalık dönemleri geçirmektedir. Özellikle atak dönemlerinde iş performansında yavaşlama, işi sürdürememe, işten ayrılma ya da çıkarılmaya yol açan mesleki işlevselliğe belirgin düşüşler yaşayabilmektedirler. Mesleki işlevsellik kaybı ise var olan klinik tabloyu ağırlaştırmakta, bireyin sosyal ortamlardan ve üretmekten uzaklaşarak yalnızlaşmasına ve sürecin bir kısır döngüye dönüşmesine neden olmaktadır. Yaşamları boyunca ilaç tedavisi almak zorunda olan bu kişiler için psikoterapi, tedavi işbirliğinin korunması ve işlevsel kalabilmenin desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Araştırma yukarıda belirtilen gereksinimlerden yola çıkarak, Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi (SBET)'nin ülkemizde ilk kez BB tanısı alan kişilerde uygulanması ve mesleki işlevselliğin iyileştirilmesindeki etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarının etkili olması durumunda, bu hastalarda mesleki işlevselliği geliştirmede bir model oluşturmaya da hedeflenmektedir.

1.1 Bipolar Bozukluk (BB) ve Tarihçesi

Son yüzyılda psikiyatride yaşanan gelişmeler karşısında duygudurum için kullanılan mani ve depresyon tanı kriterleri Hipokrat zamanından günümüze değin çok az değişmiştir. Duygudurumun iki ucu olan mani ve melankoli hakkında ilk kuramsal

bilgiler M.S. birinci yüzyılda yaşayan Kapadokyalı Aretaeus (1856) tarafından aktarılmıştır (Stein ve diğerleri, 2007).

BB 1840' lı yıllarda Fransız psikiyatristler Jean-Pierre Falret ve Jules Baillarger tarafından “döngüsel delilik” ve “çift şekilli delilik” kavramları ile literatürde yerini almıştır. Falret ve Baillarger tanımlamalarında bu hastaların üzüntü ve değişen mutluluk hallerine değinerek önemli bir başlangıç yapmışlardır (Colom ve Vieta, 2012).

1921'de Alman psikiyatrist Emil Kreapelin, “Manik-Depresif” terimini ortaya atmış, erken bunama olarak adlandırdığı şizofreniden ayırmıştır. 1962' de ise Leonard “Bipolar” terimini kullanarak yalnızca mani atakları olanları “Bipolar”, depresif atakları olanları ise “Unipolar” olarak sınıflandırmıştır. 1973 yılına gelindiğinde ise Dunner BB ile ilgili olarak “Bipolar I” ve “Bipolar II” olarak ayrı tanımlamalarda bulunmuştur. Buna göre en az bir kez mani atağı geçirenler “Bipolar I” olarak tanımlanırken, hipomani veya majör depresyon atağı geçirenler ise “Bipolar II” başlığı altında ayrı olarak tanımlanmaya başlanmıştır (Yeloğlu, 2017).

BB, 1952'de DSM-I'de “Manik Depresif Reaksiyonlar” adıyla bilinirken, 1968'de yayımlanan DSM-II'de “Manik Depresif Hastalıklar”, 1980 yılının DSM-III güncellemesinde “Manik Epizod ve Bipolar Bozukluk”, 1987 yılı DSM-III-R' de “Bipolar Bozukluk ve Hipomanik Sendrom”, 1997'de DSM-4 ile birlikte “Duygudurum Bozuklukları” başlığı altında ele alınmıştır. Son olarak 2013 yılında revize edilen DSM-5'te ise “Duygudurum Bozuklukları” bölümü kaldırılarak yerine “İki Uçlu ve İlgili Bozukluklar” ve “Depresif Bozukluklar” ismiyle iki ayrı bölüm oluşturulmuştur (Mason ve diğerleri, 2016).

1.1.1 Bipolar Bozukluk ve Epidemiyolojisi

Dünyada yaklaşık 60 milyon BB hastası olduğu varsayılmaktadır. BB ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda ise Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Ruh Sağlığı Kuruluşu (NIMH) tarafından tanısız görüşmelere dayanarak açıklanan verilerde 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde bu tanı oranının %4.4 olduğu açıklanmıştır (NIMH, 2017). Dünya Sağlık Örgütü 2014 yılında avrupa ülkelerinde ruh sağlığı yaygınlık oranları ile ilgili detaylı bir tarama yapmış olup, çalışma sonucunda bipolar bozukluğun tüm ruh

sağlığı hastalıkları arasında %1.6 oran ile 17. sırada yer aldığı belirtilmiştir (WHO, 2014).

Ülkemiz epidemiyolojik çalışmalarında BB kapsamında nitelikli çalışmalar oldukça az sayıdadır. Yapılan çalışmaların çoğu hastane kayıtlarından elde edilen verilerle oluşturulmuş, epidemiyolojik bilgi aktarma amacından uzak kaynaklardır. Bu anlamda yapılan kapsamlı bir tarama çalışması en son 2014 yılında gerçekleştirilmiştir. Hastalığın kültürümüze özgü kesitlerinin belirlenmesinin olası risk ve koruyucu önlemlerin alınmasında tanımlayıcı olacağı düşünülmektedir (Gültekin ve diğerleri, 2014).

“Bipolar” ve “Bipolar Bozukluk ve Türkiye” başlıkları ile yapılan aramalarda veri tabanları olarak “PubMed” ve “Türk Psikiyatri Dizini” kullanılmış olup yalnızca dört çalışmada örneklem sayısının yüzün üzerinde olduğu fark edilmiştir. İzmir şehir merkezinde yapılan bir araştırma bipolar bozukluğu %0.92 yaygınlık oranı ile DSM-IV tanı ölçütlerine uyumlu bulmuştur. Bu çalışmada eğitim seviyesinin büyük şehirlerde yaşayan BB tanısı alan hastalarda arttığı, orta büyüklükteki şehirlere gidildikçe düştüğü anlaşılmıştır. Buradan yola çıkarak bipolar bozukluğun erken yaşlarda başlamasının eğitim alanında da aksamalara sebep olduğu söylenebilmektedir. Yurt dışı kaynaklarda yaygın olarak belirtilen bipolar bozukluğun sosyo ekonomik düzeyi düşük kişilerde ortaya çıktığı varsayımı ise ülkemiz için doğrulanmamıştır. BB tanısı alanların evlilik oranları da beklenildiği gibi düşük çıkmıştır. Cinsiyetler arası karşılaştırmada kadınlar daha yüksek evlilik oranlarına sahip iken, erkekler daha çalışabilir oranlara sahiptir. BB şehir yaşamı ve kırsal bölgelerle kıyaslandığında metropol şehirlerinde daha sık tanılama olduğu görülmektedir. Metropollerde yaşamının atakların yinelenmesinde etkin bir işlevi olduğu kabul edilmiştir (Binbay ve diğerleri, 2012).

Yurt dışı kaynaklı araştırmalar BB tanısı alanların sosyal destek yetersizliğinden bahsederken bu durum ülkemizde tam tersidir; ülkemizde BB tanısı alan kişilerin yaklaşık yarısı yeterli sosyal desteğe sahiptir. Sosyal desteğin yurt dışına kıyasla daha fazla olmasının ise kültürümüzde bipolar bozukluğun daha çok biyolojik nedenlerle ilgili olduğuna dair bir düşünceden ileri geldiği ile açıklanmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda BB başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 arasında değişmektedir (Yeloğlu ve Hacıoğlu, 2017).

1.2 Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi

Ruhsal hastalıkların etiyolojisinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi erken tanı ve önleyici tedavi yaklaşımların geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. BB kronik olarak devam eden ve çeşitli işlevsellik alanlarında bozulmalara yol açan bir hastalıktır. BB ile ilgili yapılan açıklamalar biyolojik ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılmıştır. Biyolojik faktörlerde etkin olan faktörlerin araştırılmasında aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları başlıca çalışma alanlarını oluşturmuştur. Bu çalışmalara göre biyolojik faktörlerin BB gelişiminde %60-80 oranında etkisi vardır. Yapılan aile çalışmaları BB tanısı alanların birinci dereceden yakınlarındaki BB oranının toplumdaki BB oranı ile kıyaslandığında 5-10 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Coskun ve diğerleri, 2010).

Çevresel faktörlerin hastalığın başlangıcı ve atakların tekrarlaması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle günlük yaşamda yer edinen bir takım alışkanlıklar (uyku düzeni, alkol ve bazı ilaçlar) hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. Güneş ışığı ile ilgili mevsimsel değişimler, stresli bir hayat ve olumsuz sosyal ilişkiler de hastalığın başlangıcında tetikleyici rol oynamaktadır (Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017).

Sonuç olarak BB'nin etiyolojisinin genetik, biyokimyasal ve psikososyal etmenlerden kaynaklandığı üzerinde durulmuştur. Kişinin yaşamında aile, toplumsal hayat ve iş yaşamı alanlarına etki eden, bu alanlarda işlevsellikte düşüşe sebebiyet verebilen bir duygusal durum (duygudurum) bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Köroğlu, 2013).

1.2.1 Klinik Özellikler ve DSM-5 Tanı Kriterleri

Bipolar Bozukluk (BB) ya da bilinen eski adıyla “Manik Depresif Bozukluk” kişide tekrarlayan manik ve depresif atakların olduğu kronik bir ruhsal hastalıktır. Bipolar Bozukluk -I (BB-I)’ in temel özelliklerine bakıldığında, hastanın en az bir mani epizodu, ayrıca herhangi bir sayıda (hiç de karşılaşılmayabilir) hipomani ve majör depresif atakları vardır (Goodwin ve Jamison, 1990).

BB-I, mani ile depresyon arasında değişimlerle, en az 1-2 hafta devam eden, bipolar bozuklukların yaygın olarak görülen bir alt tipidir. BB-I’ in belirgin özelliği,

kişinin “Mani” adı verilen yüksek duygudurumundan “Depresyon” adı verilen düşük duygudurumuna geçişidir. Tanının konabilmesi için en az bir mani döneminin görülmesi yeterlidir. Belirtiler bakımından çok yakın görünen BB-I ve BB-II (Bipolar Bozukluk-II)’ nin temel farkı BB-II’ de psikoz görülmemesi ve hastane yatışının BB-I’ e nazaran daha az görüldüğü yükselme evreleridir. Tüm bunlar BB-II’nin BB-I’den daha hafif bir hastalık olduğunu akla getirebilir. Fakat uzun dönemde bakılacak BB-II tanısı alan hastalar, BB-I tanılı hastalardan daha çok atak geçirmekte ve depresyon dönemlerinin uzun olması sebebiyle yaklaşık %40’ ı tek uçlu depresif bozukluk olarak yanlış tanı almaktadır (Çakır, 2017). 2013 yılında yayımlanan DSM-5’de, DSM-IV-TR’den farklı olarak BB “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altına alınmış, “Karma Epizod” tanımı “Karma Özellikli Mani/Hipomani veya Depresif Epizod” ile değiştirilerek genişletilmiştir (Morrison, 2016).

1.2.1.1 Manik Dönem

Mani dönemi, yaygın olarak gerçeklikle bağdaşmayan ve abartılı şekilde ortaya çıkan neşe, mutluluk, özgüven, enerji düzeyi, hareketlilik, cinsellik gibi alanlarda artış, çağrışımlar ve konuşmalarda hızlanma, dikkat ve uyku ihtiyacında azalma ile seyreden bir dönemdir. Bu neşeli halinin tam tersine hırçınlık, taşkınlık, öfke ve saldırganlık da görülebilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Bipolar bozukluğu tanısı alabilmek için kişinin en az bir mani dönemi geçirmiş olması beklenmektedir. DSM-5 temelinde manik dönem aşağıdaki gibi belirtileri de kapsamaktadır: *“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.”* (APA, 2013). Mani dönemi belirtilerinden DSM-5’ de yer alan “C kriteri” işlevselliğin hem sosyal hem de mesleki işlevselliğine vurgu yaparken bu çalışmanın da ana hatlarından birini oluşturmaktadır. Mesleki işlevselliğin iyileştirilmesiyle mani döneminde zayıflayan bu alanın güçlendirilmesi sağlanarak tedavide destekleyici bir yan oluşturulabilir.

1.2.1.2 Hipomanik Dönem

DSM-5’ de belirtilen hipomani dönemi, mani dönemi için belirtilen kriterlerin neredeyse aynısı olmakla birlikte en önemli fark işlevsellik alanında görülmektedir.

Bu fark özellikle kişinin işlevselliğinin mani dönemindeki kadar farklılaşmadığı veya çevresi için tehlike oluşturabilecek denli ağır olmadığı şeklinde özetlenebilir. Bipolar-I bozukluk için hipomani dönemlerinin sıklıkla görüldüğü belirtilse de sadece hipomanik atakların olması tanının konulabilmesi için yeterli bulunmamaktadır (APA, 2013).

1.2.1.3 Yeğın (Majör) Depresyon Dönemi

Yeğın (Majör) depresyon döneminde genel olarak en sık görülen ana belirtiler Öztürk ve Uluşahin (2015) tarafından aşağıdaki gibi belirtilmiştir;

- Çökkün ve bunaltılı duygudurum (üzüntü, elem, bunaltı),
- Genel isteksizlik, ilgilerde azalma, eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama (anhedonia),
- Enerji azlığı, çabuk yorulma,
- Dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık,
- Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri,
- Uykuda azalma ya da artma,
- İştah ve kiloda değışiklik,
- Ölüm ve özkıym düşünceleri,
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon bu belirtilerden bazılarıdır.

1.3 Mesleki İşlevsellik

Çalışmak, bir işe sahip olmak kültürün merkezidir. Biri size “Ne yapıyorsun?” diye sorduğunda gerçekte “Ne iş yapıyorsun?” anlamında bir soru yönelmiş olabilir. Kendine güvenin temelinde yer alan değerli bir kimlik, yapılan iş aracılığıyla da kazanılabilmektedir. Örneğın çeşitli iş alanlarından öğretmen, sekreter, mühendis, vb. meslekler kişilere kimlikler verebilmektedir. Aynı zamanda işle ilgili bulunduğumuz statü de bize ayrıca bazı kimlikler verebilir; yönetici, danışman, stajyer, çalışan, çalışmayan, iş bulamayan vb. Çalışmayan ya da iş bulamayan kişiler ise toplumda diğer mesleki kimlikleri kıskanabilmektedir (Fryers, 2006).

Alanyazına bakıldığında ruh sağlığı bozukluğu olanların bir işi sürdürmekte genellikle zorlandığı anlaşılmaktadır. 2010 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında iş yaşamını devam ettirebilme konusunda çalışma ortamından kaynaklanan taleplerin bir stres kaynağı olabileceğı ve bipolar bozuklukta akut dönem

sonrası işe dönen kişilerde sorun teşkil edebileceğine dikkat çekilmiştir (Fossey ve Harvey, 2010).

Çalışmanın ruh sağlığına iyi geldiğine dair başka birçok kanıt bulunmaktadır. Çalışmak, işe gitmek ve işten gelmek bir günün, ayın ya da yılın yapısına benzemektedir. Her sabah aynı saatte kalkmak zorunda olunan bir amaç vardır ve bipolar bozukluğu olan kişiler için bu gündelik ritmi sağlayarak bozuklukla baş etmeyi destekler. İşe gitmek aynı zamanda arkadaş sahibi olmaya olanak vermekte bu sayede sosyal etkileşimler için alan açılmasını sağlamaktadır. Herhangi bir işte çalışmamak fiziksel ve zihinsel olarak bozulma, sosyal dışlanma ve yoksulluk ile ilişkilendirilmiştir. Verimli bir iş yaşamı, kişinin ruhsal yapısını tutarak bir rutini sağlar, aynı zamanda ruhsal hastalıklarda yaygın olarak görülen sosyal dışlanmayı azaltır (Leufstadius ve diğerleri, 2009).

1.3.1 Bipolar Bozuklukta Mesleki İşlevselliği Etkileyen Ruhsal Faktörler

BB pek çok açıdan büyük ekonomik sıkıntılara yol açabilen bir hastalıktır. Bu problemlere yol açan dolaylı ya da dolaysız birçok faktör bulunmaktadır; örneğin düşük verimle çalışma, iş kaybı ve işsizlik başlıkları bunların içinde sayılabilmektedir (Bowden, 2005).

BB kişinin hayatını birçok açıdan etkilerken bu etkilenmenin önemli bir kısmını iş yaşamı oluşturmaktadır. Yapılan birçok araştırma bipolar bozukluk tanısı alan kişilerin çoğunun işsiz ya da yarı zamanlı işlerde çalıştığını göstermektedir (Fryers, 2006). Ulusal Depresif ve Manik-Depresif Kuruluşu (National Depressive and Manic Depressive Organization) yayınladığı bir raporda, bipolar bozukluk tanısı alan üniversite mezunu kişilerin %60' ının işsiz olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, mesleki işlevselliğin iyileştirilmesi özellikle bipolar bozukluk açısından tam da eksikliği duyulan biyolojik ritmi ve sosyalleşmeyi sağlayarak kişilerin bozuklukla baş edebilmesi noktasında önem kazanmaktadır. Buna göre sosyal biliş kapasitesi arttıkça kişilerin sosyal ilişkilerinde yaşadıkları çatışmalar azalacak, çalışma performansı artacaktır (Bowden, 2005).

1.3.1.1 Mani ve Depresyon Dönemlerinin Etkisi

2014 yılında bipolar bozuklukta tekrarlayan manik ataklarının ve yürütücü işlev bozulmalarının iş uyumuna etkisini araştıran bir çalışmada manik relapsların ve nörobilişsel bozukluğun, özellikle de yönetici işlevinin rolü vurgulanmıştır. Toplamda 107 BB-I tanılı hasta ile Barselona’ da gerçekleştiren çalışmada katılımcılara yapılandırılmış görüşme formu üzerinde son bir yılda iş yaşamlarında kendilerini çeşitli alanlarda değerlendirmeleri istenmiş, nöropsikolojik bir ölçek uygulanarak bilişsel fonksiyonlardaki beş temel alan incelenmiştir. 107 katılımcıdan istatistiksel değerlendirme için uygun görülen 85’i analize dahil edilmiştir. Veri analizi sonuçlarına göre %63.5’lik kısım iyi iş uyumu, %36,5 ise zayıf iş uyumu kriterlerini sağlamıştır. Nöropsikolojik test sonuçlarına göre ise karşılaştırılan her durumda, zayıf iş uyumu gösterenler, iyi iş uyumu gösterenlerden daha düşük performans göstermiştir. Klinik değişkenlere göre manik ataklar iş uyumunu etkileyen en güçlü yordayıcıdır. Yapılan farklı çalışmalar da iş uyumunun bozulmasında etken olarak depresif atakları daha üst sıraya yerleştirebilmektedir (Bonnin ve diğerleri, 2014).

BB ve mesleki işlevsellik alanında Washington’ da yürütülen bir diğer araştırmaya ayaktan tedavi gören 441 BB tanılı hasta katılmıştır. İki yıl süren araştırmada her bir katılımcı ile 8 takip görüşmesi yapılmış ve çalışma hayatları incelenmiştir. Geçirilen depresif ve manik atakların beraberinde gelen iş kaybının stres ile birlikte depresyona sebep olduğu anlaşılmıştır. BB tanısı ile tedavi edilen hastalar arasında depresyon belirtileri iş üretkenliğindeki önemli farklılıklar ile güçlü ve tutarlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Depresyona sahip olmayanlara kıyasla, depresif dönemdeki hastalar %15 daha az çalışmaktadır ve ayda yaklaşık dört ek çalışma gününü kaçırmaktadır. Hipomani veya maninin belirtilerinin depresyonla kıyaslandığında iş üretkenliği üzerinde daha az tutarlı bir etkiye sahip olduğu, depresyona sebep olabilecek etkenlerle mücadelenin iş kaybı ve düşük performansın azaltılmasında önleyici olacağı vurgulanmıştır (Simon ve diğerleri, 2008).

1.3.2 Bipolar Bozuklukta Mesleki İşlevselliği Etkileyen Sosyal Faktörler

Bilişsel çarpıtmaların oldukça sık rastlandığı sosyal bilişsel bozulmalar BB tanısı alan hastalarda işlevselliğe olumsuz katkıda bulunan unsurlar arasındadır. Ülkemizde bipolar bozuklukta yaşanan belirtiler ile sosyal ve toplumsal işlevsellik

alanları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaya 43 remisyonda BB-I tanısı alan hasta dahil edilmiştir. Hastaların remisyon dönemlerinde de bilişsel ve toplumsal işlevsellik alanlarında bozulma yaşadığı sonucu ortaya çıkmıştır (Kaya ve diğerleri, 2009).

BB yaşayan kişiler iş bulmakta zorlanırken, iş yerindeki ayrımcılıklar nedeniyle damgalanma hissi yaşamaktadırlar. Ruhsal hastalıklarda damgalanma hissi tüm dünyada “Open-the-Doors” (Kapıları Açın) projesi ile 21 ülkede araştırılmakta ve damgalanmanın önüne geçilmesi için çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. BB araştırmada ilk on konu içerisinde yerini almıştır. Aynı alanda yapılan başka bir çalışmada ise BB tanısı alan 141 kişiye damgalanma ile ilgili bir takım sorular yöneltilmiştir. Bu sorulardan biri “İnsanların bir ruh hastalığına sahip olduğunu bilmeleri seni daha az ciddiye almalarına sebep olur mu?” iken katılımcıların %52.6’sı bu soruya olumlu yanıt vermiştir. Ayrıca yöneltilen “İnsanlar ciddi bir ruh hastalığına sahip olan bir kişiye karşı korku duyarlar mı?” diğer bir soruya %67.1 oranında olumlu cevap gelmiştir. BB tanısı alan kişilerin damgalanma hissine karşı içselleştirdikleri bu inançlar sosyal hayatta birçok işlevsellik alanını etkilemektedir (Mileva ve diğerleri, 2013).

1.3.2.1 İçselleştirilmiş Damgalanma

BB tedavilerinde belirtilerin azaltılması sağlansa da işlevsellikte artış aynı oranda başarı gösterememektedir. İşlevsellikte düşüşün temel bileşenlerinden biri olan depresif belirtiler ve damgalanma hissi benlik saygısını da azaltarak kişiyi yaşam alanlarından uzaklaştırmaktadır.

İşlevsellik ve damgalanma ilişkisi Latin Amerika ülkelerinde toplam 241 katılımcılığın dahil edildiği bir çalışma ile araştırılmıştır. Genel olarak, sonuçlarda işlevsellik ve algılanan stigma arasında doğrudan bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Çalışmada daha iyi işlevselliğin, bipolar hastalar tarafından daha az algılanan olumsuz etki ve damgalama deneyimleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ötimik örneklerde, mevcut depresif belirtiler minimal olsa da özellikle bilişsel bozukluk ve mesleki bozukluklar gibi işlevsel bozulmalarla güçlü bir şekilde bağlantılıdır (Vazquez ve diğerleri, 2011).

Damgalanma hissinin düzelme halindeki bipolar bozukluğa sahip hastaların psikososyal işlevsellik boyutları üzerine etkisini inceleyen, 70 hasta ile yapılan bir çalışmada damgalanmanın yalnızca kişilerarası ilişkilere etki yaptığı sonucu çıkarılmıştır. Bu sonucun hastalardaki benlik saygısının azalması ile ilişkili olduğu düşünülerek benliğin güçlendirilmesi ile işlevsellikte olumlu sonuçlar alınabileceği önerilmiştir (Aydemir, 2013).

1.4 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi (SBET)

Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi (SBET), ilk olarak şizofreni hastalarının toplumsal yaşamdaki olayları kavrama becerine yönelik olarak Penn ve arkadaşları (2005) tarafından Amerika’da geliştirilen bir terapi modelidir. SBET duygu, düşünce ve davranış üçgeninden yararlanarak sosyal bilişi geliştirme üzerine çalışmaktadır. Bu yapılandırılmış terapi programı yoğun bir şekilde sosyal-bilişsel süreçler üzerine çalışması nedeniyle diğer sosyal beceri tekniklerinden ayrılır. Kuramsal olarak ise bilişsel davranışçı terapiyi temel almaktadır (Penn ve diğerleri, 2005).

Şizofreni alanında yapılan önceki çalışmalara bakıldığında, sosyal bilişin geliştirilebilir bir alan olduğu ortaya konmuştur (Sakarkaya, 2012). SBET 12 haftalık, sosyal işlevselliği sosyal biliş yoluyla onarmayı amaçlayan bir terapi tekniğidir. Katılımcı sayısının en az 5 en çok 12 kişiden oluşturulması önerilmektedir. Psikolog, psikiyatrist ve psikiyatri hemşiresi tarafından uygulanabilir ve öncesinde uzmanların BB ve sosyal biliş alanında bilgili olması beklenilir (Taş, 2011).

1.5 Sosyal Biliş Tanımı

Sosyal biliş, en genel tanımıyla kişinin kendisini ve başkalarını sosyal dünya içinde nasıl düşündüğü ile ilgilenen psikoloji biliminin alt dalı olarak açıklanmaktadır. Sosyal biliş tanımı 1960’lı ve 1970’li yıllarda ortaya çıkarak kişilerin sosyal ortamlarda zihinlerinde işledikleri süreçleri kapsamaktadır. Bu süreç; insanların kişisel algıları, kendisi ve başkaları ile ilişkili atıfları, sosyal yargılaması ve karar verme süreçlerini ele alan üç ana başlıktan oluşmaktadır:

İlki, zihinselleştirme, şemalar gibi zihinsel tasarımlar üzerine odaklı, kişinin zihninde kendisi, başkaları ve dış dünya ile ilişkili zihinsel tasarımların bulunduğunu iddia eder. Şemalar aktif hale geldiğinde kişi içinde bulunduğu durumla ilgili önemli

kararlar verebilmektedir. Örneğin, kişinin romantik ilişkisini bitirmek veya devam ettirmek ile ilgili kararları bu kapsamda değerlendirilmektedir.

İkincisi, üstbilişsel tecrübelerin kişinin zihinsel tasarımlarında önemli bir yeri olduğudur. Şemaları meydana getiren bu öznel tecrübeler, ihtiyaç duyulduğunda hafızadan geri çağrılmayı kolaylaştırmaktadır. Örneğin kişi ailesi dışındaki insanların güvenilmez olduğu ile ilgili bir şemaya sahipse, ilgili bir durumda herkesin güvenilmez olduğu düşüncesine kapılabilir. Üstbilişsel (metakognitif) tecrübelerin ne kadar güvenilir durumda olduğu ise kişinin sınırlı bilişsel kapasitede olması ile paraleldir (Taş, 2011). Kişi ne kadar az bilişsel kapasiteye sahip ise üstbilişsel tecrübeler de o kadar az güvenilir olmaktadır. Bu durum psikotik belirtiler gösteren hastalarda sıklıkla karşılaşılmaktadır. Öyle ki, bilişsel işlemlerin sınırlılığı psikozların bilişsel terapisinde kullanılan “Alternatif Yaratma” tekniği ile ters düşmektedir. Örnek vermek gerekirse; psikotik belirtiler gösteren bir hasta kendisini siyah arabayla takip eden ajanlar olduğunu söyler, terapist kuşku duyduğu durum ve düşüncelerle ilgili alternatif yaratmasını istediğinde ise arabanın renginin beyaz olduğunu söyleyebilir. Bilişsel sınırlılıkları olan kişi alternatif yaratsa da işlemsel süreçleri bitiremediği için kararından vazgeçmeyecektir. Bunun başka bir sebebi de yeni alternatifler için zihnin hazır olmaması ve bir bütün hale gelemeyişi olarak açıklanmaktadır. Sosyal bilişin başka bir özelliği ise işlem odaklı bir yapıya sahip olmasıdır. Örneğin sokakta dilenen birinin para istemesi durumunda rahatsızlık, öfkelenme ya da sempati duyma gibi duygular akla gelebilir (Voutilainen ve diğerleri, 2016).

Üçüncü olarak, sosyal biliş birçok disiplin ile birlikte kullanılabilen; klinik psikoloji, davranışsal psikoloji, nöroloji gibi birçok alan bir araya gelebilmektedir. Günlük yaşam olaylarını konu alan birçok sosyal psikoloji çalışmasında sosyal biliş ana değişkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Sosyal psikoloji alanında sosyal biliş ön yargılı düşünme biçimi ile ilişkilendirilmiştir. Ön yargılı düşünmenin sosyal bilişin karanlık taraflarından biri olduğu vurgulanır ve öğrenilen bilgilerin sınıflandırılmasının kişilerde birtakım şemaların oluşmasına neden olduğu belirtilir. Zihinde oluşan şemalar, yeni bilgiler ile karşılaşıldığında zihinde tıpkı bir tür kısa yol gibi işleyerek bu bilgilerin yanlış yorumlanmasına yol açar. Özellikle toplumda bazı insanların zihinde belli gruplara ayrılarak kategorize edilmesi sosyal bilişin örneklerinden birini yansıtmaktadır. Bu anlamda psikolojide kendini gerçekleştiren

kehanet olarak bilinen durumun şemaların gerçekleşmesi ile ilişkili olduğu söylenebilir. Kendini gerçekleştiren kehanet; birinin bir başkası ile ilgili beklentilerinin ona olan davranışlarını etkilemesiyle birlikte bu beklentilerle tutarlı biçimde sergilenen davranışların ilk beklentileri doğru çıkarmasıdır. Bu açıdan kendini gerçekleştiren kehanet, hüzünlü bir döngü halini de alabilir (Aranson, Wilson, Akert, 2012: 136).

1.5.1 Sosyal Biliş ve Zihinselleştirme

Kişinin kendisi ve başkaları ile ilgili olan düşüncelerine odaklanabilmesi için gerekli olan zihinselleştirme süreci özellikle kendinin farkında olma ve kontrol edebilme anlamında bipolar bozukluktaki mani ve depresyon dönemleri için önemlidir (Bodnar ve Rybakowski, 2017). Başkaları ile ilgili düşünce süreçlerinde zihinselleştirme devreye girdiğinde, duygu regülasyonu artacağından kişilerarası sağlıklı ilişkiler kurulabilecektir. Özetle, duygusal bir durumda olmakla duygunun farkında olmak arasındaki ayrım, duyguların zihinselleştirilmesi bakımından ayrı süreçlerdir (Allen ve diğerleri, 2013).

1970-1975’li yıllarda ortaya çıkan “Zihinselleştirme” kavramı bireyin ruhsal tasarımlarının kalitesi ve niceliği ile birlikte ele alınmıştır. Psikanalitik açıdan ruhsal tasarımlar (temsiller) zihinsel hayatın kökenini oluştururlar ve rüyalarla ilgili unsurları üretirken, serbest çağrışım, düşüncelerin ve içsel tepkilerin doğmasını sağlamaktadır (Fonagy, Moran, Edgcombe, Kennedy ve Target, 1993). İnsanlar, başkalarının davranışlarını anlamak için birçok yönteme başvurabilmektedir, örneğin; yüz ifadesi, beden duruşu, ses tonu vb. davranışı anlamak için kullandıkları bu yöntemler, davranışa tepki verirken aynı sadelikte işlemez. Başkalarının zihinsel durumlarını (bilgilerini, niyetlerini, inançlarını ve isteklerini) açıkça modelleyerek tepkide bulunurlar (Stone ve diğerleri, 1998).

Sosyal bilişin bir yönü olan zihinselleştirme, bizi diğer canlılardan ayıran bir yetenektir. Yalan söyleme, işbirliği yapma, karşısındakinin duygularını anlayıp paylaşma ve başkalarının beden dilini okuma yeteneklerinin altında yatmakta olan zihinselleştirme, diğerlerinin davranışlarını doğru biçimde tahmin etmemize olanak sağlamaktadır (Gallagher ve Frith, 2003).

Günlük sosyal hayat diğer insanların hedefleri, duyguları ve inançları gibi zihinsel durumlar temelinde onların davranışlarına değer biçme yeteneğine dayanmaktadır (Tager ve Frith, 2007). Bu yolla, diğer insanların niyetlerini, onların sözel olmayan davranışlarından ayırabilir ve yordayabiliriz (Baron ve Cohen, 2004).

Zihinsel durumları kavramsallaştırma ve bu yolla diğerlerinin davranışlarını açıklama, sosyal bilişin bir yönü olarak kabul edilmektedir (Baron ve Cohen, 2002). ‘Zihin Teorisi’ teriminin yanı sıra, literatürde bu yeteneği vurgulayan bir başka terim ise ‘zihinselleştirme (mentalizing)’dir. Leslie’nin (1987) zihinselleştirme modeline göre zihin teorisi mekanizması, gerçeklikten ‘ayrıştırılan’ hayali durumların temsiline dayanmaktadır (Leslie ve Frith, 1987).

Zihinselleştirmenin, kişinin kendini ve başkalarını anlaması ile ilgili bir bütünlük sağlayan tek kavram olduğu öne sürülmektedir. Zihinselleştirme, insani becerilerden biridir ancak temel bir yetenek olsa da, kolay olmamaktadır. Zihinselleştirdiğimiz durumların yelpazesi oldukça geniştir (sebepler, hisler, inançlar, amaçlar, hayaller, halüsinasyonlar...vb.). Zihinselleştirme bilinçli, yönelimsel ve açık olabileceği gibi, bilinçsiz ve otomatik, ‘örtülü’ de yapılabilir; kendimizin ve başkalarının zihinsel durumlarını zihinselleştirebiliriz; ayrıca geçmişini de göz önüne alarak daha geniş bağlamda zihinsel durumlarımızı anlamlandırabiliriz. İnsanlarda ve hayvanlarda iletişimde ilk adım yüz ifadelerine bakmaktır. Duygular ise aynı zamanda yüz ifadelerine yansıyan süreçlerdir. Ayna nöronlar olarak da bildiğimiz bir takım mekanizmalar karşımızdakilerin duygu ifadelerinin hem zihinsel temsili hem de taklidini gerçekleştirerek onların tanınması görevini yürütmektedirler (Mehta ve diğerleri, 2012).

Psikoterapi çalışmalarının çoğu duygusal zihinselleştirmeyi geliştirmeye odaklanmaktadır. Bu kapsamda zihinselleştirme içerisinde;

- 1) Duygusal durumları bağlamları ve nedenleriyle belirleme,
- 2) Duyguları artı ve eksi yönde düzenleme,

3) Anlamını da düşünerek, yalnızca başkalarına değil aynı zamanda kendine de duygularını ifade etme yer almaktadır. Sonuç olarak, psikoterapi, duygusal durumlarda zihinselleştirmeyi geliştirmektedir (Fonagy ve diğerleri, 1993).

Duyguların zihinselleştirilmesi (yani başkalarının ve kendimizin zihinsel durumlarını anlamak) ve bilişin zihinselleştirilmesi (yani, zihin teorisi işlevlerindeki gibi, başkalarının düşünceleri hakkında düşünmek) arasında bazı ayrımlar yapılabilir: Nöro-görüntülemeyle elde edilen veriler, psikolojik düşünceye paralel bilgiler sunmakta, duyguların ve bilişin zihinselleştirilmesinde örtüşen ama birbirinden ayrı nörel ağların rol oynadığını göstermektedir (Fonagy ve Bateman, 2006). Örneğin duyguların zihinselleştirilmesinin aynı yerdeki daha arka bölgeleri etkinleştirdiği görülmektedir (Mundy, 2003). Stres nedeniyle uyarılma düzeyinin artmasından kaynaklanan beyin faaliyeti değişimleriyle ilgili bu nörobiyolojik görüşler zihinselleştirmenin bağlamsal ve dinamik bir beceri olduğu iddiasını desteklemektedir (Fonagy ve diğerleri, 1993).

1.5.2 Sosyal Biliş ve Bipolar Bozukluk

Bipolar bozuklukta sosyal biliş ve zihinselleştirme alanında yapılan çalışmaların incelendiği bir meta-analiz çalışmasında sosyal biliş kısmında daha çok duygu algılama-yüz tanıma, zihin teorisi ve atıf biçimi çalışılmış; zihinselleştirme ile ilgili ise daha çok duygu düzenleme ve şemalar üzerinde durulmuştur (Samame ve diğerleri, 2012).

Yapılan çalışmalar neticesinde hastaların herhangi bir atak yaşamadığı dönemlerde de bilişsel işlevlerinin yıkıma uğradığı ve bu sebeple toplumsal işlevselliklerinde bozulma olduğu anlaşılmıştır. BB' ta bilişsel belirtiler daha çok ataklar sonucunda ortaya çıkan ikincil etkiler olarak düşünülse de bunun tersini gösteren araştırmalar günümüzde gittikçe artmaktadır (Atagün ve diğerleri, 2010; Bora ve diğerleri, 2008). Depresif belirtilerin olmadığı dönemlerde bilişsel bozulmalar saptanan bipolar bozukluk tanılı hastaların olması, bilişsel bozulmaların bipolar bozukluk belirtileri dışında oluşabileceğinin diğer bir kanıtıdır (Robinson ve Ferrier, 2006).

2010 yılında bilişsel bozukluk perspektifinden şizofreni ve BB hastalarını karşılaştıran toplam 49 çalışmanın incelendiği bir araştırma bilişsel bozulmaların iki hastalıkta da niteliksel açıdan benzerlik taşıdığına işaret etmektedir. Araştırma sonuçlarına göre şizofrenide bilişsel bozulmaların yoğunluğu BB ile karşılaştırıldığında daha fazladır (Çakır ve Üçok, 2010).

Akut dönem depresif ve manik atak yaşayan 25 BB-I hastası ile yapılan bir çalışmada ise zihinselleştirme alanlarında bozulmalar bilişsel fonksiyonlarla karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar her iki dönemde de sosyal biliş alanlarında bozulma yaşandığını doğrulamıştır. Çalışmanın bir diğer sonucu ise sosyal biliş alanlarında yaşanan bu tür bozulmaların bilişsel fonksiyonlardaki bozulmalarla ilişkili olduğu şeklindedir (Bodnar ve Rybakowski, 2017).

1.6 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi Çalışmaları

Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi çalışmaları yaklaşık 13 yıldır çeşitli ülkelerde uygulanmaktadır. SBET çıkışından bu yana özellikle Almanya’ da “Metakognitif Terapiler” adıyla yeniden revize edilerek çalışılmaktadır. Sadece SBET ile yapılan çalışmaları derlemek adına PubMed ve Web of Science veri tabanlarında yapılan aramalarda 42 çalışma bulunmuştur.

Bu çalışmalardan başlıkta eksiksiz olarak SBET yazan 17 araştırma derlenerek, kronolojik sırayla Tablo 1.1’ de gösterilmiştir.

Tablo 1.1 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi Uygulamaları

Araştırma	Örneklem Sayısı (N), Kapsamı	Kontrol Deney Grupları	Tedavi Süresi, Takip	Önemli Bulgular
(Penn ve diğerleri, 2005)	N=13 Kronik psikotik hastalık	Deney Grubu=7 Kontrol Grubu=6	18 Hafta, Yok	SBET özellikle zihin kuramı ve atıf tarzı alanlarında iyileştirici bulunmuştur.
(Combs ve diğerleri, 2007)	N=28 Şizofreni	Deney Grubu=18 Kontrol Grubu=10	18 Hafta, Yok	Bireylerin tüm sosyal bilişsel alanlarda iyileştiği, daha iyi sosyal ilişkiler kurdukları ve daha az saldırgan davranış sergiledikleri anlaşılmıştır.

Tablo 1.1 (Devam)

Araştırma	Örneklem Sayısı (N), Kapsamı	Kontrol Deney Grupları	Tedavi Süresi, Takip	Önemli Bulgular
(Penn ve diğeleri, 2007)	N=17 Şizofreni	Deney Grubu=17 Kontrol Grubu=0	24 Hafta, 2 Yıl	SBET, gelişmiş duygu algısı ile ilişkilendirilmiş, zihin teorisini geliştirmiş ve olumsuz niyeti başkalarına atfetme eğiliminde azalma olduğunu göstermiştir. Etki büyüklükleri orta büyüklükte bulunmuştur.
(Roberts ve Penn, 2009)	N=31 Şizofreni	Deney Grubu=10 Kontrol Grubu=11	20 Hafta, Yok	Varyans analizi (ANOVA) kullanılarak elde edilen sonuçlar, duygu algısı ve sosyal beceri, SBET ile ilişkili bulunmuştur.
(Chan ve diğeleri, 2010)	N=40 Şizotipal Kişilik Bozukluğu	Deney Grubu=19 Kontrol Grubu=21	9 -15 Hafta, 3 ay	SBET deney grubunu destekleyen etkileşime göre sosyal bilişin aracılık etkisinin olduğu görülmüştür.
(Roberts ve diğeleri, 2010)	N=50 Şizofreni	Deney Grubu=29 Kontrol Grubu=21	12 Hafta, 3 ay	Bulgular sosyal ortamlarda SBET' nin kabul edilebilirliğini destekler. SBET, duygu algısı ve zihin kuramında iyileşme için destekleyici bulunmuş ancak atıf yanlılığı alanında etkili bulunmamıştır.

Tablo 1.1 (Devam)

Araştırma	Örneklem Sayısı (N), Kapsamı	Kontrol Deney Grupları	Tedavi Süresi, Takip	Önemli Bulgular
(Taş, 2011)	N=49 Şizofreni	Deney Grubu=22 Kontrol Grubu=27	12 Hafta, 3 ay	Sonuçlar yaşam kalitesi açısından incelendiğinde “kişiler-arası ilişkiler”, “mesleki rol”, “ruhsal bulgular” “kişisel eşya ve günlük faaliyet” alanlarında gruplar arası büyük, grup içi orta-büyük etki gücünde iyileşme gözlenmiştir.
(Parker ve diğeleri, 2013)	? Şizofreni	? ?	?	Nitel veriler (tematik analiz), katılımcıların programı değerli ve ihtiyaçlarıyla ilgili olarak gördüklerini belirtmiştir.
(Wang ve diğeleri, 2013)	N=39 Şizofreni	Deney Grubu=22 Kontrol Grubu=17	20 Hafta, 6 Ay	Bulgular, SBET' nin şizofreni hastaları arasında sosyal biliş ve sosyal işlevselliğin iyileştirilmesi için uygulanabilir ve umut verici bir yöntem olduğunu göstermektedir.
(Hasson-Ohayon ve diğeleri, 2014)	N=55 Şizofreni Şizoafektif Depresyon BB	Deney Grubu=34 Kontrol Grubu=21	24 Hafta, Yok	SBET grubu tarafından duygu tanıma anlamlı bir şekilde düzelmiş, ancak bu değişken için kontrol grubu etkileşimi anlamlı bulunmamıştır.
(Roberts ve diğeleri, 2014)	N=55 Şizofreni	Deney Grubu=34 Kontrol Grubu=21	24 Hafta, 3 ay	Analizler, SBET' nin sosyal işlevsellik, negatif belirtiler ve muhtemelen olumsuz önyargı yanlılığını artırabileceğini belirtmiştir.

Tablo 1.1 (Devam)

Araştırma	Örneklem Sayısı (N), Kapsamı	Kontrol Deney Grupları	Tedavi Süresi, Takip	Önemli Bulgular
(Voutilainen ve diğerleri, 2016)	N=33 Şizofreni	Yok	?	Analizler duygu algısı ve zihin kuramında en yüksek oranda iyileşme ile birlikte önyargı veya aşırı duyarlılık açısından da istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir.
(Dark ve diğerleri, 2018)	N=120 Şizofreni Spekturum	Deney Grubu=59 Kontrol Grubu=61	12 Hafta, 3 ay	Duyguları tanıma alanında ön test ve son test müdahaleler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Şizofreni için sosyal bilişsel müdahale çalışmalarının çoğunda olduğu gibi duygusal algıda iyileşme bulunmuştur.
(Gordon ve diğerleri, 2018)	N=36 Şizofreni Spekturum	Deney Grubu=21 Kontrol Grubu=15	12 Hafta, 4 ay	Analizlerde SBET katılımcılarının yaşam kalitesi, duygu tanıma ve sosyal becerilere yönelik önemli gelişmeler kaydedilmiştir.
(Zhang ve diğerleri, 2019)	N=74 BB	Deney Grubu=35 Kontrol Grubu=39	8 Hafta, 2 ay	SBET' in sosyal biliş ve işlevsellik alanlarında olumlu etkisi bulunmaktadır.
(Hasson-Ohayon, 2019).	N=63 Psikotik Bozukluklar	Deney Grubu= 23 Kontrol Grubu=40	20 Hafta, 6 ay	SBET sosyal biliş üzerinde etkili bulunmuştur.

Tablo 1.1 (Devam)

(Dark, ve diğerleri, 2020)	N=120 Şizofreni Spektrum	Deney Grubu=61 Kontrol Grubu=59	12 Hafta, 3 ay	Sosyal biliş ve işlevselliğin herhangi bir alanında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
----------------------------	-----------------------------	------------------------------------	-------------------	---

?: Belirtilmemiş, SBET: Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi.

1.6.1 Bipolar Bozuklukta Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi

BB tanısı olan kişilerde manik ve depresif dönemlerde, diğer bilişsel işlev bozukluklarından bağımsız olarak, sosyal bilişte aksamalar görülebilmektedir. 2013 yılında İspanya’ da yapılan bir çalışmada ayaktan tedavi gören BB-I (n=28), BB-II (n=5) ve şizoafektif (n=4) bozukluklarına sahip hastalara uygunlanmış ve 21 hastadan 17’ si (80.9%) terapiyi tamamlamıştır (Varo ve diğerleri, 2017). Çalışma sonucunda BB tanısı alan hastaların belirgin bir şekilde negatif atıf tarzı gösterdiği, SBET’ nin BB hastalarında sosyal bilişi geliştirme açısından yararlı bulunduğu sonucuna varılmıştır. SBET sosyal bilişi geliştirmeye odaklı yapılandırılmış bir içeriğe sahiptir.

SBET çalışmasını içeren bir başka araştırma sonucunda ise bundan sonraki uygulamaların BB tanısı alan hastalar için düzenlenmesinin faydalı olacağı önerisinde bulunulmuştur (Lahera ve diğerleri, 2013).

SBET davranışı etkileyen 4 temel kavramdan bahsetmektedir:

1. *Sonuca İhtiyaç Duyma ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük*: Herhangi bir durumla ilgili o sırada zihni meşgul eden bir soruyu hızlıca cevaplandırmak için yeterli kanıt toplamadan sonuca gitme olarak açıklanmaktadır.
2. *Negatif Olayları Açıklamak İçin Kişisel Yanlı Dayandırmaların Kullanılması*: Sonuca ihtiyaç duyma ve belirsizliğe tahammülsüzlük etkisi ile hızlıca verilen kararlar genellikle dış faktörlere bağlanarak öznel sorumluluk üstlenilmez.

3. *Zihin Kuramı*: Kişinin bir başkasının zihinsel süreçlerini (duygu, niyet, istek...vb) anlayabilme, temsil edebilme becerisini içermektedir. Zihin kuramı ile birlikte kişi kendini farklı zaman dilimlerinde ve yerlerde hayal edip üst bilişsel zihinsel süreçleri devreye sokabilir ve anlamlandırma aşamasında kendine dışarıdan da bakabilir. Zihin kuramı bozulmalarda önyargılı tutumlara yaygın olarak rastlanılmaktadır.
4. *Duygu-Algı Anormallikleri*: Kişiler karşıdaki başka bir kişinin duygusunu ilk olarak yüzde oluşan ifadeler yoluyla anlamaya çalışmaktadır. Nöroloji alanında yapılan çalışmalarda, duygu-algı anormalliklerinin ve zihin kuramının beyinde belli bir sistem dahilinde çalışarak bir duyguyu anlamlandırmadan hemen önce devreye girdiği belirtilmektedir (Dapretto ve diğerleri, 2005).

SBET bu dört temel kavram çerçevesinde meydana gelen davranışla ilgili işlevsellik alanlarını tekrar düzenlemek için yapılandırılmıştır. Bilişsel mekanizmalarla çalışırken olabildiğince aktif ve pratiğe dayalı bir süreçten oluştuğu için diğer bilişsel terapi yöntemlerinden farklı ancak temelde bilişsel davranışçı terapidene temel almaktadır. SBET uygulama alanında haftada bir, 40'ar dakikalık iki bölümden oluşan oturumlar halinde, spesifik bir amaç kapsamında en az 8, yaygın olarak 12 hafta şeklinde düzenlenebilmektedir. Bireysel alanlarda yaşanabilecek farklı durumlar grup oturumlarının haricinde bireysel seans yapma imkanını da sağlamaktadır (Gordon ve diğerleri, 2018).

2 YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada BB tanısı olan bireylerde SBET' in sosyal biliş (zihinselleştirme) yetisi ve mesleki işlevselliğin geliştirilmesi üzerine etkisini incelemek amaçlanmaktadır.

2.2 Araştırmanın Önemi

Sosyal bilişi geliştirmeye dayalı, yapılandırılmış ve iş yaşamı hedefli bir psikoterapi programının hem bu hastalığa sahip kişilerin iş yaşamına uyum sağlamalarını kolaylaştıracağı hem de hastalıkla ilişkili iş gücü kaybının önüne geçilmesi noktasında fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

2.3 Araştırma Hipotezleri

- 1- Hipotez: SBET grup müdahalesinin uygulandığı deney grubu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında mesleki işlevsellik düzeylerinde anlamlı bir yükselme olacaktır.
- 2- Hipotez: SBET grup müdahalesinin uygulandığı deney grubu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında sosyal biliş düzeylerinde anlamlı bir yükselme olacaktır.
- 3- Hipotez: SBET grup müdahalesinin uygulandığı deney grubu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde anlamlı bir düşüş olacaktır.

2.4 Araştırma Deseni

Araştırma seçkisiz, kontrol gruplu deneysel desen olarak planlanmıştır. Araştırmaya deney grubu için 12 ve kontrol grubu için 16 olmak üzere toplam 28 BB tanılı hasta katılmıştır. Araştırmaya katılan tüm katılımcılar ile yapılan bireysel görüşmeler uygulama öncesi ve sonrasında birer saatlik görüşmelerle sesli ve yazılı kayıt altına alınmıştır. Grup terapisi uygulamaları Sosyal Biliş Etkileşim Terapisi eğitimi alan araştırmacı ve klinik tecrübesi olan bir psikolog yardımı ile her hafta düzenli olarak tez danışmanı tarafından verilen süpervizyon eşliğinde yürütülmüştür.

Toplam iki gruptan oluşan deney gruplarına 8 hafta süresince haftada bir gün SBET uygulanmıştır. Her bir oturum 90 dakika sürmüş olup, oturumların ilk 40 dakikası ilgili oturumun yapılandırılmış konusu ile ilgili bilgi verme ve örnek olayların detaylı incelenmesini içermektedir. SBET oturumlarının ikinci 40 dakikası ise katılımcıların kişisel deneyimleri, yaşadıkları sorunlar ve geribildirimlerle sürmüş, her iki oturum arasında 10 dakika ara verilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

2.5 Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Duygudurum Bozukluğu Polikliniği'nde ayaktan tedavi görmekte olan BB-I tanısı almış kişiler oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini ise, İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Duygudurum Bozukluğu Polikliniği'nde BB-I tanısı alan ve çalışma kriterlerine uyan kişiler oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden 32 katılımcı seçkisiz (yansız) olarak atanarak, deney grubu 16 ve kontrol grubu 16 olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Deney grubunda yer alan 16 katılımcı ile, standart tedaviye (ilaç+takip) ek olarak uygulanacak olan grup terapisi için maksimum sayının 8 olması nedeniyle katılımcılara uygun olan gün dikkate alınarak, farklı zamanlarda 8'er kişilik iki ayrı deney grubu yürütülmüştür. Deney gruplarında son testlerini tamamlamayan ve programı aksatan 4 kişinin verileri istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır. Kontrol grubu ise sadece standart tedavi (ilaç tedavisi ve rutin psikiyatrik görüşme) alan 16 kişiden oluşmaktadır.

Örneklem grubu için dahil edilme kriterleri:

- DSM-5' e göre BB-I tanısı almak,
- En az 3 aydır tam remisyonda olmak,
- 20-45 yaşları arasında olmak,
- En az ilkokul mezunu olmak,
- En az bir iş deneyimi geçirmiş olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Örneklem grubu için dışlama kriterleri:

- BB-I tanısı dışında herhangi bir nörolojik bir hastalığa sahip olmak,
- Zihinsel yeti yitimi, alkol veya madde bağımlılığı ek tanıları almak,
- Son 6 ay içinde EKT uygulanması.

2.6 Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılacak bireylere Bilgilendirilmiş Onam Formu, Katılımcı Bilgi Formu verilmiş, gönüllü katılımcılara: Çalışma öncesinde ve sonrasında Ön test ve son test olarak Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Gözler Testi (GT), Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) uygulanmıştır.

2.6.1 Katılımcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilerek çalışma örneklemini oluşturan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, işlevselliği, hastalık süresi, travmatik yaşantı deneyimi, aldığı başka tedaviler gibi özelliklerini belirlemeye yönelik oluşturulmuş formdur.

2.6.2 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Depresyon belirtilerinin değerlendirmesinde, 17 maddeli, Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan ölçek kullanılmıştır. Hamilton (1960) tarafından depresyon düzeyini derecelendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 17 maddeden oluşan ölçek, son bir hafta içinde yaşanan depresyon belirtilerini sorgulamaktadır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik ve cinsel belirtiler, kilo kaybı ve iç görü ile ilişkili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten en fazla 53 puan alınabilir. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 puan arası orta ve 29 puan ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Cronbach alfa değeri 0,75 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada bu ölçek BB hastalarının remisyon döneminde olup olmadıklarının anlaşılması amacıyla kullanılmıştır (Akdemir ve diğerleri, 1996).

2.6.3 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Mani belirtilerini değerlendirmek için kullanılacaktır. Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerliliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmış, Cronbach alpha değeri 0.79 çıkmıştır. Mani atakları için son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. YMDÖ, tanı koymak amacıyla değil, anlık mani durumunun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. Ölçekte 5., 6., 8., 9. maddelere, iletişime girilmesi güç hastaların daha iyi ayırt edilmesi için iki katı ağırlık verilmiştir. 12 puan ve üzeri manik atak belirtici olarak düşünülmektedir. Ölçek, 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanmaktadır. Bu araştırmada YMDÖ, bipolar bozukluğa sahip kişilerin remisyon döneminde olup olmadıklarının anlaşılması amacıyla kullanılmıştır (Karadağ ve diğerleri, 2001).

2.6.4 Gözler Testi (GT)

Araştırmada sosyal bilişin değerlendirilmesinde, Baron-Cohen ve arkadaşları (1997) tarafından duygu tanıma yetilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve 2001 yılında yeniden gözden geçirilen (Baron-Cohen ve diğerleri, 2001) gözler testi kullanılmıştır. GT kişilerin sadece yüz çevresini gösteren otuz altı adet resimden oluşmaktadır. Katılımcılardan kendilerine gösterilen dört seçenek arasından kişinin zihinsel durumunu en iyi anlatan duyguyu seçmeleri istenmektedir. Çalışmada testin Yıldırım ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışmaları yapılmış uyarlaması kullanılmıştır. Testin Türkçe uyarlaması 32 maddeden oluşmakta, test maddeleri niteliklerine göre olumlu, olumsuz ve nötr zihinsel temsiller olarak da gruplandırılabilir (Yıldırım ve diğerleri, 2011).

2.6.5 Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

Kişilerin psiko-sosyal işlevsellik düzeylerini ve ayrıca mesleki işlevsellik durumlarını değerlendirmek amacıyla Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, Rosa ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş ve güvenilirlik-geçerlilik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik analizlerinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.960 olarak bulunmuştur. Dörtlü Likert tipi değerlendirme sağlayan, 24 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir ve altı boyuttan oluşmaktadır: özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir (Aydemir ve Uykur, 2012). Ölçeğin altı boyutu vardır;

özerklik (1,2,3,4), mesleki işlevsellik (5,6,7,8,9.), bilişsel işlevsellik (10,11,12,13,14), mali konular (15,16), kişilerarası ilişkiler (17,18,19,20,21,22), boş zaman etkinlikleri (23, 24) olarak sıralanır.

2.6.6 Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ)

Araştırmada bilişsel kapasitenin ayrıntılı değerlendirilmesinde üst biliş ölçeğinden yararlanılmıştır. Üst Biliş; yaygın kullanılan adıyla metakognisyon kişinin zihin süreçlerinin farkında olması ve ne düşündüğü üzerine düşünebilmesini sağlayan bir üst sistemdir. Üstbilişin psikopatolojideki etkinliği hakkında yapılan çalışmalar özellikle son yıllarda artmaktadır. Cartwright-Hatton ve Wells tarafından 1997 yılında geliştirilen ölçek, ülkemizde Tosun ve Irak' ın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile kullanılabilmektedir. Cronbach alpha değeri 0.86 olarak hesaplanmıştır. ÜBÖ-30' daki her madde, “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üst bilişsel faaliyetin arttığına işaret eder ve iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ şeklindeki inançtır. Diğer boyut endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. Ölçeğin alt boyutları arasında olumlu inançlar (1, 7, 10, 20, 23, 28), kontrol edilemezlik ve tehlike (6, 13, 15, 21, 25, 27), bilişsel güven (8, 14, 18, 24, 26, 29), düşünceleri kontrol ihtiyacı (2, 4, 9, 11, 16, 22) ve bilişsel farkındalık (3, 5, 12, 17, 19, 30) yer almaktadır (Tosun ve Irak, 2008).

2.6.7 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Hissi Ölçeği (RHİDÖ)

Katılımcılarda damgalanma boyutunu ölçmek için RHİDÖ kullanılmıştır. Boyd-Ritsher ve Phelan tarafından geliştirilmiş olan ölçek, Ersoy ve Varan tarafından Türkçe’ ye çevrilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Ölçek 29 maddeden oluşmakta ve içsel damgalanmayı değerlendirmektedir. Ölçeğin: ‘yabancılaşma’ (1, 5, 8, 16, 17, 21), ‘kalıp yargıların onaylanması’ (26, 10, 18, 19, 23, 29), ‘algılanan ayrımcılık’ (3, 15, 22, 25, 28), ‘sosyal geri çekilme’ (4, 9, 11, 12, 13, 20), ‘damgalanmaya karşı direnç’ (7, 14, 24, 26, 27) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, ‘kesinlikle aynı fikirde değilim’ (1 puan),

‘aynı fikirde değilim’ (2 puan), ‘aynı fikirdeyim’ (3 puan), ‘kesinlikle aynı fikirdeyim’ (4 puan) şeklinde dörütlü bir likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri (7, 14, 24, 26, 27) ters olarak hesaplanmaktadır. Beş alt ölçeğın toplanmasıyla elde edilen toplam ölçek puanı 4 ile 91 arasında değışkenlik göstermektedir. Yüksek puan alınması, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğın kesme puanı olmayıp, ölçekten alınan puan arttıkça içselleştirilmiş damgalama da artmaktadır (Ersoy ve Varan, 2007).

2.7 İşlem

SBET oturumlarının genel yapısı ve grup sürecinde takip edilen genel akış bu başlık altında ele alınmıştır. Araştırmanın uygulama kısmından önce İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulu tarafından izin alınmıştır (bkz. Ek-7). Tablo 2.1’ ile birlikte oturumlar ve uygulama süreci hakkında detaylı bilgi verilecektir.

Tablo 2.1 SBET Oturumlarının Genel Yapısı

Aşamalar (Oturum Sayısı)	Genel Amaç
Tanıtım ve Duygular	
1. Aşama (1-2)	- SBET ve sosyal biliş kavramının anlatılması, - Grup etkileşimini geliştirme, - Sosyal hayatta karşımıza çıkan çeşitli duygu durumları hedeflenir.
Durum Değerlendirmesi Yapabilme	
2. Aşama (3-5)	- Bir durumun sonuçlarını öngörebilme yetisi, - Atfetme becerisi, - Belirsizlik karşısında tolerans, - Gerçekler ile tahminler arasındaki farkı kavrayabilme ve daha gerçekçi tahminler yapabilmek için kanıtları gözden geçirme bölümlerini içermektedir.
Bütünleştirme Becerisi Kazandırma (Transfer)	
3. Aşama (5-8)	- Öğrenilen becerileri bütünleştirme ve günlük yaşama yansımalarını fark etme, - Genelleştirebilme becerisini artırma üzerine çalışılmaktadır.

SBET oturumları öncelikli olarak “Isınma” adı verilen bir giriş bölümü ile başlamaktadır. Isınma bölümünde her hafta oturum başında grup üyelerine kendi duyguları ile ilgili belirlenen yönergeler doğrultusunda sorular sorulmaktadır. Bu sayede her üye kendi duygusal sürecini zihinsel olarak işleyebilme kapasitesini arttırmaktadır. SBET genel olarak 3 temel aşamadan oluşmaktadır; özellikle ilk iki

aşama sonrasında gelen üçüncü aşama önceki aşamalarda öğrenilen bilgi ve becerilerin bütünleştirilmesini ve günlük hayata aktarılmasını amaçlamaktadır.

İlk aşamadaki amaçlar grup içinde etkileşimin geliştirilmesi, SBET hakkında genel bilgilendirme ile birlikte sosyal bilişin anlatımı, duyguların nasıl çalışılacağı ve güncel yaşamdaki etkileri, yedi temel duygu üzerine psikoeğitim, insanların yüzlerinde oluşan değişik ifadeleri ayırabilmek, zihinden geçen paranoid içerikli düşünceleri bir duygu haline dönüştürerek kontrol edebilmeyi öğrenme şeklindedir.

İkinci aşamada amaçlanan temel hedefler ise kesin bir karara varmadan önce olası zihinsel çarpıtmaları engelleme adına grup üyelerinin sosyal bilişsel yöntemleri öğrenmeleridir. Sosyal bilişsel yöntemler adı altında zorlayıcı yaşam olayları karşısında otomatik gelişen düşünce yapıları, detaylı sorgulama becerisi ve belirsizliklere tahammül edebilme ile yorumlama gücünün gelişmesini sağlanarak günlük hayatta yeni bilgilerden faydalanma gibi kazanımlar yer almaktadır. Bunların dışında aşağıda sıralanan konu başlıkları da ele alınmaktadır:

- Bir durumun sonucunu başından öngörebilmek ile ilgili kavramların işlenmesi,
- Kişinin öznel yorumlarını, dış etkenlerin etkisini ya da olaydan hareketle meydana gelen atfetme durumlarını ayrı ayrı inceleyebilmek,
- Kişinin sosyal olaylardaki atfetme şekillerinin sıralanarak sebep-sonuç döngülerinin anlaşılmasını sağlayarak doğru olasılığı seçebilmesini çalışmak,
- Arada kalınan, belirsizlik içeren olaylarda yorum yapmanın güçlüğünü kabul etmeyi anlamak,
- Sosyal olaylarda gerçekler ve tahminlerin birbirinden farklı alanlar olduğunu ve yaşıntıları bu iki ana başlık altında toplayabilmeyi öğrenme,
- Bir durumun sonucuna atlamak yerine kanıt toplama alıştırmaları ile ilgili kısa eğitimin verilmesi,
- Alınan kararın doğruluğuna yönelik çeşitli yargılama becerilerini edinmek.

SBET son aşamasında katılımcıların bu zamana değin edindiği bilgi ve yöntemlerin sosyal hayatları ile bütünleştirmek için çalışılmaktadır. Bu amaçla

birlikte süreçte öğrenilen tüm araçlarla problem çözme becerisi geliştirilir ve çeşitli pratik uygulamalar yapılır. Grup üyelerinin gündelik hayatlarında problem yaşadıkları durumları paylaşabilmeleri grup dinamiğini zenginleştirirken, çalışmaya gerçek malzemelerle devam etme olanağı sağlar. Bireysel olarak gruba getirilen sorunlar hep birlikte ele alınarak çeşitli çıkarımlarla yeniden davranışa yönelik düzenlemelerin gündeme gelmesini sağlar. Bunların dışındaki diğer hedefler ise şöyledir:

- Grup üyelerinin sosyal hayatlarında meydana gelen durumlardaki gerçekleri fark etmek,
- Bazen yeterli bilgi olmadan bir olayı doğru değerlendirmenin imkansız olduğunun gösterilmesi,
- Kişinin çevresine kararsızlığa düştüğü bir olayla ilgili birtakım tahminlerini anlatmasının ve tekrar irdelemesinin ani ve yanlış sonuçları engelleyebileceği,
- Kişinin tahminlerinden en uygun olanı bulabilmesi için doğru soruları sorabilmesini sağlamak,
- Çeşitli rollerin o sırada tekrar sahnede grup üyelerinden gönüllü kişilerle canlandırılması ile yeniden değerlendirme yapabilmek.

SBET yönergesinde her hafta çalışılacak konular ve bu konuların nasıl çalışılacağı ile teknikler hazır olarak sunulurken uygulamayı standart hale getirmiştir. Oturumlarda çalışılacak konulara dair materyaller ülkemizde yaşanan ve güncel bir zamanda çekilmiş fotoğraflardan ve kısa filmlerden oluşmaktadır.

2.8 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisi Oturumları

Bipolar bozuklukta mesleki işlevsellik odaklı olarak 8 hafta planlanan SBET oturumları haftada bir, 40 dakikalık iki ayrı bölüm ve 10 dakikalık bir ara ile birlikte toplam 90 dakika sürmektedir. Oturumların akışı ise SBET eğitim materyali referans alınarak aşağıda belirtildiği gibi hazırlanmış ve uygulanmıştır. Sekiz haftalık SBET oturumları Tablo 2.2 Sekiz Haftalık SBET Oturum Başlıkları altında görülebilir.

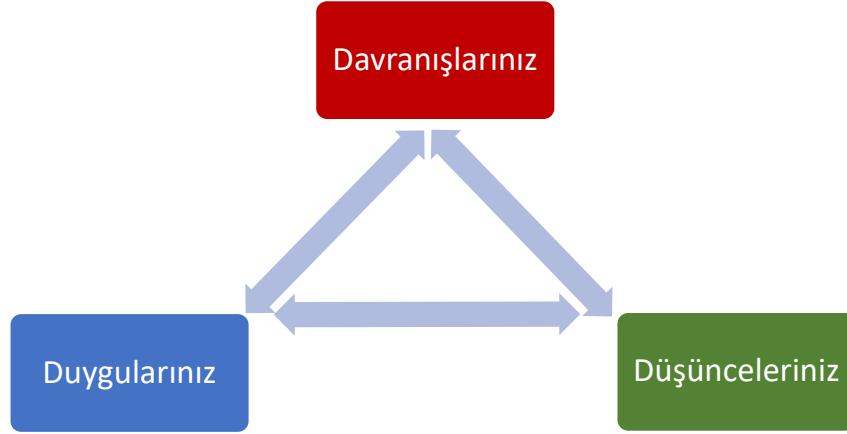
Tablo 2.2 Sekiz Haftalık SBET Oturum Başlıkları

Hafta	Başlık
1	Tanıtım, Duygular ve Sosyal Durumlar
2	Duyguları Tanımlama ve Duyguları Tahmin Etme
3	Kuşkulu Duygular
4	Sonuçlara Atlama
5	Başka Tahminler Üretme
6	Gerçekleri Tahminlerden Ayırma
7	Daha Fazla Kanıt Toplama ve Bütünleştirme
8	Bütünleştirme

2.8.1 Birinci Oturum: Tanıtım, Duygular ve Sosyal Durumlar

İlk oturumun başında grup üyelerine 8 haftalık bu süreçte ev ödevlerini biriktirebilmeleri için bir dosya verilmiş ve terapinin gelecek süreçlerinde bu ev ödevlerinin yorumlayacakları bilgisi eklenmiştir. Sonrasında grup lideri kendini tanıtmış ve üyelerin oturma düzeni ile ilgili memnuniyetleri sorularak her bir üyenin kısa (1-2 dakika) kendini tanıtması istenmiştir.

Tanışma bölümü sonrasında SBET’ nin kişiler arası ilişkilerde yanlış anlaşılmaları azaltmayı hedefleyen bir grup terapisi süreci olduğu vurgulanarak genel yapı ve temel üç aşama kısa bilgilendirme şeklinde sözel olarak paylaşılmıştır. Bu oturum katılımcıları tedavinin amaçları konusunda bilgilendirmeyi ve SBET uygulaması için kurgusal bir modelin oluşturulmasını sağlar. Bu yapılandırılmış model doğrultusunda SBET üçgeni duygu, düşünce ve davranış arasındaki döngüyü somutlaştırmaktadır (bkz. Şekil 2.1 SBET Üçgeni).



Şekil 2.1 SBET Üçgeni

Psikotik özellikteki tanılara sahip hastaların bilişsel çarpıtmalarının sebeplerinden biri de yanlış olarak yapılan çeşitli bireysel atıflar olarak bilinmektedir. Bu durumla daha çok paranoid düşüncelerin temelinde yatan olumsuz durumlar sonrası gelişen katı düşünce yapısı ve karşıdakini suçlama ile ilişkili eğilimlerde karşılaşılmaktadır. SBET üçgeni duygu, düşünce ve davranış arasındaki döngüsel bağlantıyı ayrıntılı işleyerek katı düşünce yapısının esnemesini sağlar. İlk oturumda bu üçgen anlatılırken grup üyelerinin düşünce yapılarında üçgenin yerleşmesi ve esneklik kazanılması amacı ile çeşitli örnekler verilmiştir. Üçgene bütün oturumlarda tekrar tekrar geri dönüş yapılarak esnek düşünce sistemine kazandırılması amaçlanmıştır.

Grup üyelerinden kişinin düşünsel algısına etkide bulunacak sosyal bir olayın öncesi ve sonrasında oluşabilecek duyguları tarif etmeleri ve kavramsal bir hale getirmeleri istenmiştir. Sonrasında üyelerin hayatlarındaki duyguların davranışlarını nasıl değiştirebileceği hakkında bir üst biliş geliştirebilmeleri için uygulamada yer alan birtakım alıştırmalar yapılmıştır. Alıştırmalar duygusal ve bilişsel faktörleri kıyaslayabilmek amacıyla sadece duygulanımın başka hiçbir veri olmadan yaşanan sosyal durum ile ilgili yargıya varabilme adına yeterli olamayacağının altını çizer.

İlk oturumda işlenen konulardan bir diğeri de yüz mimiklerinin yorumlanması yolu ile bireylerin duygularının daha çok farkında olabileceği ile ilgilidir. Bununla birlikte yaşanan kimi durumların kişilerin yüz ifadelerinde ne gibi değişikliklerle

yansıdığı oturuma özgü hazırlanan bir video çalışmasının gösterimi ile tartışılır. Bu oturumda ayrıca grup kuralları üyelerle birlikte belirlenmiş, büyük bir kağıda yazılarak duvara asılmıştır. Katılımcılardan ev ödevi olarak bir sonraki oturuma getirmeleri için sosyal hayatlarında gelişmesini istedikleri iki şeyi yazmaları istenmiştir. Hedefin evlenmek ya da maddi kaynaklı hedefler olmamasının dışında sosyal yaşamla ilgili olmasının en önemli sebebi ise üyelerin bu hedef doğrultusunda kendini her hafta gözlemleyebilme şansının olması olarak düşünülmüştür.

2.8.2 İkinci Oturum: Duyguları Tanımlama ve İnsanların Duygularını Tahmin Etme

Oturumun başında katılımcılara bu hafta nasıl duygularla geldikleri sorularak başlanmıştır. Geçen oturum sonunda verilen sosyal yaşam hedeflerine ilişkin ev ödevleri kontrol edilmiştir. Rutin ısınma turunun ardından sosyal yaşamı iyileştirmeyi hedefleyen bir grup terapisinin neden duygular üzerinde yoğunlaştığı ile ilgili bir soru sorularak başlanmıştır. Grup etkileşimi ile birlikte beyin fırtınası yapıldıktan sonra aslında sosyal durumlar ve duyguların birbirini etkiler durumda olduğu ve sosyal alanı iyileştirmek istiyorsa önce duygular kısmını iyice tanımak gerektiği vurgulanmıştır.

Duyguları davranışları nasıl etkilediği tartışılırken “Duygudurum” kavramı da ele alınmıştır. Ayrıca “Onların yerinde olsaydınız ne hissederdiniz?” alıştırması üzerinden her bir madde için görsel olarak basılı insan yüzlerinin taklit edilmesi ve üzerine yüzdeki değişikliklerin yarattığı duygusal reaksiyonların anahtar rolüne dikkat çekilmiştir. Duyguları derinlemesine tanıyabilmek için bir “Duygu Poster” hazırlanarak duvara asılmıştır (bkz. Şekil 2.2).

Yüksek Enerji	
Öfkeli. Sinirli. Kaygılı. Paranoyak	Heyecanlı. Coşkulu. Mutlu.
Kötü Hissetme	İyi Hissetme
Kuşkulu Tembel. Depresyonda	Hoşnut. Huzurlu. Sakin.
Düşük Enerji	

Şekil 2.2 Duygu Posterı

Duygu posterinin hazırlanmasında öncelikli olarak duygular enerjilerine göre (düşük ya da yüksek enerjili duygular) ve nasıl hissettirdiğine göre (iyi ya da kötü hissetme) dört kategoriye ayrılır ve hastaların çağrışımlarına göre gelen duygu ifadeleri posterde uygun yerlerine yerleştirilmiştir. Ardından bağlantılı diğer bir çalışma ile “İnsanların Duygularını Tahmin Etme” slayt gösterisiyle devam edilmiştir. Bu çalışma süresince grup üyelerine slaytlarda çeşitli duygu ifadelerini yüzlerine yansıtmış olan kişilerin fotoğrafları gösterilir.

Her slayt geçişinde o sıradaki fotoğrafta hangi duygu ipuçlarına dayanarak yüzde oluşan duyguyu tahmin ettiklerini düşünmelerine yönelik sorular sorulur. Her slayt sonrası gösterilen yüz fotoğrafına dair tahminlerine ne kadar güvendiklerini de “İnsanların Duyguların Tahmin Etme” formuna not alarak kayıtlı tutmaları istenmiştir (bkz. Şekil 2.3). Duygularla ilgili kilit yüz ifadelerini taklit etme becerilerinin duygu farkındalığı noktasında ayırt edici olması üzerine çalışma bitirilmiştir.

Tahmininiz nedir?

Muhtemelen _____hissediyor.

Mutlu Üzgün Korkmuş Öfkeli Şaşkın Hiçbir duygu

Ne kadar eminsiniz?

100 %	Kesin eminim. Hiç şüphesiz.
75 %	Çok eminim.
50 %	Oldukça eminim.
25 %	Çok emin değilim.
0 %	Hiç emin değilim. Sadece tahmin.

Şekil 2.3 İnsanların Duyguların Tahmin Etme

Bu aşamaya kadar farklı yüz ifadelerinde farklı duygusal tepkileri anlamayı çalıştıktan sonra aynı yüz ifadesinde beş farklı duyguyu nasıl gözlemlediğimiz ve yorumladığımız ile ilgili kısmen daha zorlu bir kademeye geçilmiştir. Yedi temel duygunun (mutlu, üzgün, öfkeli, korkmuş, şaşkın, tiksiniş, utanmış ve kuşkulu) yüzde yarattığı değişimlere dair fiziksel ipuçları daha önce hazırlanan duygu posterine not edilmiştir.

2.8.3 Üçüncü Oturum: Kuşkulu Duygular

Grup üyeleri duygularını tanımayı ve ifade etmeyi öğrendikten sonra ikinci aşama olan düşünceleri çalışma kısmına geçilmiştir. Genel olarak geline ikinci aşamada kişilerin duyguları ile ilgili sonuca çok hızlı bir şekilde atlama eğiliminin yaygın olduğu ve bu hızlı duygusal süreç sonucunda verilen yanlış kararların düşüncelerle birlikte kişiyi olumsuz sonuçlarla baş başa bıraktığı aktarılmıştır. Süreçte duygularla başlayan sonuca atlama kısmının yavaşlatılmasına yönelik hazırlana videolar üzerinden birtakım alıştırımlar yapılmıştır.

Grup üyelerinin kendi duygusal dalgalanmalarının farkında olmaları ve bu dalgalanmalar sonrasında verdikleri kararların hatalı taraflarının incelenmesine yönelik grup paylaşımları yapılmıştır. Özellikle bipolar bozuklukta mani dönemi öncesinde artabilen kuşkulu düşüncelerin çoğu kişide olabileceği vurgulanarak

hastalara bununla ilgili konuşabilme alanı ve cesareti sağlanmıştır. Kuşkulu duygular öncesine çalışılmış olan SBET üçgeni, duyguların düşünce ve davranışlar üzerindeki etkisi ile ilgili beceriler bu oturumun çalışılmasına olumlu katkıda bulunmuştur.

2.8.4 Dördüncü Oturum: Sonuçlara Atlama

Isınma turunda grup üyelerinden o günkü duygularını tanımlayacak bir kelime ve duyguya dair 1 (en az) ile 10 (en çok) arasında bir puanlama vermeleri istenmiştir. SBET’ nin ikinci aşaması olan düşünceleri çalışmanın giriş konuş olan “Sonuca Atlama” bölümünden bahsedilmiştir. SBET üçgenine geri dönülerek duygu kısmının çalışıldıktan sonra düşünce kısmının da ayrıntılı çalışılmasının önemi anlatılmıştır. Bu doğrultuda katılımcılara doğru karar verebilmek için etkileşim halinde olan duygu ve düşüncelerin birbirlerini etkilediği hatırlatılarak, sonuca atlama başlığının bir tür düşünce biçimi olarak ele alınacağı belirtilmiştir. Sonuca atlamamanın sosyal hayatta yol açtığı sorunlarla ilgili örnek videolar gösterildikten ve üzerine tartışıldıktan sonra katılımcılar kendi öznel yaşamlarından örnekler vererek konuyu pekiştirmiştir.

2.8.5 Beşinci Oturum: Başka Tahminler Üretme

Sonuca hızlıca atlamak yerine düşünce sürecini daha da yavaşlatmayı hedefleyen bir oturumdur. Düşüncenin yavaşlaması zihinsel açıdan daha etraflıca düşünmeyi gerektirdiğinden duyguların olumsuz etkisinden de sıyrılmayı sağlar. Bu yöntem bilişsel davranışçı terapi tekniklerinden “alternatif yaratma” tekniğinden esinlenerek SBET modeli içine yerleştirilmiştir. Sonuca atlama ve tahminde bulunma arasındaki farklara değinilmiş ve oturum sırasında Tablo 2.3’ de olduğu gibi tahtaya yazılarak detaylı incelenmiştir.

Grup üyelerinden düşünce biçimleri hakkında 3 olasılık üzerinde düşünmeleri istenmiştir ve bu olasılıklara da karakteristik özellikler kazandırılmaya çalışılmıştır. Bu amaç ile 3 karakter tanımlaması yapılmıştır; “Suçlayıcı Selçuk”, “Gamsız Gamze” ve “Hatalı Hasan” düşünce yapılarını temsil eden karakterlerin isimleridir. Hedef ise “Alternatif yaratma” yöntemi ile gelen bilişsel zorlamalardan katılımcıyı kurtarıp, daha az zahmetli ancak hedefe yönelik bir yöntem kullanabilmektir.

Tablo 2.3 Tahminde Bulunma ve Sonuca Atlama Arasındaki Farklar

Tahminde Bulunma	Sonuca Atlama
- Doğru olduğu fark edilen birkaç nokta vardır. - Tahminden emin olamazsınız. - Karar aşamasında daha yavaş hareket edersiniz.	- Tek bir şey doğru gibi gelir. - Kesinlikle haklı olduğunuzu düşünüyorsunuzdur. - Çok hızlı karar verirsiniz. - Çok emin hissedilir. - Karşı tarafa olumsuz duygular aktarabilirsiniz.

2.8.6 Altıncı Oturum: Gerçekleri Tahminlerden Ayırma

Grup üyeleri günlük yaşamda kendileri için en doğru tahmini seçerken kişisel yorumlamalar yaparak objektiviteden uzaklaşabilir ve bunun neticesinde yanlış kararlar alabilirler. Oturumun ilk etabında katılımcılara bu doğrultuda yaşadıkları deneyimlerle ilgili gönüllü paylaşımlarda bulunmaları için bir zaman ayrılmıştır. İkinci oturumda ise günlük yaşamda karşılaşılabilecek olayların temsil edildiği fotoğraflar aracılığıyla olaylardaki gerçekler ve tahminler alanlarının birbirinden ayrıştırılması için pano üzerinde kısa notlar alınmıştır. Konuya dair hazırlanan videolar izlenip tartışıldıktan sonra rol çalışması ile oturum tamamlanmıştır.

2.8.7 Yedinci Oturum: Daha Fazla Kanıt Toplama ve Bütünleştirme

Genel ısınma turu sonrasında bu oturum için özel olarak tasarlanan “aklımdakini tahmin etme” adlı oyun oynatılmıştır. Grup üyelerinden başka bir üye aklında bir hayvan tuttuğu zaman tahmin yapabilmek için sadece evet ya da hayır cevabı alabileceği sorulara dönüştürerek tahmin etmesi beklenilmiştir. Sonuca atlamanın ne kadar hızlı geliştiğini fark etme, tahmin yapabilme gücünü artırma hedeflenerek üyelerin bireysel farkındalık geliştirilmesi sağlanmıştır. Bütünleştirme aşamasına dair bu zamana kadar öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesine yönelik videolar izlenerek SBET’ nin bütüncül pratiğine yakından bakılmıştır.

2.8.8 Sekizinci Oturum: Bütünleştirme

Grup üyeleri kendi yaşamlarından getirdikleri zorlayıcı yaşam olaylarını paylaşmış, Tablo 2.4’ de olduğu gibi diğer katılımcılarla birlikte olayı SBET açısından bütünleştirilmiş haliyle ele almayı öğrenmiştir. SBET pratiğinde edinilen tekniklerin gündelik yaşama kazandırılmasının önemi üzerinde durulmuştur. Son grup oturumu olması sebebi ile grup üyelerinin süreçle ilgili kısaca geri bildirimleri alınarak süreç sonlandırılmıştır.

Tablo 2.4 Bir Paranoya Şikâyeti Sonrası Bütünleştirme Çalışması

Gerçekler	Tahminler	Duygular	Davranış
İnsanlar bana tuhaf bakıyorlar gibi hissetme.	İnsanlar bana zarar vermek için toplanıyorlar.	Daha paranoyak.	Güvenilir bir arkadaştan veya SBET grubundaki arkadaşlardan görüş almak.
Paranoyak hissetme.	Giysim ve dağınık saçlarım nedeniyle garip görünüyorum.	Çirkin olduğum için biraz rahatsız ve üzgünüm.	Tuhaf görünüp görünmediğimi bir arkadaşına sormak.
Paranoyak hissetme.	İnsanlar bana tuhaf bakmıyor; hastalığım paranoyaya neden oluyor.	Rahatlamış ama kandırıldığı için kendine kızgın.	Psikiyatristimden randevu almak.

2.9 Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi için SPSS 21.0 IBM kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımı ölçümünde örneklem sayısı otuz beşin altında olduğu için Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk analizleri uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde ise iki grup arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U, grup içi değerlendirmelerde Wilcoxon testleri kullanılmıştır. Demografik

veriler; yüzdelik, ortalama, standart sapma gibi betimsel istatistik yöntemi aracılığıyla incelenmiştir. Üç veya daha fazla grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi'nden yararlanılmıştır. Araştırmanın istatistiksel analizlerinde sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



3 BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan BB tanılı 28 kişinin manik ve depresif belirtileri, sosyal biliş düzeyi ve işlevsellik alanları ile ilgili verilerden elde edilen bulgular yer almaktadır. Başlangıçta betimsel istatistik sonuçları ile ilgili veriler sonrasında ise gruplar arası farklara dair analizlere değinilecektir.

3.1 Araştırma Örnekleminin Özellikleri

Araştırmaya BB tip I tanısına sahip 28 kişi katılmıştır. Araştırma örnekleminde 12 kişi deney grubu, 16 kişi ise kontrol grubu olmak üzere 2 grup vardır.

3.1.1 Demografik Özellikler

Araştırmanın deney ve kontrol grupları arasında katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve çalışma durumlarını içeren sosyo-demografik bilgiler Tablo 3.1’ d gösterilmiştir.

Tablo 3.1 Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		Deney Grubu	Kontrol Grubu	Toplam Sayı
		n=12	n=16	n=28
		N (%)	N (%)	N
Cinsiyet:	Kadın	5 (41,7)	11 (68,8)	16
	Erkek	7 (58,3)	5 (31,3)	12
Yaş:	20-30	5 (41,7)	8 (50)	13
	31-40	6 (50)	5 (31,3)	11
	41-50	1 (8,3)	3 (18,8)	4
	Yaş $\bar{x}$	12 (30,75)	16 (31,12)	28
Eğitim Durumu:	Lise	4 (33,3)	2 (12,5)	6
	Lisans	7 (58,3)	12 (75)	19
	Yüksek Lisans	1 (8,3)	2 (12,5)	3
Medeni Durum:	Evli	1 (8,3)	6 (37,5)	7
	Bekar	11 (91,7)	10 (62,5)	21
Meslek:	Mesleği yok	4 (33,3)	0 (0)	4
	Memur	2 (16,7)	3 (18,8)	5
	İşçi	2 (16,7)	0 (0)	2
	Serbest Meslek	0 (0)	1 (6,3)	1
	Öğrenci	0 (0)	3 (18,8)	3
	Diğer	4 (33,3)	9 (56,3)	13
	İşsiz	8 (66,7)	8 (50)	16
Çalışma Durumu:	Yarı Zamanlı	1 (8,3)	0 (0)	1
	Tam Zamanlı	3 (25)	7 (43,8)	10
	Öğrenci	0 (0)	1 (6,3)	1

Tablo 3.1’de elde edilen verilere göre katılımcıların deney ve kontrol gruplarına ait frekans verileri incelendiğinde deney grubunun %58,3’ ünün erkek olduğu gözlemlenirken, kontrol grubunun %68,8’ nin kadınlardan oluştuğu anlaşılmıştır. Bu noktada deney grubu katılımcılarında erkeklerin, kontrol grubunda ise kadınların sayısal olarak daha ağırlıklı yer aldığı görülmektedir. Yaş ile ilgili değişkenlerin dağılımlarına bakıldığında elde edilen frekans verileri doğrultusunda (deney grubu yaş ortalaması: 30,75; kontrol grubu yaş ortalaması 31,12) yaş değişkeni açısından grupların birbirine denk olduğu, deney grubunun kontrol grubuna göre az bir farkla daha genç olduğu söylenebilir.

Eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında ise her iki grupta da lisans eğitimi mezunlarının çoğunlukta olduğu göze çarpmaktadır; deney grubunun %58,3’ ü lisans, kontrol grubunun %75’ i lisans mezunudur. Katılımcıların medeni durumlarında ise deney grubunda bekar katılımcılar %91,7 iken kontrol grubunda bu oran %62,5’ tir. Her iki grupta da katılımcıların çoğunlukla bekar olduğu dikkat çekmektedir. Mesleki olarak deney grubunda %33,3 katılımcı herhangi bir mesleğe sahip değil iken kontrol grubu katılımcılarında mesleği olmayan bulunmamaktadır. İşsizlik durumuna bakıldığında deney grubunda %66,7 kontrol grubunda %50 oranında işsiz katılımcı olduğu görülmektedir.

3.1.2 Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Klinik Özellikleri

Tablo 3.2 Katılımcıların Klinik Özellikleri – Aile Geçmişi

Klinik Özellikler		Deney	Kontrol	Toplam
		Grubu	Grubu	Sayı
		N=12	N=16	N=28
		N (%)	N (%)	N
Aile geçmişinde psikiyatrik bir tanı var mı?	Var- Major Depresyon	3 (25)	2 (12,5)	5
	Var-Bipolar Bozukluk	2 (16,7)	3 (18,8)	5
	Var-Psikoz	0 (0)	1 (6,3)	1
	Var-Anksiyete	0 (0)	1 (6,3)	1
	Yok	7 (58,3)	9 (56,3)	16

Ailede psikiyatrik bir hastalık geçmişi olup olmadığına bakıldığında deney grubunda yedi katılımcının (n=7, %58,3) ailesinde psikiyatrik bir geçmiş olmadığı, üç katılımcının (n=3, %25,0) ailesinde majör depresyon tanısının olduğu, iki katılımcının

(n=2, %16,7) ailesinde BB tanısı anlaşılmıştır. Kontrol grubunda iki katılımcının (n=2, %12,5) aile geçmişinde majör depresyon, üç katılımcının (n=3, %18,8) BB, bir katılımcının (n=1, %6,3) psikoz, bir katılımcının (n=1, %6,3) anksiyete geçmişi olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Deney grubunda yedi (n=7, %58,3), kontrol grubunda ise dokuz (n=9, %56,3) katılımcının aile geçmişinde herhangi bir psikiyatrik bulguya rastlanmamaktadır (bkz. Tablo 3.2).

Tablo 3.3 Katılımcıların Klinik Özellikleri- Tanı Süreci

Klinik Özellikler		Sayı	Deney	Kontrol	Toplam
Ek Tanı	Var	n	2	0	2
		%	16,7	0	16,7
	Yok	n	10	0	10
		%	83,3	0	83,3
Hastalık Başlama Yaşı	15-20	n	6	4	10
		%	50	25	75
	20-25	n	4	4	8
		%	33,3	25	58,3
	25-30	n	2	3	5
		%	16,7	18,8	35,5
	0-1 Yıl	n	2	1	3
		%	16,7	6,3	23
Hastalık Toplam Süresi	13 Ay-2 Yıl	n	1	3	4
		%	8,3	18,8	27,1
	25 Ay-5 Yıl	n	3	5	8
		%	25	31,3	56,3
	61 Ay-10 Yıl	n	3	4	7
		%	25	25	50
	10 Yıl Üzeri	n	3	3	6
		%	25	18,8	43,8

Tablo 3.3' te görüleceği üzere, ek tanı alan katılımcılar deney grubunda iki (n=2, %16,7) (Ek tanılar: Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kaygı Bozukluğu) iken kontrol grubunda ek tanıya sahip katılımcıya rastlanmamaktadır. Hastalık başlama yaşı deney grubunda altı katılımcı için (n=6, %50) 15-20, dört katılımcı için (n=4, %33,3) 20-25, iki katılımcı için (n=2, %16,7) ise 25-30 yaşları arasındadır. Kontrol grubunda ise bu oran dört katılımcı için (n=4, %25) 15-20, dört katılımcı için (n=4, %25) 20-25, üç katılımcı için (n=3, %18,8) 25-30 yaşları arasında değişmektedir.

Toplam hastalık süresi değerlendirildiğinde deney grubunda iki kişinin (n=2, %16,7) henüz bir yıldır, bir kişinin ise (n=1, %8,3) yaklaşık iki yıldır bu tanıyı aldığı, tanı alma noktasında ilk beş yılının içinde olan üç (n=3, %25), ilk on yılının içinde olan üç (n=3, %25), on yıl ve üzeri olan yine üç kişi (n=3, %25) olduğu anlaşılmıştır. Kontrol grubunda ise son bir yıl içinde tanıyı alan sadece bir (n=1, %6,3), iki yıldır tanı alan üç (n=3, %18,8), beş yıldır tanı alan dört (n=4, %25), on yıl ve üzeri tanıya sahip üç (n=3, %18,8) katılımcının olduğu gözlemlenmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların büyük bir kısmının hastalık süresinin uzun olduğu dikkati çekmektedir (bkz. Tablo 3.3).

Tablo 3.4 Katılımcıların Klinik Özellikleri – Atak Dönemleri

Klinik Özellikler		Deney Grubu N=12	Kontrol Grubu N=16	Toplam N=28
		N (%)	N (%)	N (%)
Depresif Atak Sayısı	1	5(41,7)	5 (31,3)	10 (73)
	2	0 (0)	1 (6,3)	1 (6,3)
	3	0 (0)	1 (6,3)	1 (6,3)
	5	1 (8,3)	1 (6,3)	2 (14,6)
	6-10	5 (41,7)	4 (25)	9 (66,7)
	Yok	1 (8,3)	4 (25)	5 (33,3)
Manik Atak Sayısı	1	5 (41,7)	9 (56,3)	14 (98)
	2	4 (33,3)	4 (25)	8 (58,3)
	3	2 (16,7)	1 (6,3)	3 (23)
	5	0 (0)	1 (6,3)	1 (6,3)
	6-10	1 (8,3)	1 (6,3)	2 (14,6)
Karma Atak Sayısı	1	1 (8,3)	1 (6,3)	2 (14,6)
	2	1 (8,3)	0 (0)	1 (8,3)
	3	0 (0)	1 (6,3)	1 (6,3)
	6-10	2 (16,7)	0 (0)	2 (16,7)
	Yok	2 (16,7)	0 (0)	2(16,7)

BB tanı kriterlerinden olan manik, depresif ve karma ataklar deney ve kontrol grupları açısından Tablo 3.4' te değerlendirilmiştir. Deney grubunda bir kez depresif atak geçiren beş kişi (n=5, %41,7), toplam beş kez depresif atak geçiren kişi sayısı bir (n=1, %8,3) ve geçirdiği depresyon atağı altı ile on arasında olan beş kişi (n=5, %41,7) vardır.

Kontrol grubunda ise bir kez depresif atak geçiren yine beş kişi (n=1, %31,3), iki kez atak geçiren bir (n=1, %6,3), üç kez atak geçiren bir (n=1, %6,3), beş kez atak geçiren bir (n=5, %6,3), altı ile on kez depresif atak geçirdiğini belirten dört kişi vardır (n=4, %25). Hiç depresif atak geçirmediği bilgisi alınan katılımcı sayısı ise deney grubunda bir (n=1, %8,3), kontrol grubunda dört (n=4, %25) olarak görülmektedir.

Manik atak geçiren katılımcıların deney ve kontrol gruplarına göre kaç kez mani atağı yaşadığı ile ilgili veriler incelenmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda deney grubunda 5 kişi (n=5, %41,7) bir kez, dört kişi (n=4, %33,3) iki kez, iki kişi (n=2, %16,7) üç kez, bir kişi (n=1, %8,3) altı ile on arasında manik atak geçirmiş olduğunu ifade etmiştir. Kontrol grubunda ise dokuz kişi (n=9, %56,3) bir kez, dört kişi (n=4, %25) iki kez, bir kişi (n=3, %6,3) üç kez, bir kişi (n=1, %6,3) beş kez, bir kişi (n=1, %6,3) de altı ile on arasında manik atak geçirmiştir.

Karma atak geçiren katılımcı ve atak sayıları deney ve kontrol gruplarına göre ayrılmıştır. Deney grubunda bir kişi (n=1, %8,3) bir kez, bir kişi (n=1, %8,3) iki kez ve iki kişi (n=2, %16,7) altı ile on arasında karma atak yaşadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda ise bir kişi (n=1, %6,3) bir kez, bir kişi (n=1, %6,3) üç kez karma geçirirken, hiç karma atak geçirmediğini söyleyenlerin sayısı deney grubunda iki kişi (n=2, %16,7), kontrol grubunda ise hiç karma atak geçirmediğini belirten herhangi bir katılımcıya rastlanılmamıştır.

Katılımcıların diğer sağlık bilgileri ise ayrı bir tablo olarak Tablo 3.5' te yorumlanmıştır. Diğer sağlık bilgileri ile ilgili bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.5 Katılımcıların Klinik Özellikleri – Diğer Sağlık Bilgileri

Klinik Özellikler		Deney	Kontrol
		Grubu	Grubu
		N=12	N=16
		N (%)	N (%)
EKT uygulanmış mı?	Yok	7 (58,3)	14 (87,5)
	Evet	4 (33,3)	2 (12,5)
	Hayır	8 (66,7)	14 (87,5)
Alkol tüketimi var mı?	Ayda 1'den az	10 (83,3)	13 (81,3)
	Haftada 1	2 (16,7)	1 (6,3)
	Haftada 1-3	0 (0)	1 (6,3)
	Yok	0 (0)	1 (6,3)
Sigara kullanılıyor mu?	Bırakmış	2 (16,7)	4 (25)
	Nadiren	2 (16,7)	2 (12,5)
	Aktif İçici	5 (41,7)	9 (56,3)
	Hiç Kullanmamış	3 (25)	1 (6,3)
İntihar girişimi var mı?	Var	3 (25)	6 (37,5)
	Yok	9 (75)	10 (62,5)

Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) alanlar deney grubunda dört kişi (n=4, %33,3), almayanlar ise sekiz kişi (n=8, %66,7) olup, kontrol grubunda iki kişi (n=2, %12,5) tedavi almış, on dört kişi (n=14, %87,5) ise böyle bir tedavi almamıştır. Alkol tüketimine bakıldığında ise deney grubunda on kişinin (n=10, %83,3) ayda birden az olmak üzere, iki kişinin (n=2, %16,7) ise haftada bir kez alkol tükettiği bilgisine ulaşılmıştır. Kontrol grubunda on üç (n=13, %81,3) kişi aydan birden az olmak üzere, bir kişi (n=1, %6,3) haftada bir, bir kişi (n=1, %6,3) haftadan bir ile üç kez alkol tükettiğini, bir kişi (n=1, %6,3) ise hiç alkol tüketmediğini söylemiştir.

Sigara kullanımı konusunda deney grubunda iki kişi (n=2, %16,7) sigarayı bırakmış, iki kişi (n=2, %16,7) nadiren, beş kişi (n=5, %41,1) aktif içici olarak kullanmakta olup, üç kişi ise (n=3, %25) hiç sigara kullanmamıştır. Kontrol grubunda ise dört kişi (n=4, %25) sigarayı bırakmış, iki kişi (n=2, %12,5) nadiren, dokuz kişi (n=9, %56,3) aktif olarak içici, bir kişi (n=1, %6,3) ise hiç kullanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların intihar girişimlerinin olup olmadığına bakıldığında ise deney grubunda üç kişi (n=3, %25) intihar girişiminde bulunmuş, beş kişi (n=5, %41,1) ise herhangi bir intihar girişiminde bulunmamıştır. Kontrol grubunda intihar girişimi oranı altı kişi (n=6, %37,5) iken intihar girişimi olmayan kişi sayısı ondur (n=10, %62,5).

3.2 Normallik Testleri

Toplanan verilerin dağılımını incelemek amacıyla ilk ve son test ölçümlerinin normallik testleri yapılmıştır. Normallik testlerinin sonuçları Tablo 3.6 ve Tablo 3.7’ de ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Tablo 3.6 İlk Test Ölçümlerinin Normallik Değerleri

Ölçek	Alt Boyutlar ve Toplam Puanlar	Kolmogorov Smirnov ^a			Shapiro Wilk		
		St-1	Df	Sig.	St-2	Df	Sig.
KİDÖ	Özerklik	,132	28	,200*	,933	28	,073
	Mesleki İşlevsellik	,124	28	,200*	,932	28	,069
	Mali Konular	,180	28	,021	,804	28	,000
	Bilişsel İşlevsellik	,174	28	,029	,902	28	,013
	Kişilerarası İlişkiler	,097	28	,200*	,970	28	,577
	Boş Zaman Etkinlikleri	,235	28	,000	,842	28	,001
	Toplam Puan	,158	28	,071	,969	28	,567
RHİDÖ	Kalıp Yargıların Onaylanması	,141	28	,160	,914	28	,025
	Algılanan Ayrımcılık	,146	28	,134	,959	28	,334
	Yabancılaşma	,111	28	,200*	,957	28	,289
	Sosyal Geri Çekilme	,149	28	,115	,959	28	,328
	Damgalamaya Karşı Direnç	,201	28	,005	,931	28	,064
	Toplam Puan	,076	28	,200*	,977	28	,771
ÜBÖ	Kontrol Edilemezlik, Tehlike	,137	28	,189	,971	28	,603
	Bilişsel Güven	,120	28	,200*	,916	28	,028
	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,207	28	,003	,928	28	,053
	Olumlu İnançlar	,191	28	,010	,839	28	,001
	Bilişsel Farkındalık	,130	28	,200*	,972	28	,638
	Toplam Puan	,114	28	,200*	,982	28	,890
GT	Toplam Puan	,141	28	,160	,962	28	,394
YMDÖ	Toplam Puan	,245	28	,000	,681	28	,000
HDDÖ	Toplam Puan	,195	28	,008	,872	28	,003

Df: Serbestlik Derecesi, St-1: Statistic-1 (Kolmogorov Smirnov Değeri), ST-2: Statistic-2 (Shapiro Wilk Değeri),

Tablo 3.6’ da görüleceği üzere, ilk test ölçümleri verilerinin normal dağılıma uymadığı anlaşılmıştır. Son test ölçümlerinin verileri ise Tablo 3.7’ de gösterilmiştir.

Tablo 3.7 Son Test Ölçümlerinin Normallik Değerleri

Ölçek	Alt Boyutlar ve Toplam Puanlar	Kolmogorov Smirnov ^a			Shapiro Wilk		
		St-1	Df	Sig.	St-2	Df	Sig.
KİDÖ	Özerklik	,230	28	,001	,840	28	,001
	Mesleki İşlevsellik	,190	28	,011	,883	28	,005
	Mali Konular	,255	28	,000	,698	28	,000
	Bilişsel İşlevsellik	,158	28	,072	,888	28	,006
	Kişilerarası İlişkiler	,148	28	,120	,904	28	,014
	Boş Zaman Etkinlikleri	,229	28	,001	,857	28	,001
	Toplam Puan	,271	28	,000	,748	28	,000
RHİDÖ	Kalıp Yargıların Onaylanması	,150	28	,105	,903	28	,013
	Algılanan Ayrımcılık	,180	28	,021	,878	28	,004
	Yabancılaşma	,171	28	,036	,885	28	,005
	Sosyal Geri Çekilme	,133	28	,200*	,960	28	,351
	Damgalamaya Karşı Direnç	,124	28	,200*	,840	28	,001
	Toplam Puan	,138	28	,184	,883	28	,005
ÜBÖ	Kontrol Edilemezlik, Tehlike	,076	28	,200*	,698	28	,000
	Bilişsel Güven	,145	28	,136	,888	28	,006
	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,115	28	,200*	,904	28	,014
	Olumlu İnançlar	,160	28	,064	,857	28	,001
	Bilişsel Farkındalık	,151	28	,099	,748	28	,000
	Toplam Puan	,131	28	,200*	,903	28	,013
GT	Toplam Puan	,233	28	,000	,878	28	,004
YMDÖ	Toplam Puan	,108	28	,200*	,885	28	,005
HDDÖ	Toplam Puan	,181	28	,019	,960	28	,351

Df: Serbestlik Derecesi, St-1: Statistic-1 (Kolmogorov Smirnov Değeri), ST-2: Statistic-2 (Shapiro Wilk Değeri).

Tablo 3.7’ de görülen son test ölçümlerinin dağılımı da Tablo 3.6’ da bulunan ilk test ölçümlerinde olduğu gibi normal dağılmamaktadır. Çalışmanın ilk ve son test verilerinin normal dağılımları test edildiğinde bazı ölçümler için normal dağılım özellikleri sağlanmıştır ancak tüm ölçümler için normal dağılımın sağlanmadığı

görülmektedir. Bu doğrultuda toplanan verilerin non-parametrik analizler ile değerlendirilmesine karar verilmiştir.

3.3 Sosyal Biliş Üzerinde Etkili Olabilecek Değişkenlerin Analizi

Sosyal biliş üzerinde etkili olabilecek bazı değişkenlerin (manik-depresif ataklar, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve eğitim durumu) istatistiksel analizler Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

3.3.1 Manik Atak Sayısı

Tablo 3.8 Manik Atak Sayısı Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri

Mani (n)	Katılımcı (n)	Sıra Ort.	SD	χ^2	p
1	14	14,61	3	1,11	0,773
2	8	12,31			
3	3	13,5			
5	1	7,5			
Toplam		26			

Katılımcıların sosyal biliş düzeylerinin manik atak sayılarına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını anlayabilmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis testi sonucu arada anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir, ($\chi^2=1,11$, $sd=3$, $n=26$, $p>0.05$).

3.3.2 Depresif Atak Sayısı

Tablo 3.9 Depresif Atak Sayısı Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri

Depresif Atak (n)	Katılımcı (n)	Sıra Ort.	SD	χ^2	p
1	10	10,00	4	2,83	0,586
2	1	10,00			
3	1	7,50			
5	2	15,00			
6-10	9	14,28			
Toplam	23				

Katılımcıların sosyal biliş düzeylerinin depresif atak sayılarına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını anlayabilmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis Testi sonucu arada anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir, ($\chi^2=2,83$, $sd=4$, $n=23$, $p>0.05$).

Tablo 3.10 Karma Atak Sayısı Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri

Karma Atak (n)	Katılımcı (n)	Sıra Ort.	SD	χ^2	p
1	2	10,00	2	0,38	0,825
2	1	10,00			
3	1	7,50			
6-10	2	15,00			
Toplam	6				

Katılımcıların sosyal biliş düzeylerinin karma atak sayılarına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını anlayabilmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis testi sonucu arada anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir, ($\chi^2=0,38$, $sd=2$, $n=6$, $p>0.05$).

3.3.3 Hastalık Başlangıç Yaşı

Tablo 3.11 Hastalık Başlangıç Yaşı Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri

Hastalık Başlangıç Yaşı (n)	Katılımcı (n)	Sıra ort.	SD	χ^2	p
15-20	10	12,60	2	0,384	0,825
20-25	8	10,81			
25-30	5	12,70			
Toplam	23				

Katılımcıların sosyal biliş düzeylerinin hastalık başlangıç yaşına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını anlayabilmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis testi sonucu arada anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir, ($\chi^2=0,384$, $sd=2$, $n=23$, $p>0.05$).

3.3.4 Hastalık Toplam Süresi

Hastalık toplam süresi ile ilgili veriler Tablo 3.12’ de gösterilmektedir. Katılımcıların hastalık süreleri hastalığın ilk bir yılı ile on yıl ve üzeri süreler olarak kategorilere ayrılmıştır.

Tablo 3.12 Hastalık Toplam Süresi Açısından Katılımcıların Sosyal Biliş Düzeyleri

Hastalık Toplam Süresi	Katılımcı (n)	Sıra Ort.	SD	χ^2	p
0-1 yıl	3	11,33	4	3,235	0,519
13 ay-2 yıl	4	13,88			
25 ay 5 yıl	8	14,94			
61 ay 10 yıl	7	18,57			
10 yıl üzeri	6	11,17			
Toplam	28				

Katılımcıların sosyal biliş düzeylerinin hastalık toplam süresine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını anlayabilmek amacı ile yapılan Kruskal Wallis testi sonucu arada anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir, ($\chi^2=3,235$, $sd=4$, $n=28$, $p>0.05$).

3.4 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Mesleki İşlevsellik Üzerindeki Etkisi

SBET uygulaması öncesinde ve sonrasında mesleki işlevsellik düzeyinin anlaşılabilmesi için deney ve kontrol gruplarına Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) uygulanmıştır. KİDÖ ön test-son test sonuçları Mann-Whitney U ve Wilcoxon Testleri ile Tablo 3.13’ de gösterilmiştir.

Tablo 3.13 SBET Sonrasında Deney ve Kontrol Gruplarının İşlevsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması

KİDÖ Alt Boyutlar	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Toplam	Z	U	p	Eta squared (η^2)	d_{cohen}
Özerklik	Deney	12	9,83	118,00	-	40,000	0,006**	0,241	1,128
	Kontrol	16	18,00	288,00	2,747				
Mesleki İşlevsellik	Deney	12	6,71	80,50	-	2,500	0,000**	0,673	2,869
	Kontrol	16	20,34	325,50	4,421				
Mali Konular	Deney	12	10,92	131,00	-	53,000	0,033**	0,142	0,815
	Kontrol	16	17,19	275,00	2,137				
Bilişsel İşlevsellik	Deney	12	6,54	78,50	-	0,500	0,000**	0,702	3,07
	Kontrol	16	20,47	327,50	4,623				
Kişilerarası İlişkiler	Deney	12	7,83	94,00	-	16,000	0,000**	0,493	1,971
	Kontrol	16	19,50	312,00	3,879				
Boş Zaman Etkinlikleri	Deney	12	7,42	89,00	-	11,000	0,000**	0,556	2,239
	Kontrol	16	19,81	317,00	4,177				

*p<0.05, **p<0.01, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ).

KİDÖ deney grubu puanları kontrol grubu verileri ile karşılaştırıldığında mesleki işlevsellik (U=2,500, p<0.05), mali konular (U=53,000, p<0.05), bilişsel işlevsellik (U=0,500, p<0.05), kişilerarası ilişkiler (U=16,500, p<0.05) ve boş zaman etkinlikleri (U=11,000, p<0.05) alt boyutlarında anlamlı farklılıklar görülmüştür. KİDÖ alt ölçeklerinden yalnızca özerklik alt boyutunda bir farklılık olmamıştır (U=40,000, p<0.05). Etki büyüklüklerinin tüm alt boyutlarda kuvvetli olduğu anlaşılmaktadır.

Tüm katılımcıların işlevsellik düzeylerindeki iyileşmeler Tablo 3.14’ de bireysel olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak her katılımcının KİDÖ son test puanından ilk test puanı çıkarılarak işlevsellik alanlarındaki toplam puan farkları ilgili alt boyuttan alınabilecek minimum ve maksimum puanlarla karşılaştırılmıştır.

Tablo 3.14 SBET Sonrasında Deney Grubu İşlevsellik Düzeylerinin Bireysel Analizleri

Katılımcı	Grup	Özerklik	Mesleki İşlevsellik	Mali Konular	Bilişsel İşlevsellik	Kişiler arası İlişkiler	Boş Zaman Etkinlikleri	Toplam Fark
<i>KİDÖ Alt Boyutlar Minimum-Maksimum Puanlar:</i>								
		0-12	0-15	0-6	0-15	0-18	0-6	0-72
1	Deney	0.0	-13.0	-2.0	-2.0	-4.0	-3.0	-24.0
2	Deney	-3.0	-4.0	-1.0	-5.0	-4.0	-1.0	-18.0
3	Deney	-3.0	-15.0	0.0	-6.0	-13.0	-2.0	-39.0
4	Deney	-4.0	-10.0	-4.0	-14.0	-8.0	-4.0	-44.0
5	Deney	-2.0	-2.0	1.0	-13.0	-17.0	-5.0	-38.0
6	Deney	0.0	-1.0	-5.0	-5.0	3.0	-1.0	-9.0
7	Deney	-5.0	-7.0	2.0	-3.0	-7.0	0.0	-20.0
8	Deney	0.0	-8.0	-3.0	-5.0	-8.0	-1.0	-25.0
9	Deney	-6.0	-9.0	-6.0	-10.0	-10.0	-2.0	-43.0
10	Deney	-4.0	-9.0	-4.0	-14.0	-14.0	-3.0	-48.0
11	Deney	-5.0	-8.0	-1.0	-8.0	-5.0	-2.0	-29.0
12	Deney	0.0	-5.0	1.0	-8.0	-8.0	-3.0	-23.0

Not: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

KİDÖ puanlamasında işlevsellik açısından yaşanan zorlanmaların şiddeti (0) puan hiç zorlanma yok, (1) puan çok az zorlanma, (2) puan orta derecede zorlanma, (3) puan aşırı derecede zorlanma olarak yorumlanmaktadır. Puanlama doğrultusunda verilerin eksi puanlanmış olması işlevsellik alanlarında iyileşmeye işaret etmektedir.

3.5 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Sosyal Biliş Üzerindeki Etkisi

SBET grup müdahalesinin uygulandığı deney grubu ve kontrol grubu gözler testi son değerlendirmesinin puanlarını karşılaştırmak için bağımsız gruplar için Mann-Whitney U Testi analizi uygulanmıştır. İlgili sonuçlar Tablo 3.15’ de gösterilmiştir.

Tablo 3.15 SBET Sonrasında Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyal Biliş Düzeylerinin Karşılaştırılması

Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Toplam	Z	U	p	Eta squared (η^2)	Dcohen
Deney	12	20,96	251,50	-	18,500	0,000**	0,462	1,854
Kontrol	16	9,66	154,50	3,136				

*p<0.05, **p<0.01 Mann-Whitney U Testi Sonuçları.

Deney ve kontrol gruplarının sosyal biliş toplam fark puanları arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit edebilmek amacı ile yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grupların aralarında anlamlı farklılaşma olduğu görülmektedir (U=18,500, p<0.05). Etki büyüklüğü kuvvetli bulunmuştur (d=1,854>0,8). SBET uygulamasının deney grubu katılımcılarında mani, depresyon ve sosyal biliş düzeyleri açısından bireysel değerlendirmeleri ise Tablo 3.16’ da gösterilmiştir.

Tablo 3.16 SBET Sonrasında Deney Grubunun Mani, Depresyon ve Sosyal Biliş Düzeylerinin Bireysel Değerlendirmeleri

Katılımcı Numarası	YMDÖ Fark	HDÖ Fark	GT Fark
	Puan: 0-12	Puan: 0-53	Puan: 0-32
1	0.0	-2.0	0.0
2	-3.0	-4.0	4.0
3	1.0	-2.0	3.0
4	1.0	-2.0	1.0
5	0.0	-2.0	-1.0
6	0.0	0.0	1.0
7	-4.0	-2.0	4.0
8	0.0	-2.0	5.0
9	0.0	-2.0	12.0
10	-4.0	-15.0	5.0
11	0.0	-6.0	3.0
12	-2.0	-3.0	2.0

YMDÖ için alınabilecek maksimum puan 12 olarak belirlenmiştir, bu puan üzerine çıktığında hastanın mani döneminde olabileceği ihtimali doğar. YMDÖ

puanları azaldıkça ise hasta mani dönemi özelliklerini taşımamaktadır denebilir. Tablo 3.16’ dan anlaşıldığı üzere YMDÖ alanında dikkat çekici bir artış ya da azalış görülmemektedir.

HDÖ depresyonun genel değerlendirmesi için kullanılan, alınabilecek minimum puanın 0 maksimum puanın ise 53 olduğu bir ölçektir. HDÖ içinde puan arttıkça depresyonun derecesinin arttığı belirtilmektedir. Depresyon alanında dikkat çekici artışlar biri deney (Katılımcı-3) diğeri de kontrol grubunda (Katılımcı-9) olmak üzere toplam iki katılımcıda meydana gelmiştir. Depresyonun dikkat çekici biçimde azaldığı tespit edilen iki kişi (Katılımcı-3, Katılımcı-4) deney, iki kişi (Katılımcı-16, Katılımcı-17) kontrol grubunda olmak üzere toplam dört katılımcı vardır.

GT sosyal biliş ölçmede kullanılan ve kısa versiyonu 32 maddeden oluşan bir testtir. GT için alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 32’ dir. GT’ de puan arttıkça sosyal biliş alanının geliştiği söylenebilmektedir, bu anlamda pozitif puan artışları beklenilmektedir. GT sonuçlarına göre toplam on iki katılımcının puanlarında artış olduğu gözlemlenmiştir. Grupların uygulama sonrasında üst biliş açısından karşılaştırılması 3.17’ de verilmiştir.

Tablo 3.17 SBET Sonrasında Deney ve Kontrol Gruplarının Üst Biliş Açısından Karşılaştırılması

Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Toplam	Z	U	p	Eta squared (η^2)	d _{cohen}
Deney	12	9,54	114,5	-2,78	36,500	0,005	0,272	1,224
Kontrol	16	18,22	291,5					

*p<0.05, **p<0.01 Mann-Whitney U Testi Sonuçları.

Deney ve kontrol gruplarının üst biliş toplam fark puanları arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit edebilmek amacı ile yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (U=36,500, p<0.05). Etki büyüklüğünün kuvvetli olduğu anlaşılmaktadır (d=1,224>0.8). SBET sonrasında deney ve kontrol grubunun üst biliş düzeylerinin bireysel değerlendirmeleri ise Tablo 3.18’ de gösterilmektedir.

Tablo 3.18 SBET Sonrasında Deney Grubu Üst Biliş Düzeylerinin Bireysel Analizleri

Katılımcı Numarası	Kontrol Edilmezlik ve Tehlike	Bilişsel Güven	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Bilişsel Farkındalık	Olumlu İnanç	UBÖ Toplam Fark
	1-24	1-24	1-24	1-24	1-24	30-120
1	-4.0	1.0	3.0	0.0	2.0	2.0
2	-6.0	0.0	-2.0	1.0	0.0	-7.0
3	-2.0	0.0	1.0	-5.0	-1.0	-7.0
4	-3.0	-12.0	0.0	1.0	-1.0	-15.0
5	3.0	0.0	4.0	1.0	3.0	11.0
6	0.0	-6.0	-6.0	7.0	-1.0	-6.0
7	2.0	4.0	-5.0	-2.0	-4.0	-5.0
8	-2.0	-3.0	0.0	2.0	3.0	0.0
9	-2.0	-1.0	-2.0	-2.0	-2.0	-9.0
10	-3.0	-2.0	-3.0	-2.0	0.0	-10.0
11	2.0	0.0	-11.0	4.0	3.0	-2.0
12	1.0	-2.0	2.0	-2.0	0.0	-1.0

Not: Üst Biliş Ölçeği, Wilcoxon Testi.

3.6 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Damgalanma Üzerindeki Etkisi

SBET' nin damgalanma üzerindeki etkisini incelemek üzere deney ve kontrol gruplarına uygulama öncesi ve sonrası RHİDÖ (Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği) verilmiştir. Gruplar arası karşılaştırma MannWhitney-U Testi ile 3.19' de gösterilmiş, bireysel düzeydeki farklılıklar ayrı olarak 3.20' de belirtilmiştir.

Tablo 3.19 SBET Sonrasında Deney ve Kontrol Gruplarının Damgalanma Açısından Karşılaştırılması

Boyutlar	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	Z	U	p	Eta squared (η^2)	d _{cohen}
Kalıp yargıların onaylanması	Deney	12	13,04	166,50	-	78,500	0,405		
	Kontrol	16	15,59	239,50	0,833				
Algılanan Ayrımcılık	Deney	12	11,63	141,50	-	61,500	0,101		
	Kontrol	16	16,66	264,50	1,642				
Yabancılaşma	Deney	12	13,96	167,50	-	89,500	0,758		
	Kontrol	16	14,91	238,50	0,308				
Sosyal Geri Çekilme	Deney	12	14,79	177,50	-	92,500	0,867		
	Kontrol	16	14,28	228,50	0,167				
Damgalamaya Karşı Direnç	Deney	12	20,42	199,00	-	25,000	0,001*	0,388	1,592
	Kontrol	16	10,06	207,00	3,340				
RHİDÖ Toplam Puan	Deney	12	15,38	174,00	-	85,500	0,624		
	Kontrol	16	13,84	232,00	0,490				

p<0,005* MannWhitney-U Testi, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDO).

RHİDÖ Mann-Whitney U Testi sonuçlarına göre ise yalnızca damgalanmaya karşı direnç alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu göze çarpmaktadır. Damgalanma karşı direnç alt ölçeği diğer dört alt ölçeğin tersine bireyin damgalanmaya karşı direncini değerlendirmektedir. Ölçeğin bu alt boyutunda çalışma öncesine kıyasla damgalanmaya karşı dirençte bir artış gözlemlenmiştir. Damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun etki büyüklüğü de kuvvetli bulunmuştur ($d=1,592 > 0,8$). Deney grubundaki katılımcıların bireysel analizleri ise Tablo 3.20’ de yer almakta, bireylere göre sayısal değerleri hemen sonraki başlık altında ayrı ayrı dağılmaktadır.

Tablo 3.20 SBET Sonrasında Deney Grubu Damgalanma Düzeylerinin Bireysel Analizleri

Katılımcı No	Kalıp Yargılar	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Yabancılaşma	Damgalanmaya Karşı Direnç	RHİDÖ Toplam
Alt Boyutlar Minimum-Maksimum Puanlar						
1	0.0	-2.0	0.0	0.0	2.0	0.0
2	-4.0	1.0	-2.0	-2.0	6.0	-2.0
3	-1.0	1.0	-2.0	1.0	4.0	5.0
4	-1.0	-3.0	-3.0	-5.0	5.0	-6.0
5	-7.0	-5.0	-1.0	-4.0	2.0	-15.0
6	-2.0	-4.0	0.0	-1.0	7.0	0.0
7	2.0	4.0	-10.0	-3.0	7.0	-2.0
8	1.0	-2.0	0.0	-1.0	2.0	-3.0
9	0.0	0.0	-3.0	-4.0	0.0	-7.0
10	1.0	-5.0	3.0	1.0	6.0	4.0
11	-2.0	-3.0	1.0	1.0	2.0	-2.0
12	6.0	0.0	8.0	5.0	-2.0	16.0

3.7 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Bireysel Etkileri: İstatistiksel, Klinik ve Pratik Anlamlılık

Bu bölümde deney grubunda yer alan 12 katılımcının toplam 8 haftalık SBET grup sürecine ilişkin tüm verileri birleştirilerek bireysel görüşmelerinden elde edilen anlatımları istatistiksel, klinik ve pratik anlamlılıkları birlikte ele alınarak bireysel süreçleri tek tek değerlendirecektir. Katılımcıların istatistiksel değerlendirmesine göre işlevsellik alanlarında aldığı puanlar, katılımcı ile yapılan bireysel görüşmelerin ses kayıtları deşifrelerinden alınan sözel ifadeleri ile ele alınmıştır. Buna göre katılımcının işlevsellik alanlarına bakıldığında son testten çıkarılan ilk test puanlarının -12 (kazanım sağlanmış), +12 (kazanım sağlanmamış) puan aralığında bir değerde olması beklenmektedir. Sosyal biliş alanına yönelik puan farkı 0 ile 32 arasında değişmekte ve uygulama sonrasında katılımcılardan yapabilecekleri en yüksek puan farkı beklenmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ile ilgili toplam fark puanı ise 4 ile 91 puan arasında değişmekte, yüksek puan damgalanmanın fazla olduğunu göstermektedir.

3.7.1 Katılımcı-1 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-1' in genel işlevsellik alanlarından aldığı toplam puan farkı -24 olarak bulunmuştur. Katılımcının özellikle mesleki işlevsellik alanında -13 puan alarak diğer alanlara kıyasla en yüksek kazanımı bu alandan sağladığı anlaşılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ile ilgili toplam puan farkının ise 0 olduğu fark edilmiştir. Katılımcının damgalanma ve işlevselliğe dair gelişimi kendi cümleleri ile şu şekilde paylaşılmıştır;

“Güzel bir gelişme oldu yeni bir işe başladım, hastalığımla ilgili her şeyi anlatabildim ve hiç garip karşılamadı.”

Sosyal bilişle ilgili ise toplam puan farkının 0 olduğu, sayısal anlamda herhangi bir gelişme olmadığı görülmektedir. Katılımcının sosyal bilişle dair yorumları ise aşağıdaki gibidir.

“Beni şaşırtan en önemli şey karşımdakinin düşüncelerini düşünmeden hareket etmek, sonuca atlamamak. Bunlar sadece hasta olanlar için değil herkes için çok önemli. Bu yüzden gereksiz yere insanları kırıyoruz, kırılıyoruz, öfkeleniyoruz. Bunların önüne geçmek için çok önemli anlatımlarınız oldu, ben en azından aldım.”

3.7.2 Katılımcı-2 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-2' nin işlevsellik alanlarının tamamında olumlu yönde kazanım sağladığı görülmektedir. Katılımcı -5 puan farkı ile en fazla bilişsel işlevsellik alanında, en az ise -1 puan farkı ile mali konular ve boş zaman etkinlikleri alanlarında ilerleme kaydedebilmiştir. Toplam puan farkı 0 ile 72 puan aralığında beklenmektedir. Katılımcının toplam puan farkında -18 puan aldığı görülmüştür. Sosyal biliş alanına yönelik katılımcının duyguların işlendiği oturumdaki ifadeleri ise şöyledir:

“Şimdi bütün bunları düşününce şunu fark ettim. Çok panikliyorum ben, karşımdakinin suratını okuyamayınca hep panik halinde yaşıyorum insanlardan uzaklaşıyorum çünkü okuyamıyorum, ne tepki vereceğimi bilmiyorum, cümlelerim birbirine dolanıyor. Genelde eşimle oluyor. Ya susacağım ya da anlamaya çalışacağım halbuki karşımda adam nötr ben öyle mi böyle mi sürekli panik, çok yıpratıcı bir şey.”

Yüzdeki duygu ifadelerini okumakta zorlandığını belirten katılımcı tüm sürecin sonunda sosyal biliş dair özel hayatındaki gelişimi aktarmıştır:

“Eşim ile olan ilişkim daha düzeldi çünkü hem ona da birtakım şeyleri göstermiş oldum ve duygularımı sözcükler içinde ifade etmeye başladım hani şunu hissediyorum, şu an şu duygular içerisindeyim, bunları düşündüm ve böyle hissettim sende de öyle mi gibi anlamaya çalışarak, daha kolay bir şekilde iletişim kurabiliyoruz aramızda.”

Mesleki işlevsellik alanında uzun süredir herhangi bir işte çalışmadığı bilgisi alınan Katılımcı-2 bu konuya dair düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir;

“Benim yetersiz olarak gördüğüm, herkesin farklı yapabileceği şeyler olduğunu gördüm. Herkes aynı şeyi yapabilmek zorunda değil ve benim yapabileceklerim de belli; ben bir avukat olamam, bir yerde çalışamam. Bu benim aptallığımdan ya da hastalığımdan da kaynaklanmıyor sadece ben bu değilim. Benim yapabileceğim şeyler farklı; ben sanatla ilgilenebilirim mesela resim yapabilirim bunu görmemi sağladı.”

Katılımcı-2'nin özellikle bilişsel işlevsellik alanında SBET içerisinde yapılan empati çalışmaları ile kişilerarası ilişkilerini daha rahat düzenlediği söylenebilir. Sosyal biliş alanında katılımcının aldığı puan farkının +4 olduğu ve olumlu yönde gelişme gösterdiği söylenebilir. İçselleştirilmiş damgalanma ile ilgili puan farklarına bakıldığında ise toplam fark puanında -2 puanlık bir gerileme olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcı-2' nin uygulama öncesinde evden çıkmakta ve kalabalık ortamlarda zorlandığı bilinmektedir. Değerlendirme görüşmesinde buna dair yorumu ise şu şekilde olmuştur;

“Kendimi insanlardan çok izole etmiştim. Grup çok iyi geldi bu sayede bir şeyler yapabilmeye başladım, çok güzel bir deneyimdi. Grup öncesinde yalnızdım grup sayesinde yalnız olmadığımı gördüm bu benim için en değerli kazanımdı. Hepsi ile görüşmeye devam edebilir miyim bilmiyorum, görüşememe sebebim onları sevmediğimden değil sadece yaşam tarzından dolayı olur ama en azından mesela bir kişi benim için dost anlamını kazandı. İnsanlara biraz olsun tekrar güvenebilmeyi öğrendim.” Katılımcı-2 dışarı çıkmakla ilgili zorluğuna rağmen gruba her hafta

saatinde ve düzenli olarak gelebilmiş ayrıca oturum aralarında kalabalıkta sohbet ederek vakit geçirebilmiştir.

3.7.3 Katılımcı-3 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı 3' ün işe başlamak ve kişilerarası ilişkiler zorlandığı bilinmektedir. İşlevsellik alanlarına bakıldığında mesleki işlevsellik alanında -15, kişilerarası ilişkiler alanında -13 puan farkları ile bu alanlarda yaşadığı zorlanmaların büyük ölçüde üstesinden geldiği söylenebilir. Katılımcının işlevsellik alanları ile ilgili toplam puan farkı ise -39 olup şu açıklamalarda bulunmuştur;

“Daha farkında ve daha kararlıyım, kafam çok dağınıktı. Ne yönde ne olacak sorusu, kariyerimle ilgili pişmanlıklar vardı. Şimdi daha netleştirdim, iyi ki okumuşum beni de bu alanda mutlu edecek şeyler var ve ilerisinde bunu yapmak istiyorum çünkü birçok mezun arkadaşım ile karşılaştım. Mesleki açıdan, özel hayatımda birçok şeyin farkına varmamı sağladı.”

Sosyal biliş alanında ise toplam puan farkı +3 olarak görülmektedir. Katılımcının kendi sosyal biliş farkındalığının arttığı ifade ettiği şu cümlelerden anlaşılabilmektedir;

“Faydalı olduğuna ve olacağına inanıyorum. Benim için tek doğru o oluyor ve bunun tersi çıkması beni çok şaşırtıyor. Bu da sosyal hayatta birçok noktada hayal kırıklığı olarak karşıma çıkıyor. Yaşadığım hayal kırıklarını buna da bağlayabilirim demek ki. Özellikle tahmininize ne kadar para yatırırdınız diye bir soru vardı oyunda, ben çok riske girmediğimi düşünürdüm ama çok fazla yatırım yaptığımı görmüş oldum. Sezgilerimle aslında kumar oynuyorum demek ki.”

İşselleştirilmiş damgalanma ile ilgili toplam puan farkı +5 olan katılımcının damgalanma ile ilişkili olabileceği düşünülen anlatımı ise aşağıdaki gibidir; *“Bipolar hastalığa karşı bu kadar çeşitlilik olacağını bilmiyordum.*

Bipolar sanki benim karakterimin bir parçasıydı ama değil, bu benim hastalığım bunu fark etmemi sağladı. Farklı renkte insanlarla tanıştım, herkes birbirine son derece destekleyiciydi.”

3.7.4 Katılımcı-4 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-4' ün süreç öncesinde hem mesleki işlevsellik hem de damgalanmaya dair sıkıntıları olduğu bilinmektedir. İşlevsellik toplam puanın -44 olduğu görülen katılımcının özellikle -10 puan farkı ile mesleki işlevsellik, -14 puan farkı ile de bilişsel işlevsellik alanlarında olumlu anlamda gelişme sağladığı anlaşılmaktadır. Katılımcı işlevselliğinin artışı ile ilgili olarak şu yorumda bulunmuştur;

“Grup iyi gitti hatta kendi aramızda bir whatsapp grubu kurduk ki sıkıntılı anlarımızda birbirimize destek olmaya devam edelim. Yaşam tarzlarımız farklı olsa da ben yazdığımda benimle o derdi paylaşan bir insan direk ortak bir acısını, sıkıntısını anlatıp bende ki acıyı hafifletebiliyor. Öyle oldu birkaç kere yaşadım, onlardan da birkaç kişi yazdı ve ben dahil birkaç kişi o acıyı hafifletmeye çalıştı. Birbirimizin ortak acılarını, sıkıntılarını hafifletmeye çalışıyoruz ki bu bizim için aslında çok iyi bir şey. Yeni arkadaşlar edinmiş oldum, işimde de olumlu katkılarını görmeye başladım.”

Katılımcının sosyal bilişle ilgili toplam puan farkı ise +1 olarak gözlemlenmiş, kendisi ile ilgili fark ettikleri anlatımındaki gibidir:

“Şunu çok fark ettim ne kadar ki ben kendimi çok da sonuca atlayan biri olarak görmüyorum olsam da zaman zaman sezgi dediğim şeyin sonuca atlama olduğunu fark ettim. Doğru ya da yanlış zihnimin yaptığı bu oyunu fark ettim ve bu bana iyi geldi.” İçselleştirilmiş damgalanma ile ilgili toplam puan farkının -6 olduğu ve damgalanmanın kısmen de olsa azaldığı söylenebilmektedir. Katılımcının damgalanma ile ilgili cümleleri şu şekildedir;

“Hepimiz farklıydık baktığınız zaman hepimizin yaşantıları, kıyafeti işte sosyo ekonomisi vs. ama hepimiz bir aile gibi olduk ve herkes bu farklılıkları kabul etti. Farklı şeyleri yaşasak da insan olarak aynı duygulara sahibiz, mutluluğu da korkuyu da acıyı da neredeyse aynı şekilde hissediyoruz.”

3.7.5 Katılımcı-5 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-5' in işlevsellik alanları ile ilgili toplam puan farkının -38 olduğu ve en yüksek puan farkının bilişsel işlevsellik -13 puan farkı ve kişilerarası ilişkiler -17

puan farkı olduğu anlaşılmıştır. İşlevselliğe dair katılımcının sözel ifadeleri sayısal verileri de doğrular niteliktedir.

“Her şey iyi gidiyor. Olumsuz giden şeyler de oldu son zamanlarda mesela bilgisayar bozuldu ya da maddi sıkıntılar var ne yapacağız vs. normalde beni çok demoralize ederdi ancak artık üstesinden gelebilirim diyorum, bir şekilde halledeceğiz yani. Babamla olumsuz giden ilişkiye de farklı bir açıdan bakmaya başladım, farklı bir adım atmayı düşünüyorum. Yeni birileri ile karşılaşmada biraz çekingenlik hissediyorum hala, ama hep olan bir şey.”

Sosyal biliş ile ilgili toplam puan farkının -1 olduğu ve istatistiksel olarak bu alanda yeterli gelişme göstermediği söylenebilir. Katılımcının bu alana dair yorumu ise aşağıda belirtilmiştir;

“İnsanların yüzlerine baktığımda yanlış mı anlıyorum acaba, yanlış mı hissediyorum diye düşünüp hemen tepki vermemeye çalışıyorum. Duraksıyorum bazen bu kısmı korkutuyor, hata yapmak istemiyorum. Bakıyorum üzüntülü gibi belki de değildir diyorum, yakınlık dereceme göre karar veriyorum bunun için konuşmayı tercih ediyorum, hemen atlamıyorum.”

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puan farkının -15 olarak iyi bir kazanım olarak değerlendirilen katılımcının damgalanmaya dair yorumu şu şekilde olmuştur; *“Başka bir sürü şey olabilir, en önemlisi bu galiba. Onun da ne düşündüğünü anlamaya çalışmak ya da ne düşünüyorsam hemen atlamamaya çalışmak. Karşımdakinin ne düşündüğünü tam olarak bilemem sonuçta bunu içselleştirdim diyebilirim.”*

3.7.6 Katılımcı-6 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-6 işlevsellik alanlarından -9 toplam puan farkı almış, özerklik alanı dışında diğer tüm işlevsellik alanlarında kazanım sağlamıştır. İşlevselliğe dair gelişimini şu sözlerle ifade etmiştir;

“Hiçbir durumda aşırıya kaçmamak kısmı aklımda kaldı. Düşünsel olarak da aşırı kaçmamak, meseleleri küçültme kararı aldım. İşin mantık kısmındayım. Ayrıca

ailem karşı çıkmasına, ben de çok düşünmüş olmama rağmen engelli raporu alarak devlet bünyesinde bir iş aramaya karar verdim, bu da beni üzmedi aksine çok rahatlattı.”

Sosyal biliş alanında toplam puan farkının +1, damgalanma toplam puanın ise 0 olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumun katılımcının zaten var olan sosyal bilişsel yetileri ve damgalanmaya ile ilgili bariz bir probleminin olmaması açıklanabilir. Katılımcının yorumu ise şu şekildedir;

“İlk oturumlarda çok kasıldığımı ve gergin olduğumu fark ediyordum nedenini de şu şekilde açıkladım sonrasında. Ben bu hastalıkla birlikte anlatamayacağım birçok olumsuz şey yaptıysam bu insanlar ne yaptılar acaba diye düşündüm ve gerildim. Sonra bu yerini hastalığı ve karşımdaki kişiyi anlamaya bıraktı. Ben neden bipolarım? Buraları geçtim.”

3.7.7 Katılımcı-7 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-7’ nin boş zaman etkinlikleri dışında işlevsellik alanlarının tamamında olumlu yönde kazanım sağladığı görülmektedir. Özellikle mesleki işlevsellik ve kişiler arası ilişkiler alanları -7 puan farkı ile en çok kazanım sağladığı işlevsellik alanları olmuştur. İşlevsellikle ilgili katılımcının ifadeleri aşağıdaki gibidir;

“Benim beklentim bipolar olarak iş hayatına girişte neler yapabilirsiniz gibi bir şeydi ve çok bağlantı kuramadım ama sonra sonuca atlama, tutarsızlıklarımız, gamsız gamzeler, rol oyunları vs. ve günlük hayatımın bir parçası haline geldiler. Çok, çok keyifliydi. Şuna inanıyorum iş hayatına dokunur ya da dokunmaz muhtemelen bu bilgiler ben de olduğu sürece dokunacak.”

Sosyal bilişte ise toplam puan farkının +4 ile olumlu yönde olduğu görülmektedir. Katılımcının sosyal bilişe dair öğrendiklerinden kalan öznel değerlendirme aşağıdaki gibidir;

“Kendi düşüncelerimi fark edip, ben şimdi uçuyorum deyip yere böyle yumuşak bir iniş yapmama çok yardımcı oldu. Şeyi çok fark ettim ne kadar ki ben kendimi çok da sonuca atlayan biri olarak görmüyorum olsam da zaman zaman sezgi dediğim şeyin

sonuca atlama olduğunu fark ettim. Doğru ya da yanlış zihnimin yaptığı bu oyunu fark ettim ve bu bana iyi geldi. Galiba 8 haftanın sonucunda ben daha gerçekçi bir insanım, onu fark ediyorum.”

İçselleştirilmiş damgalanma ile ilgili toplam puan farkının -2 olduğu gözlenen katılımcının kendi ifadeleri ile birlikte düşünüldüğünde çok az da olsa damgalanma ile ilgili daha iyi hissettiği söylenebilir. *“Sizi çok yumuşak, çok sıcak buldum her zaman bize karşı çok şefkatliydiniz. Grupta da daha suskun arkadaşların daha konuşmaya meyilli olduğunu gördüm ve bu çok hoşuma gitti. Bağ kurduğumuzu hissediyorum.”*

3.7.8 Katılımcı-8 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-8’ in işlevsellik alanlarında aldığı toplam puan farkı -25 olup en yüksek puan farkının -8 puan farkı ile mesleki işlevsellik ve kişilerarası ilişkiler alanlarında olduğu görülmektedir. Katılımcının sözü edilen alanlara ilişkin yorumu sayısal verileri destekler niteliktedir.

“İşyerimde çok zor insanlarla çalıştım, hep korkarak çalıştım çünkü ne zaman sıkıntı çıksa beni başka bir şubeye gönderiyorlardı. Şimdi geriye dönüp baktığımda duygularımı daha iyi yönetseydim diyorum. Çok da üzülüyorum düşününce daha önce böyle bir grup çalışmasına katılsaydım onları yaşamazdım diyorum.”

Sosyal biliş ile ilgili toplam puan farkı +5, damgalanma ile ilgili toplam puan farkı ise -3 puan olarak sonuçlanmıştır.

“Burada öğrendiklerimi günlük hayatımda da uygulamaya başladım. Birlikte çalıştığım kişinin üzerinde çok fazla baskısı vardı onu hep beklemek zorundaymışım gibi gelirdi mesela geçen gün servisten inerken onu beklemedim ve yoluma devam ettim. Bu bile benim için büyük bir gelişme, sınır koyabiliyorum.”

3.7.9 Katılımcı-9 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-9’ un işlevsellik alanları ile ilgili oldukça zorlandığı, ailesi ile yaşadığı evde odasından dahi çıkamadığı bilinmektedir. Grup süreci ile birlikte genel işlevsellik alanlarında -43 toplam puan farkına ulaşarak günlük hayatında daha işlevsel olduğu vurgulanabilir. Katılımcı en yüksek puan farkını -10 puan farkı ile bilişsel

işlevsellik ve kişilerarası ilişkiler alanlarında kazanmış, -9 puan farkını ise mesleki işlevsellik alanında kaydetmiştir.

“Aşçılık yapıyordum önceden ama bu süreçte çok stresli olduğunu ve bana göre olmadığını fark ettim. Daha az stresli başka bir işin bana daha uygun olacağına karar verdim. Bu karar da beni bir nebze olsun daha rahatlatmış diyebilirim.”

Katılımcı sosyal biliş alanında +12 toplam puan farkına, damgalanma ile ilgili ise -7 toplam puan farkına sahiptir. Katılımcı grup sürecindeki bu kazanımları şu şekilde açıklamıştır;

“Davranışlarım sanki biraz daha düzeldi. Biraz daha bir şeyler kattığına inanıyorum. Duyguları ve düşünceleri çalışırken duyguları tam tanımlıyordum onu fark ettim. Gözlerle ilgili zorlanıyordum. Kendimi ifade etmekte halen zorlanıyorum, sanki konuşamıyordum gibi geliyor özellikle birine bakarken içime kapandığımı hissediyorum.”

3.7.10 Katılımcı-10 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-10' un grup süreci öncesinde özellikle iş yaşamında çektiği sıkıntılar oldukça yoğunken işlevsellik alanlarındaki toplam puan farkının -48 olarak iyileşme yönünde olduğu görülmektedir. Katılımcının işlevsellik alanlarına dair anlatımı aşağıdaki gibidir;

“Yaşam biçimimi değiştirmeye başladım, bakış açımı da değiştirmeye başladım ve bundan sonra yapacağım her şeyde de bunu tatbik edeceğim ve zorunda olduğumu da çünkü yapmazsam mutlu da olamam yani mutlu da olmak istiyorum en nihayetinde. Mutlu olamadığımda kendi içimde kargaşalar başlayacak; üzüntü, stres bunların içinde boğulup kalacağım ve en kötü durumla karşılaşacağım bunun için en nihayetinde düzgün gitmem gerekiyor. Bu durumda grubun bana kattığı en güzel şey hayata bakış açımı değiştirmesi.”

Katılımcının sosyal biliş ile ilgili toplam puan farkının +5 olduğu ve bu alanla olumlu kazanım sağladığı söylenebilir. Katılımcının sosyal bilişe dair öğrendikleri ifadelerinde de dikkat çekmektedir.

“Ben 10 senedir bu hastalıkla uğraşıyorum, ilk defa vücudumdaki sıkıntıların yavaş yavaş giderildiğini hissediyorum çünkü bilmiyordum bu hastalığı doğru düzgün. Bu ağrıların hep geçirdiğim burun ameliyatı ile ilgili olduğunu düşünüyordum, ona inandırmıştım kendimi çünkü. Gerçeklerin farklı olduğunu, öğrendiklerimle birlikte yaptığım hataları daha çok ediyorum. Aslında birçok şeyi yanlış yapıyormuşum ve bunları bildikten sonra yapmak akıl karı değil. Burada iyi şeyler yaşadım, inşallah devamı da gelir.”

İçselleştirilmiş damgalanma ile ilgili toplam puan farkının -10 olduğu ve damgalanma ile ilgili de daha iyi durumda olduğu gözlemlenen katılımcının konuya dair yorumu ise şu şekildedir;

“Bireysel terapilerde doktorumuzdan bize telkinlerde bulunuyor bunları yapmadığımızda bize bazı şeyler söyleniyor ama burada size bir kişi değil belki dört beş kişi o sorunla ilgili bir şeyler söyleyebiliyor. Doktordan farklı olarak yaşayan insanlardan duymak daha farklı bir etkiye sahip. Ben bu kadar dirayetli olduğumu biliyordum da tabi hastalıkla ilgili öğrendiğim şeyler, yaptığım hatalı şeyleri öğrendiğim zaman dedim ki gerçekten hata yapmışım. Bakış açımı değiştirmek benim için çok daha farklı şeylere sebebiyet verdi. Ben elimden geldiği kadar, aile ortamında zor durumlarda olmam rağmen burası beni iyi yerlere götürdü, bu grup.”

3.7.11 Katılımcı-11 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-11’ in işlevsellik alanları ile ilgili toplam puan farkının -29 olduğu ve birçok alanda kazanım sağladığı anlaşılmıştır. En yüksek kazanımı -8 puan farkı ile mesleki ve bilişsel işlevsellik alanlarında kaydettiği gözlemlenmiştir. İşlevselliğe dair katılımcının kendi ile ilgili fark ettiği kısımlar şöyledir;

“Spora başladım, bunun depresif durumuma da olumlu etkisi oldu. Grup terapisi bireysel terapime kıyasla daha etkili oldu diyebilirim. Kendinizi ister istemez kıyaslıyorsunuz diğer arkadaşlarımdan yaşadığı şeyleri duymak etkili oldu. Ben çok derin yaşadığımı düşünürdüm ama birkaç katılımcıya kıyasla kendimi takdir ettim. İş yaşamı ile ilgili sosyal ilişkilerdeki çatışmaları yönetmeyi öğrendiğimizi düşünüyorum. Ben buraya gelene kadar bu tarzda hiçbir şeye kafa yormamıştım.”

Katılımcının sosyal bilişle ilgili toplam puan farkının ise +3 olduğu ve kısmen de olsa gelişme gösterdiği söylenebilmektedir. Sosyal bilişle dair kendi kazanımları ile ilgili ifadeleri ise şu şekildedir;

“Düşünce karakterleri etkileyiciydi, tüm insanların bu bilgilerden faydalanmasını isterdim. Benden yaşça büyük ama bu bilgileri bilmeyen ne kadar fazla insan vardır diye düşünüyorum. Geldim ve bu yönden eksikimi giderdim diyebilirim. Bu konuyu daha fazla araştırmam gerektiğini düşünmeye başladım. Psikolojinin birçok şeyi önleyebileceğini fark ettim ve bu alana ilgim arttı. İçerikler, konular, tavsiyeler hepsi güzeldi. Topluluk önünde hep heyecanlanırdım burada onu da kırdım.”

İşselleştirilmiş damgalanmaya dair toplam puan farkının -2 olduğu fark edilmiştir. Katılımcının damgalanmaya dair yorumu aşağıdaki gibidir;

“Grup terapisi bireysel terapime kıyasla daha etkili oldu diyebilirim. Kendinizi ister istemez kıyaslıyorsunuz diğer arkadaşlarımla yaşadığı şeyleri duymak etkili oldu. Ben çok derin yaşadığımı düşünürdüm ama birkaç katılımcıya kıyasla kendimi takdir ettim.”

3.7.12 Katılımcı-12 Bireysel Değerlendirmesi

Katılımcı-12'nin yalnız yaşadığı, damgalanma ile birlikte işlevsellik alanlarının tamamında zorluk çektiği bilinmektedir. İşlevsellik alanlarına bakıldığında toplam puan farkının -23 olduğu ve uygulama öncesine göre yüksek oradan olumlu ilerleme gösterdiği anlaşılmaktadır. İşlevsellik alanlarında en yüksek puanları -8 puan farkı ile bilişsel işlevsellik ve kişilerarası ilişkiler alanında aldığı anlaşılmıştır. Katılımcının işlevselliğine dair gözlemlerinin yer aldığı yorumu şöyledir;

“Gruba katılmadan önce evden çıkmadığım yalnız bir hayatım vardı ama grup sayesinde her hafta buraya gelip benden çok farklı olmayan kişilerle karşılaşmak bana iyi geldi. Daha önce katıldığım grup terapilerinde daha psikotik kişiler vardı ve kendimi ait hissedemiyordum. Bu grup daha iyiydi o yüzden.”

Sosyal biliş alanında +2 toplam puan farkı elde eden katılımcının uygulamaya dair kendi gözlemleri şu şekilde olmuştur;

“Sohbet edebiliyorduk ama grup içinde sorduğum soruların anlaşılmadığını fark ediyordum. Dikkat eksikliğim de olduğu için oturumda çoğu zaman odaklanmada zorlandım. Bireysel terapiye ihtiyacım olduğunu fark ettim.”

Katılımcının içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili toplam puan farkı +16 olmuştur. Damgalanmanın kendi içinde grup sürecinin de sonlanması ile birlikte daha arttığı fark edilmiştir.



4 TARTIŞMA

4.1 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Mesleki İşlevsellik, Sosyal Biliş ve İçselleştirilmiş Damgalanma Üzerindeki Etkisinin Yorumlanması

SBET uygulaması sonrasında elde edilen bulgular katılımcıların mesleki işlevsellikleri ve bu bağlamda etkili olabileceği düşünülen sosyal biliş ve içselleştirilmiş damgalanma alanları değerlendirilecektir.

4.1.1 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Mesleki İşlevsellik Üzerindeki

Bipolar bozuklukta hastalığa özgü semptomlar iyileştirildiğinde dahi işlevsellik alanlarının aynı hızda eski haline gelemediği gözlemlenmektedir. İşlevsellik alanları arasında önemli bir yeri olan mesleki işlevsellik de özellikle hastalık sonrası benlik saygısının azalması, kişilerarası ilişkileri düzenlemede duygusal süreçlerin yönetilmesi gibi zorluklar sebebi ile durma noktasına gelebilmektedir.

SBET' in mesleki işlevsellik odaklı, toplam sekiz hafta olarak planlanan uygulamasında hedeflenen alanlardan mesleki işlevsellikğe yönelik bulgular bu bölümde yorumlanmıştır. Yapılan istatistiksel analizlerde SBET uygulaması sonrasında mesleki işlevsellik alanında anlamlı farklılıklar olduğu anlaşılmaktadır.

Genel işlevsellik alanlarının değerlendirildiği ölçek (KİDÖ) doğrultusunda elde edilen bulgulara SBET katılımcılarında mesleki ve bilişsel işlevsellik, özerklik, mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri boyutlarında anlamlı farklılık yaratarak gelişme sağlamıştır. Bilişsel becerileri gelişen ancak sosyal bilişi zayıf kalan kişilerin yaşadığı karmaşıklığın iş bulma ve bağımsız yaşama alanlarına etki etmesi önceki araştırmalar ile de tutarlı bulunmuştur (Lauren ve diğerleri, 2008). BB tanısı alan 117 hastanın katılım sağladığı bir başka araştırmada mesleki işlevsellik ve bilişsel işlevler arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmaya katılanların yarısından fazlasının işsiz olduğu ve mesleki işlevselliğin bilişsel işlevlerden özellikle sözel hafıza ile ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Dickerson ve diğerleri, 2004).

Mesleki işlevsellik özellikle katılımcının ücretli bir işte çalışabilmesi, kendisine verilen bir işi zamanında yerine getirebilmesi, eğitim süreci ile paralel bir iş yapabilmesi, mesleki tatmin ve işle ilgili sorumluluklarının altından kalkabilmesi gibi başlıklar altında incelenmiştir. SBET sonrasında üç kişinin (Katılımcı-1, Katılımcı-3, Katılımcı-6) işe başladığı, beş kişinin (Katılımcı-2, Katılımcı-5, Katılımcı-7, Katılımcı-9 ve Katılımcı-11) ise iş başvurusunda bulunduğu bilinmektedir. Katılımcı-2 mesleki anlamda kazandığı bireysel farkındalığını şu cümlelerle açıklamaktadır:

"Nasıl bir iş yapabileceğimi fark ettim. Kendimi gördüm, kendimi kabul ettim mesele bu. Ben ne kadar hastalığımla barışık olsam da yine gördüm ki henüz barışmadığım yerlerim varmış. Grup terapisi sayesinde daha da barıştım hatta daha da sevdim, kendime saygı duydum."

Bu araştırma kapsamında SBET' e dahil olan katılımcılardan herhangi bir işte çalışmaya devam eden ancak iş yaşamında damgalanma, kişilerarası ilişkiler ya da bilişsel yavaşlama gibi sebeplerle zorlanan üç kişi (Katılımcı-4, Katılımcı-8 ve Katılımcı-10) ise iş yaşamında güçlendiklerini ve bakış açılarının esneklik kazandığını ifade etmişlerdir. Süreç sonrasında iki katılımcının (Katılımcı-2 ve Katılımcı-5) mesleki kazanım sağlayacakları kurs vb. etkinliklere başladıkları bilinmektedir. Katılımcı-5 özellikle hastalığını anlatmakla ilgili çekincelerini yeni iş başvurusu sırasında deneyimlemiş ve şu sözlerle paylaşmıştır:

"Güzel bir gelişme oldu yeni bir işe başladım, hastalığımla ilgili her şeyi anlatabildim ve hiç garip karşılamadı."

SBET grup terapisinin mesleki ve sosyal yaşama olan etkisi ilgili araştırmalarda da öne çıkan bir konu olmuştur. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğun sosyal biliş çalışmaları ile daha kolay yönetilebilir hale geldiğini ve SBET' nin sosyal işlevselliği de arttırdığını vurgulamaktadır (Zhang ve diğerleri, 2019). BB ve iş kaybı ile ilgili bir çalışmada da ilaç tedavisi ile birlikte uygulanan grup terapisinin iş hayatı dahil olmak üzere sosyal hayatın tüm alanlarını iyileştirici etkisinin altını çizmiştir (Bowden, 2005).

İş yaşamındaki çoğu zorluk (sosyal stres faktörleri, çatışmalar, damgalanma...vb.) bipolar bozukluğun klinik semptomları dışında kişinin hastalık sürecini yönetmesini zorlaştıran faktörlerin başında gelmektedir. Bu anlamda alanyazında BB tanısı alan kişilerin klinik belirtiler dışında iş yaşamında yaşadığı problemleri inceleyen çok az sayıda bilimsel araştırmaya rastlanmıştır (Michalak, 2007; Canham, 2016). Bu araştırmaya katılan katılımcıların mesleki işlevsellikleri ile ilgili en önemli kaygılarından birinin ise iş yerinde atak dönemlerini yönetmek ile ilgili olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcı-15 iş yerinde yaşadığı atak dönemleri ile ilgili şu paylaşımda bulunmuştur:

"Çalışırken özellikle depresyondaysam, iş yerinde hiç kimse ile konuşmak istemiyordum. Tam tersine insanlardan uzaklaşmak en çok istediğim şeydi çünkü görüşmenin nasıl sonuçlanacağını bilmiyordum; depresyondayken karşımdakini dikkatlice dinleyemeyebilirim. Bu yüzden insanlardan uzaklaştığımda da benimle ilgili soğuk biri olduğumu düşündüklerine inanıyorum, bu da beni daha çok üzüyor."

Atak dönemleri sonrasında işlevselliği arttırmaya yönelik yapılan araştırmalar arasında sosyal bilişi geliştirmenin BB tanısı alan hastalarda atakları önleyici ve kişilerarası ilişkileri düzenleyici etkisinin olduğu görülmüştür. Sosyal biliş özellikle karşıdaki kişiyi dikkatlice dinleyebilme ile ilgili bir kısmı da içerdiği için atak dönemlerinde özellikle kişilerarası ilişkileri destekleyebilir (O'Donnell, 2017). SBET uygulaması sırasında Katılımcı-1' in sosyal bilişe dair aktardığı öznel paylaşımları konunun anlam ve önemini vurgular niteliktedir;

"Kendimde en çok eleştirdiğim hal mükemmeliyetçilikten dolayı bir işe çok fazla odaklanıp o anda işin gidişatını insanların duygu durumunun ötesinde tutmak. Yani, bir insan var karşınızda ve duyguları var. Bir iş var, yani iş geçecek tabi ki ama ben işin dışına çıktım. Bambaşka bir gerçeklikle söylüyorum ama iş yaşamının içerisinde böyle şeyler olup, üzüntüsünü yaşadığım çok oldu. Ama hiçbir şey aslına bakarsanız bir insanın duygusundan önemli değil."

BB tanılı kişiler iki uçta yaşadıkları duygusal iniş çıkışlarını iş yaşamında işin yapılış biçiminde de sergileyebilirler. Örneğin; verilen işin yapılış ve tamamlanma süresi kişinin ekip arkadaşlarından daha hızlı olduğunda grup içi uyumsuzluklar

oluşabilmektedir. Artan üretkenlik bazen iş yerlerinde görev tanımı dışında işlerin üstlenilmesi, sınırların aşılması gibi sonuçlar doğurabilir. Bu hızlı performans başlangıçta işverenler tarafından avantajlı ve olumlu bir özellik olarak görülebilse de uzun vadeli projelerde çalışanı tüketen bir temponun genel olarak tüm sonuca olumsuz etki edebileceği öngörülebilir. Stresin yönetilememesi ve neticede çalışan tarafından yapılan bir hatanın ani öfke ve ağlama krizleri ile sonuçlanması atakları tetikleyici unsurlar arasında sayılabilir. Dolayısıyla hipomani gibi görünebilen bu süreç sonuç itibari ile iş yerinde artan kaygı ve iş yerindeki kişilerarası problemlerle ilişkili olabilmekte ve sürecin tam tersine daha kaotik bir noktada tamamen durabilmektedir. Bipolar bozuklukta atakların iş yaşamında yarattığı etkiler kapsamlı bir doktora tezinin de konusu olmuş ve ayrıntılı incelenmiştir (Canham, 2016).

Bu duruma dikkat çeken başka bir araştırmada 52 BB tanılı hastanın dahil olduğu nitel bir araştırmada iş yaşamındaki problemler araştırılmıştır. Tematik analiz yöntemi ile BB tanılı hastaların iş yaşamına dair paylaşımlarının beş başlık etrafında toplandığına dikkat çekilmiştir. Çalışmada iş yaşamında sürekliliğin sağlanamaması, iş kayıpları, iş yerinde hastalık yönetme stratejileri, damgalanma ve ifşa olma ve kişilerarası problemler önemli başlıklar olarak ön plana çıkmaktadır. Araştırmaya katılan 9 kişi iş yerinde hipomani döneminin bazı zor durumlarda çözüme yönelik kolaylık sağladığından bahsetmiştir. Katılımcılara göre özellikle bitmeyen işler ya da uzun süre çözümü bulunamayan sorunlar hipomani dönemi içerisinde bir gün içinde halledilebilmektedir. Depresyon döneminin ise enerji azlığı, zihinsel süreçlerin yavaşlaması, uyku saatlerinde düzensizlik...vb. semptomlarla iş yaşamını zorlaştırdığı ifade edilmiştir (Michalak ve diğerleri, 2007).

SBET içerisinde “Sonuçlara Atlama” başlığı ile ele alınan bu hızlı düşünce yapısının olumsuz etkilerini azaltabilmek adına SBET üçgeni kullanılarak doğru stratejiler üzerinde çalışılmıştır. Katılımcı-3 bu tekniklerle ilgili kendi deneyimini şu cümlelerle paylaşmıştır:

"Benim için SBET üçgeni ve sonuca atlama çok önemliydi. Bir şeyler düşünürken sonuca mı atlarız mesela bir oyun oynamıştık bununla ilgili ve bu oyunda ben kaybettim. Sosyal hayatımda da bir şeyden çok emin olunca gerçekten çok emin olmuş gibi hissediyorum ve genellikle yanılıyorum." Sonuca atlama için grup

etkileşimi sırasında konuşulan bir başka örnekte de iş yerinde toplantılarda konuşan bir kişiyi sonuna kadar dinlemenin zorluğundan bahsedilmiştir. Katılımcılar karşılarındaki kişiyi uzun süre dinlerken çoğu zaman sıkıldıklarını ve konuşma sona ermeden sonuca varmak için çeşitli yollara başvurdıklarını anlatmışlardır. Bazen konuşan kişinin sözünü kesmek ya da yeterince dikkatli bir dinleme olmadığı için yanlış anlaşılmalara olması ve sıkılma belirtilerinin yüze yansması iş yerindeki kişilerarası ilişkileri olumsuz etkileyen yanlardan biri olarak sayılabilir.

Sonuca atlama iş yaşamı içinde hızlı düşünmek ve zaman tasarrufu tarafından ele alındığında avantaj gibi görünse de çalışanları ruhsal açıdan tüketmektedir (Bowden, 2005). Özellikle BB tanısı alan kişilerin zihinsel çağrışımları fazla olduğu için sadece sonuç odaklı düşünmek uzun vadede süreçle ilgili işleyin ve duygusal farkındalığının azalmasına yol açabilir. Doyumsuz biçimde işten işe geçmek gibi sürekliliğin olmadığı kısa süreli iş deneyimleri, hiçbir iş deneyiminin tatmin sağlayamadığını düşünerek karamsarlığa kapılmak da BB tanılı kişilerin mesleki işlevsellikleri ile yakındıkları meselelerden bazılarıdır. Bu bağlamda duyguların sonuca atlama açısından düşünce ve davranıştan daha hızlandırıcı etkisinin olduğu kanısına varılmıştır. Duyguları fiziksel (duyguların kişilerin yüzüne nasıl yansıdığı) ve ruhsal (özel deneyimler) açıdan ayrıntılı çalışmak sonuca atlamayı azaltıcı etkidedir. Bu açıdan Katılımcı-3'ün paylaşımı dikkat çekici bulunmuştur:

"Uyguladığınız teknikler birçok karmaşık düşüncemi basitleştirmeme, netleştirmeme yardımcı oldu. Uzun zaman sonra beklediğim mezuniyet işlemlerimi sonunda tamamlayabildim ve birkaç iş başvurusunda bulundum, cevap bekliyorum."

İş yaşamında duyguların yönetilmesi daha etkin bir ruhsal konumlanıştan itibaren ele alındığında sosyal ve mesleki alanlarda da olumlu yansımalarına rastlanılabilir. SBET sonrasında Katılımcı-2 ve Katılımcı-3'ün iş yerinde kişilerarası ilişkilerinde daha rahat olması ve Katılımcı-20'nin ise iş arkadaşları ile daha rahat göz kontağı kurabilmesi değerlendirme görüşmelerinden elde edilen olumlu yansımalarındandır. BB söz konusu olduğunda mesleki işlevselliğin hastalıkla ilgili birçok temel meseleyi (damgalanma algısı, kişilerarası ilişkiler, özerklik, benlik saygısı, sonuca atlama, sosyal biliş) barındırması, tedavi uyumunu ve iyileşmeyi hızlandırmak için oldukça önemli bulunmuştur. Bu araştırma kapsamında SBET'in

BB tanılı hastalarda tedavi sürecine dahil edilmesinin mesleki işlevselliği desteklediği görülmüştür.

4.1.2 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Sosyal Biliş Üzerindeki Etkisi

Araştırmaya dahil olan katılımcıların birçoğu başlangıçta ve süreç içerisinde daha iyi olduklarından ancak dikkatlerinin çabuk dağıldığından bahsetmektedir. Özellikle bir filmi sonuna kadar izleyebilme ya da kitap okuma yaygın olarak zorlandıkları alanlar arasında sıklıkla duyulmaktadır. Dikkat ve konsantre olamamakla ilgili gözlemlenen bu yavaşlama zihinde sadece öğrenme alanlarını ve düşünceleri değil aynı zamanda duygularla ilgili kısmı da olumsuz etkilemektedir. Öyle ki duygular zihinsel işleyişte karar verme ve sonuca varma noktalarında düşünceler kadar önemli rol oynarlar. Bu araştırma kapsamında SBET sonrasında katılımcıların büyük çoğunluğunda sosyal bilişin daha iyi bir seviyeye geldiği söylenebilir (bkz. Tablo 3.). Süreç sonunda yapılan değerlendirme görüşmelerinde sosyal bilişin arttığı gözlemlenen katılımcıların kişilerarası ilişkilerinde de daha iyi oldukları dikkati çekmiştir. Bu gelişme literatürde bulunan önceki SBET uygulamaları ile de tutarlı bulunmuştur (Penn ve diğerleri, 2007; Robert ve diğerleri, 2009; Taş, 2011; Hasson-Ohayon ve diğerleri, 2014; Zhang ve diğerleri, 2019).

Sosyal bilişin sosyal hayatı etkilediği ve SBET uygulamaları sonrasında sosyal bilişin güçlenmesi ile birlikte sosyal hayatta da iyileşmeler olduğu gözlemlenmiştir. Zihinsel olarak duygularla ilgili bir alanın hasar görmesi bipolar bozukluğun bir tür duygudurum bozukluğu olmasının yanında sadece atak dönemleri ile sınırlandırılmayacağının da altını çizmektedir. Bu açıdan duygular sadece atak dönemlerinin değil, ötimik dönemlerin de tedavi hedeflerinin başında ele alınması gereken konuların başında yer almıştır (Lahera ve diğerleri, 2013).

Peki sosyal biliş zihinsel işleyişin diğer alanlarını (dikkat, hafıza, yürütücü işlevler...vb.) nasıl etkilemektedir? Sosyal biliş zihinsel bir işleyişi (başkalarının duygu, düşünce ve davranışlarını anlayabilme) ifade ederken aynı zamanda beyinde düşüncelerden sorumlu bulunan bir alan olarak da tanımlanmıştır (Torrey, 2018: 68). Bu açıdan sosyal biliş aynı zamanda zihnin kalıtsal ya da ataklardan dolayı (manik ve depresif) zarar görmüş olabileceği düşünülen faktörler ile ilişkilendirilerek elde edilen bulgularla değerlendirilecektir. Genel olarak hastalık başlangıç yaşı ve süresi,

atak sayısı, düşünce yapısı (şüphecilik ya da paranoya hali) olarak sıralayabileceğimiz bu faktörler sosyal biliş kavramı ile birlikte tartışılacaktır.

Bu araştırmada hastalık başlangıç yaşının ve süresinin sosyal biliş düzeyi ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulgusuna rastlanmıştır (bkz. Tablo 3.11 ve Tablo 3.12). Atak sayısı ve sosyal biliş arasındaki ilişkiye dair diğer araştırmalarda hastaların remisyonda iken dahi genel işlevsellik alanlarında yaşanan zorlanmalara yönelik çeşitli açıklamalar sunmaktadır. Bilişsel belirtilerin genetik tarafının özellikle hastalık başlangıcında da bulunduğu, hastalık süresi ve atak sayısı gibi belirtilerin artması ile bellekte ve motor hareketlerde yavaşlamanın da gözlemlendiği belirtilmiştir (Bora ve diğerleri, 2008).

Araştırma bulgularının gösterdiği üzere katılımcıların daha önce geçirmiş olduğu atak sayısının da niteliğine bakılmaksızın (manik, depresif ya da karma atak) sosyal bilişi etkilemediği sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 3.8, Tablo 3.9 ve Tablo 3.10). Remisyonda olan hastaların bilişsel bozulmaları kalıntı belirtilerle ilişkili olarak psikososyal işlevsellikte düşüşe mi neden olur yoksa tam tersi de olabilir mi sorusuna yanıt arayan birçok araştırmada ise depresif atakların bilişsel bozulmalarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Kaya ve diğerleri, 2009).

Alanyazında bipolar bozukluğun depresif atak zamanlarında bilişsel bozukluklara rastlanılmadığına dair araştırmalar da bulunmaktadır. Depresif dönemdeki BB hastalarının ötimik dönemdeki hastalarla bilişsel işlevselliğin karşılaştırıldığı araştırmalar incelenmiştir. Özellikle bipolar bozuklukta ötimik dönemlerde de dikkatin bozulduğu ve karar verme süreçlerinin olumsuz yönde etkilendiği bulgusuna ulaşılmıştır (Bodnar ve Rybakowski, 2017).

2013 yılında İspanya’da yapılan bir araştırmada ise BB tanısı alan hastaları yüzdeki ifadelerle beliren duyguların anlaşılması, tanımlanması ve ayırt edilmesi ile ilgili değerlendirmiştir. Sonuçlar bu araştırmaya paralel biçimde bipolar bozukluğun sosyal bilişin duyguları algılama boyutunda bozulmalar olduğunu gösterirken, BB-I ve BB-II tanısı alan hastaların sosyal bilişteki bozulma açısından benzerlik taşıdığını iddia etmektedir (Tablo 3. ve Tablo 3.). BB-I ve BB-II tanısı alan hastaların sosyal biliş açısından benzerlik taşıyan zorlantılar yaşaması sosyal bilişin özellikle depresif

ataktan etkilendiği ya da manik atağın sosyal biliş alanına zarar verdiği yönündeki tartışmalara farklı bir yorum getirmiştir (Benito ve diğerleri, 2013).

Amerikan Psikiyatri Dergisi tarafından yayımlanan başka bir araştırmada ötimik ve depresif dönemdeki BB hastalarının bilişsel açıdan farklılık göstermediğini savunmaktadır. Araştırmada depresif, manik ve ötimik dönemde olan BB tanılı hastalar klinik evrelerine göre üçe ayrılmış ve BB tanısı olmayan sağlıklı kontrol grubu ile bilişsel işlevler açısından karşılaştırılmıştır. Bilişsel bozulmanın özellikle sözel hafıza ve yürütücü işlev alanlarında kontrol grubundan belirgin olarak daha zayıf bir performans sergilemiştir. Bu açıdan sonuçlar yine BB tanılı hastaların klinik evrenin türüne bağlı olmaksızın bilişsel olarak zarar gördüğüne işaret etmektedir. Aynı araştırmada BB-I ile BB-II tanısı alan hastalar klinik evreler açısından karşılaştırıldığında ise geçirilen manik atak sayısının bilişsel bozulmaların yoğunluğu anlamlı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bilişsel bozulmalarla birlikte yeni öğrenilen herhangi bir bilgiyi akılda tutmakta zorlanan hastaların özellikle mesleki işlevsellik alanından çekildiği de sonuçlara eklenen bir başka veridir (Martínez-Arán ve diğerleri, 2004).

Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir başka araştırma kapsamında bipolar bozukluğun zihin kuramı ve klinik özelliklerle ilişkisi incelenmiş, diğer araştırmalarla tutarlı bir şekilde sosyal bilişin atak dönemlerinden bağımsız olarak bozuk olduğu gözlemlenmiştir. Aynı araştırmada sosyal bilişteki bu bozulmanın tanı almadan önce hastalıkla ilgili belirleyici bir faktörlerden biri olabileceği de belirtilmiştir (Budak ve diğerleri, 2019).

BB tanısı almadan önce sosyal bilişte bir bozukluk olması özellikle hastalığın genetik yatkınlığıyla ilişkilendirilmiştir (Bora ve diğerleri, 2008). Diğer taraftan bu çalışmada sosyal biliş ve klinik özellikler arasındaki bağlantı yalnızca eğitim durumu ile ilişkili olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim durumunun bilişsel süreçlerle ilişkisinin karşılaştırıldığı bir başka araştırmada da bulgular benzer biçimde sosyal biliş düzeyinin eğitim seviyesinden etkilendiği yönündedir (Lahera ve diğerleri, 2012).

Hastalıkla ilgili yaş, süre ve atak sayısı faktörlerinin diğer araştırmaların aksine bu çalışma kapsamında istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermediği

anlaşılmıştır (Bkz. Tablo 3.8, Tablo 3.9, Tablo 3.10, Tablo 3.11, Tablo 3.12). Bu durumun örneklem sayısının azlığı ile ilgili olabileceği diğer araştırmalarda da vurgulanmaktadır (Bora ve diğerleri, 2005; Budak ve diğerleri, 2019).

Düşünce yapısındaki değişiklikler de sosyal bilişi etkilemektedir. Örneğin; BB tanısı alan hastalardaki bilişsel hataların nedenlerinden birisi de önyargılı düşünce biçimidir. Özellikle paranoid düşünce yapısı olumsuz deneyimler sonrasında bireyin başkalarını suçlamak için esnek olmayan düşünce eğilimi ile ilişkili olabilmektedir. Bu duruma örnek olarak Katılımcı-2' nin ifadesi dikkat çekmektedir:

“Şüpheli duygularla; paranoyaklığım yoktur ama belirsiz durumlar, mantığıma uymadığı zaman arıza veriyorum orası kesin. Özellikle yüksek sesler ve tanımadığım birinin bana ismimle hitap etmesi beni dehşetlere düşürebilir. Karşımdaki kişinin aklını okuyamamak ya da yaptığı hareketin mantıksız olması, anlamlandırılmaması beni kontrolden çıkarıyor.”

BB tanılı hastaların pek çoğunda ruhsal güvensizliklerle birlikte şüphencilik ya da daha şiddetli versiyonu olan paranoya hali sosyal yaşam ile olan her türlü ilişkiyi azaltabilmektedir (Sakarya ve Devrimci, 2014). Bipolar bozuklukta belirsiz durumlarda şüphe ve kuşku artarak devam ettiğinde paranoya başlayabilmektedir. Paranoya ile baş edebilmenin stratejileri araştırma kapsamında ele alınmış, katılımcıların paylaşımları doğrultusunda örnekler üzerinde paylaşılmıştır. Başka tahminler üretme, gerçekleri tahminlerden ayırma, daha fazla kanıt toplama gibi stratejiler SBET programı içerisinde katılımcılara aktarılmıştır. Bu stratejiler aynı zamanda belirsiz durumların bir tür paranoya tablosuna dönüşmesini engellemeye yönelik geliştirilmiş araçlardır. Tablo 2.3 ve Tablo 2.4 bu stratejiler ile ilgili oturumlarda çalışılan örnekleri içermektedir.

SBET bipolar bozukluğun duygusal iniş çıkışlarını içerikte yer alan birçok başlıkla birlikte ele alır ve hızlanan duygusal ve düşünsel sistemlerin sonuca atlamayı yavaşlatmasına yönelik egzersizler içerir. “Sonuçlara Atlama” başlığı ile birlikte SBET üçgenine geri dönerek düşünceler boyutunda dedektifler gibi birtakım düşünce stratejileri geliştirilir. Düşünce stratejilerinin temelinde zihinsel olarak hızlanan bu döngünün (duygu-düşünce-davranış) yavaşlatılması ve sakinleşmesi hedeflenir. SBET

üçgeni ise duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişkiyi birbirine bağlayabilecek farklı nedenleri vurgulayarak öngörü esnekliğini arttırmaktadır. İlk oturum bu üçgeni tartışırken katılımcıların esnekliklerini arttırabilmek adına olası satır başlarını içeren örneklerden oluşmaktadır. Bu model tüm SBET oturumları süresince hastaların kendi yaşamlarına aktarabilmeleri için birçok kez paylaşılarak pekiştirilir (bkz.Şekil 2.1).

Katılımcı-3 düşünce yapıları ile ilgili öznel deneyimini şu şekilde paylaşmıştır: *"Düşünce yapılarını hayali karakterlere bürümeniz (Suçlayıcı Selçuk, Hatalı Hasan ve Gamsız Gamze) zihnimden geçenleri daha hızlı fark etmemi sağladı, işimi kolaylaştırdı diyebilirim. Bu da genel yapımı fark ettirdi, bu karakterler baskın bir şekilde zihnimde tekrar ediyorlar. Ben bunun çok farkında değildim, bu kalıpları uzun cümlelerle açıklamaktansa daha kısa isimler vermek rahatlattı beni. Grup terapisi de bunu epey sağladı."*

Cinsiyetin bipolar bozuklukta bilişsel işlevlere etkisinin araştırıldığı bir araştırmada erkek hastaların kadın hastalara göre daha geride bir performans sergilediği gözlemlenmiştir. Genetik aktarım konusunda BB tanısı almayan birinci derecede akrabalar bilişsel olarak değerlendirildiklerinde benzer bilişsel kayıplar olduğu ortaya çıkmıştır. Bilişsel kayıpların BB için işlevselliği etkileyen birçok belirtinin önüne geçmesi ile özellikle psikoterapi alanında çalışılması gereken başlıklardan biri haline gelmiştir (Atagün ve diğerleri, 2010).

Sosyal biliş bir başka tanımı ile sosyal dünya hakkında düşünme şekillerimiz olarak özetlenebilir. Sosyal biliş ile geliştirilen düşünme biçimleri ise otomatik, bilinçdışı (yani istemsiz ve kontrolsüz) oluştuğunda varsayımlar üzerinden birçok iletişim hatasına yol açmaktadır (Aronson ve diğerleri: 121). Sezgisel bir tür düşünme biçimine dönüştüğünde ise BB temelinde paranoyaya dönüşerek kişilerin kaygı düzeyini arttırmaktadır. BB çerçevesinde sosyal bilişin geliştirilebilir bir alan olarak tedaviye dahil edilmesinin iyileşme sürecine katkı sağlayabileceği sunucuna varılabilir.

4.1.3 Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Damgalanma Üzerindeki Etkisi

Damgalanma ya da dışlanma, ruhsal hastalıklarda sıklıkla görülen, sadece hastaların değil hasta yakınlarının da yaşadığı zorluklardandır. Bunun yanı sıra alınan psikiyatrik tanının damgalayıcı yönü toplumsal dilde ne derece yerleşikse damgalanmanın yarattığı duygu da paralel bir şekilde artmaktadır. Damgalanmanın yaşanan somut bir durum olmasına bağlı olmaksızın öncelikle kişinin kendisinden (içselleştirilmiş damga) ve ailesinden başlayarak toplumsal mesafeyi arttırdığı söylenebilir (Taşkın, 2007).

Mani atağı nedeniyle çalışmayı tamamlayamayan ancak damgalama ile ilgili paylaştıklarının önemli olduğu düşünülen bir kişinin konu ile ilgili anlatımı da damgalamanın mesleki taraftaki bir yansıması olarak düşünülebilir. Katılımcı çalıştığı kurumsal bir yerde yönetici pozisyonunda iken atak sırasındaki dikkat çekici davranışları iş yerindeki kamera kayıtlarından alınarak daha üst düzey kişilere ile paylaşılmış ve katılımcının işinde geri pozisyona çekilmesi ile sonuçlanmıştır. Yaşanan ataklar ve iş yerindeki bu ifşa durumu sonrasında aile ilişkileri bozuk, yalnız yaşayan ve atak döneminde yaptığı aşırı harcamalar sonucunda borçlarını ödemek için mevcut işine devam etmek zorunda kalan kişi hastalığı ile ilgili maddi manevi kayıplar yaşadığını anlatmıştır. Bahsi geçen kişinin yaşadıklarına benzer vakalar literatürde de görülmektedir. Şizofreni tanısı alan hastalarla ile yapılan SBET uygulamalarında sosyal algının güçlendiği, atıf yanlılığı ile ilgili ayıplanma ve öfke duygularının bilişsel esneklikle birlikte azaldığı belirtilmiştir (Comb, 2007; Roberts ve diğerleri, 2014; Voutilainen ve diğerleri, 2016).

Mesleki işlevsellik ve damgalanma boyutu BB tanısı alan hastalarla yapılan görüşmelerinden elde edilen verilerle önemli bir boyuta daha ulaşmıştır. Başka bir araştırmaya katılan on beş BB tanılı katılımcı iş kaybı, terfi alamama, kariyerlerinde geri pozisyonlara çekilme gibi durumların damgalanma ile ilişki olduğunu savunmuştur. Aynı araştırmadaki üç katılımcı ise atak sonrası işe dönmekle ilgili yoğun utanç duygusu ile baş etmekte zorlandığını anlatmıştır. Toplam elli iki katılımcıdan sadece bir tanesi iş yerinde hastalığıyla ilgili herhangi bir sorun yaşamadığını belirterek kendisini bu açıdan şanslı bulduğunu söylemiştir (Michalak, 2007).

Katılımcı-5 "Bir şeyler öğrendim galiba ve en önemlisi de şu oldu; karşı tarafın da kafasından bir şeyler geçiyor olabilir, o sana o tepkiyi verdi ama başka bir şey den dolayı o tepkiyi vermiş olabilir, seni sevmediği ya da incitmek istediği için değil."

Damgalanma ile ilgili bulgular incelendiğinde ise sadece damgalanmaya karşı direnç alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmıştır. Puanlama aşamasında ters puanlama yöntemi kullanılan bu alt boyutta katılımcıların grup deneyimlerinde kendileri ile aynı tanıya sahip kişilerle bir arada olabilmeleri sağlanarak damgalanmaya karşı güçlendikleri söylenebilir. Ülkemizde 70 kişinin katıldığı başka bir araştırmada da BB tanısı aldıktan sonra başlayan damgalanma hissinin işlevsellik üzerindeki etkilerine bakılmıştır. Bu araştırmada sonucunda da damgalanmanın özellikle içselleştirilmiş boyutunun benlik saygısında yarattığı yıkımla sosyalleşmeyi etkilediği görülmüştür. Benlik saygısını güçlendirmek için ise öncelikle kişinin kendisi ile olan ilişkisinin düzenlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bireyin kendi ile olan ilişkisi en temelde bireysel psikoterapinin çalışma alanlarından biri olmakla birlikte grup terapisinde de ele alınabilmektedir (Aydemir, 2013).

Katılımcı-12'nin grup sürecinin bitmesi ile birlikte damgalanma hissinin daha artmış olması güvenli bulduğu bir ortamı kaybetmenin getirdiği olumsuz bir duygulanım olarak düşünülebilir. Bu bağlamda yapılan son değerlendirme görüşmesinde bireysel psikoterapiye başlama kararı alması da grup sürecinin olumlu sonuçlarından biri olarak görülebilir. Algılanan damgalanma üzerinde 50 BB tanısı alan kişinin dahil olduğu başka bir çalışmada hastaların yarısından fazlasının hastane yatışının kendilerini sosyal çevrelerinde daha az ciddiye alınır biri olarak gösterdiğine inandığını belirtmiştir (Nilsson ve diğerleri, 2016). Bu bulgunun Aydemir (2013) tarafından yapılan araştırmanın bulgularına paralel olarak içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek düzeyde sosyal anksiyete ile doğru orantılı olduğu sonucunu bir kez daha vurguladığı söylenebilir (Aydemir, 2013).

Katılımcıların grup deneyimlerinde kendileri ile aynı tanıya sahip hastalarla bir araya gelmeleri damgalanmaya karşı güçlendirme sağlamış olabilir. Damgalanmanın aynı zamanda içselleştirilmiş boyutunun çalışılması ile birlikte bu olumsuz sürecin baş edilebilir bir noktaya gelebileceğini belirten araştırmalar mevcuttur. Hastalığın kabulü ile yakından ilişkili olan içselleştirilmiş damgalanmanın grup içinde kısmen de olsa

olumlu hale geldiği Katılımcı-6' nın *“Sonra bu yerini hastalığı ve karşımdaki kişiyi anlamaya bıraktı. Ben neden bipolarım? Buraları geçtim.”* ifadesi ile daha iyi anlaşılmaktadır.”

Damgalanmanın kişilerarası boyutunun çalışılması grup terapisi içinde daha aktif yaşantılandığından sürece katkı sağladığı düşünülmüştür. Katılımcı-4 *“Hepimiz farklıydık baktığınız zaman hepimizin yaşantıları, kıyafeti işte sosyo-ekonomisi vs. ama hepimiz bir aile gibi olduk ve herkes bu farklılıkları kabul etti.”* ifadesi ile günlük yaşamda farklılıkların kabulünün grup içinde rahatlıkla oluştuğunu anlatmaktadır. Diğer alt boyutlarda anlamlılık gözlemlenememiş olmasının damgalanmanın uzun vadede çalışılması gereken bir alan olduğunu göstermektedir.

2020 yılında APA (American Psychological Association) tarafından yayımlanan, damgalanmanın ruh sağlığına olan etkisini inceleyen başka bir araştırmada bipolar bozuklukta damgalanmanın tedavideki bilgilendirme ile ilişkisi araştırılmıştır. Söz konusu araştırma kapsamında bipolar bozukluk tanısı alan bir kişinin tanı ile ilgili kısa öyküsünü anlatılmış ve hastalığa dair bir anket hazırlanmıştır. Hastalıkla ilgili olmayan kişilere yöneltilen bu ankette BB ile ilgili tedavi süreci özellikle genetik kısımları ile aktarıldığında katılımcılar tarafından daha az damgalayıcı bir yaklaşım benimsendiği fark edilmiştir. Damgalanmanın eğitim düzeyi akademik olarak daha yüksek olan kişilerde daha yaygın olarak görüldüğü anlaşılmıştır. Bu veriye uygun olarak eğitim düzeyi akademik olarak azaldıkça damgalanmaya karşı verilen desteğin arttığı araştırmanın çarpıcı sonuçlarından biridir (APA, 2020).

Araştırmanın uygulama kısmında katılımcıların iş yerlerine hastalıklarını söylemek ve söylememekle ilgili iki farklı görüşü benimsedikleri anlaşılmıştır. Bir grup katılımcı çok açık bir şekilde tanılarını iş yerleri ile paylaşabilirken, bir grup ise herhangi bir duruma karşı eşit muamele görmek için tanısını sakladığından bahsetmiştir. Özellikle iş yerinde yaşanan herhangi bir duygusal reaksiyonun hastalıkla ilişkilendirilebilme ihtimalinin katılımcılarda gerginliğe sebep olabileceği düşünülmüş ve atak dönemlerinin iş yerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu kapsamda depresif atak zamanlarında iş yerinde kişilerarası ilişkilerden kendini uzak tutmak istemenin sosyal bağı zayıflattığı söylenebilir. Aynı şekilde herhangi bir sebepten

dolayı işte kötü geçiren bir hastanın herkes gibi modunun düşmesi çevresi tarafından hastalığı ile ilişkilendirilebilir. Yine herhangi bir duygusal yükselmenin (öfke, neşe...vb.) bipolar bozukluğun manik tarafı ile ilişkilendirilmesi de söz konusu olabilmektedir (Hajda ve diğerleri, 2016).

BB ile yaşanan uyku sorunları da iş yerine geç kalma ile ilgili ayrı bir problem alanı olabilmektedir. Katılımcı-14, bir önceki iş deneyiminde kullandığı ilaçlar dolayısıyla uyanmakta zorluk çektiği için işe herkesten bir saat kadar geç gittiğini ve bu durumun iş arkadaşları tarafından alay konusu olduğunu dile getirmiştir.

Aynı zamanda atak dönemlerinin yoğunluğundan ötürü iş yerinden izin almak zorunda kalan katılımcıların çalışmadığı dönemlerle ilgili suçluluk duygusu yaşadığı grup süresince gözlemlenen bir başka unsur olmuştur. Atak dönemlerinde aldığı izinlerle ilgili içsel bir sorgulamaya giren katılımcılardan birinin “...izin aldığım zamanlar, sanki şirketi kandırıyormuşum gibi hissediyordum.” paylaşımı atak dönemlerinde izin almanın içsel bir mesele haline geldiğini göstermektedir. Başka bir katılımcının çalışmadığı dönemlerle ilgili “Çalışmama cesaretini nereden buluyorum?” ifadesi de atak dönemlerinin beraberinde getirdiği muhtemel kayıplardan biri olan mesleki işlevselliğin yaşattığı acıyı telafi ile ilişkili bulunmuştur. İçselleştirilmiş bir damgalama konusu da olan bu durum beraberinde katılımcılarda daha fazla mesai harcanan bir çalışma şekline dönüşmektedir.

İşi bitirmek için kalan son günler bazı katılımcılar için motivasyon artırıcı olarak bulunmaktadır. Son zamana kalan işler zihnin panik hali ve korku duygusu içine girerek daha hızlı çalışmasına da olanak sağlayabilir. Zihinsel işleyişin hızı söz konusu olduğunda bipolar bozukluğun kendilerine bir tür kazanım sağladığını düşünen katılımcılar bu hızın kendilerine işle ilgili bir tür adrenalin ve motivasyon sağladığından da bahsetmektedir. Bu konu ile ilgili Katılımcı-1 “Aile şirketimizde çalışırken bu kadar sorumluluk duymuyordum ancak yabancı bir şirkete geçtiğimde sorumluluk duygum arttı.” paylaşımında bulunmuştur. Katılımcı-1’in yaşadığı korkunun kaynakları grup içinde ele alınırken, korkunun otorite ile ilişkili olabileceği üzerine yorumlar da gelmiştir. İşle ilgili yaratıcı fikirler geliştirmek için gerekli olan serbest zamanın hızlı bir tempo içerisinde mümkün olmadığı da aşikardır. Yaratıcılığın

kaynakları ile ilgili örneklerin konuşulduğu başka bir oturum içerisinde yaratıcılık için gerekli olan şeyin zihinlerini serbest bırakabildikleri anlar olduğundan söz etmişlerdir.

Birbiri ile bağlantılı olarak zincirlemesine bir halde devam eden içsel ve dışsal damgalanmanın mesleki işlevsellğe pek çok yandan olumsuz etkisi olduğu anlaşılmaktadır. 2020 yılında BB tanısı alan kişilerin damgalama süreçlerini inceleyen başka bir araştırmada da içselleştirilmiş damgalama ya da toplumsal damgalamanın bipolar bozukluğun hastane yatış sıklığını arttırdığını ve atakların daha şiddetli geçtiğini aktarmıştır. Araştırma toplumun BB ile ilgili damgalamaya dair farkındalığı, içselleştirilmiş damgalama ile ilgili katılımcılardan edinilen öznel deneyimleri ve damgalama ile ilgili başa çıkma stratejilerini içermektedir. Damgalanmanın kişisel, eş ve toplumsal olarak üç kategoride incelendiği çalışmada damgalanma ile baş edebilmek için en güçlü stratejinin damgalanmaya dair düşüncelerle savaşmak ve başkalarının BB ile ilgili deneyimlerini öğrenmek olduğu belirtilmiştir. Bulgular, benlik ile ilgili kalıp yargıların değiştirilmesi ve damgalanmanın öz saygı üzerindeki olumsuz etkilerinin hafifletilmesinin iyileşmeyi arttırabileceği yönündedir. Bu araştırmanın dikkat çekici yanlarından biri de bazı katılımcıların damgalanma ile ilgili herhangi bir deneyimden bahsetmemiş olmalarıdır. Bu durum ruh sağlığı hastalıkları ile ilgili genelleyci bir tanıya sahip bir gruba karşı hissizlik, ilgisizlik olarak açıklanmıştır (Richard-Lepouriel ve diğerleri, 2020).

Damgalanma ile başa çıkabilmek için psikoeğitim programına eklenen içselleştirilmiş damgalanma içerikli özel bir oturumun etkisi ülkemizde yapılan kapsamlı bir araştırmada ele alınmıştır. Algılanan damgalanma toplumsal açıdan yaşanan herhangi bir deneyim olmamasına rağmen kişinin ruhsal hastalığından ötürü dışlanacağını düşünmesi ile başlamaktadır. Bu durum kişinin kendisi ile ilgili eleştirel yargılarda bulunmasına ve damgalanmaya dair inancına yönelik daha çok kanıt arayışına girmesine sebep olmaktadır. Damgalanmaya dair birçok hastanın zihinlerinde olumsuz mitlere sahip olduğu ve mitlerin duygularla baş etme yöntemlerini bilimsel açıdan araştırmalarını engellediği vurgulanmıştır. Psikoeğitim programına eklenen içselleştirilmiş damgalanmaya dair oturumda katılımcılar damgalanma ile ilişkili duygularını paylaşmışlardır. Duygular genel olarak üzüntü, suçluluk, aşağılık hissi, çaresizlik, yalnızlık, işe yaramama, yetersizlik, pişmanlık, öfke, utanç, özgüven eksikliği, korku, kaygı ve umutsuzluk olarak damgalanma başlığı

altında birleşmektedir. Bu duyguların sonucu olarak katılımcıların iş başvurularından kaçınma ve iş kayıpları başta olmak üzere tüm günlerini evde yalnız geçirmeleri, konuşmaktan ve kalabalıktan uzak durma isteği, kendini kontrol etmekte başarısızlık olarak sıralanmıştır (Çuhadar ve Çam, 2014).

Damgalanmanın en çok algılandığı alanın iş yaşamı olduğunu belirten araştırmada katılımcıların yarısından fazlası yaptığı iş ile ilgili yeterliliği olmasına karşın işverenlerin BB tanısı alan birini işe almakta zorlanacağını düşünmektedir. Bu sonuç Michalak ve diğerlerinin (2007) araştırmalarını da destekleyici bulunmuştur. BB tanısı alan kişilerin mesleki işlevselliklerinde damgalanma etkisinin işten kovulmak, terfi alamamak gibi sonuçları olabileceğine dair inançları bir kez daha ortaya çıkmıştır (Nilsson ve diğerleri, 2016). İş yerinde damgalanma BB tanısı alan kişiler açısından önemli bir kaygı unsuru olarak düşünüldüğünde bu alanın da farklı çalışmalarla desteklenmesi gerektiği açıktır.

Çalışılmayan dönemlerden ötürü hissedilen suçluluk duygusu ve işi kaybetmekle ilgilinin korkunun sonucunda mesleki işlevsellik giderek zayıflamakta bu da hem çalışanlar hem de işverenler açısından olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. BB ile damgalanma boyutunun hem içsel hem de dışsal faktörlerinin kendileri ile aynı tanıya sahip kişilerin bulunduğu bir grup psikoterapisinde çalışılması ruhsal olduğu kadar, mesleki işlevselliğe de katkı sağlayacaktır.

4.2 Katılımcılardan Alınan Geribildirimler

Duygular ve kişisel farklılıklara dair daha uzun süre, daha fazla katılımcının dahil olduğu bir grup çalışmasını arzu ettiğini belirten Katılımcı-10' un önerileri şöyledir;

“Daha kalabalık olmasını isterim, 12 kişinin üzerinde de olabilir çünkü daha farklı sıkıntıları yaşayan insanlarla birebir olmak daha iyi olabilir. Onların da sıkıntıları var ve bu hastalıkla uğraşan birçok insan var. Süre olarak da çok kısa geldi, ben hiç bitmesin derim ama en az 6 ay olsa daha iyi. 2 ayda insanlar kendilerini tam tanıyamadı, sıkıntılarını ortaya dökemedi. Sorunlarımızı paylaşabiliyorduk daha da paylaşmak isterdik belki ama zaman yetmedi. Uzun sürerse bu hem rahatlatıcı hem sorunlara çözüm yolu bulma açısından iyi olacaktı.”

Son oturumun bir vedayı, ayrılmayı içermesine rağmen BB tanısı alan hastaların en çok zorlandıkları “Bir işi sonuna kadar sürdürebilmek ve bitirmek” ile ilgili bir anlamlılık taşıdığı bilinmektedir. Bu da katılımcılar açısından son oturumun bir veda dışında başarılı bir bitiş olarak yorumlanmasında etkili olmuştur. Çalışma bittikten sonra hastalarla yapılan bireysel değerlendirme görüşmelerinde programın büyük oranda etkili ve faydalı bulunduğu anlaşılmıştır. Katılımcı-2’ nin bir süreci bitirebilme, tamamlayabilme ile ilgili önerilerini içeren geri bildirimi:

“Grup terapisinin 1-2 sene sürmesini isterdim, gerçekten çok farklı. Daha uzun sürseydi bitirebilir miydim bilmiyorum ama şöyle söyleyeyim... Benim hayatımda bitirebildiğim iki tane şey var; biri lise biri de buydu, gerçekten. Senelerdir bir şeyi bitirmiyordum. Seneler önce doktorum bir grup terapisine yönlendirmişti ama çok kopuktu ve 3 seans sonra bırakmıştım ama bu mükemmeldi. Hepimiz farklıydık baktığınız zaman hepimizin yaşantıları, kıyafeti işte sosyo-ekonomisi vs. ama hepimiz bir aile gibi olduk ve herkes bu farklılıkları kabul etti. Farklı şeyleri yaşasak da insan olarak aynı duygulara sahibiz, mutluluğu da korkuyu da acıyı da neredeyse aynı şekilde hissediyoruz. Değişmesini istediğim ya da önerebileceğim başka bir şey yok.”

Ülkemizde BB ile ilgili bilimsel çalışmalar artarak devam etmekte ancak hastalığın ülke özelinde yaygın özelliklerinin belirlenebilmesi ve daha iyi tanınabilmesi açısından daha çok klinik uygulamaya dayalı araştırmalar gerekmektedir (Gültekin, 2014). BB için ilaç tedavisine ek olarak alınan psikoterapi sürecinin iyileşmeyi hızlandırıcı etkisi olduğu bildirilmiştir. Kendi ile ilgili bireysel psikoterapi sürecine başlamakta zorlanan, konuşmakla ilgili çekinceleri olan hastaların grup terapisinde kendi ile ilgili paylaşımlarda bulunmaya başlaması da bireysel süreç için destekleyici ve hazırlayıcı bulunmuştur. SBET sosyal biliş çalışmaları için özel olarak hazırlanan eğitim materyallerinin (kısa videolar, fotoğraflar ve oyunlar) geliştirilmesi ve çeşitlendirilmesi uygulamaya dair öneriler arasında yer almaktadır. SBET materyalleri ile ilgili Katılımcı-7 ve Katılımcı-11 tarafından getirilen öneriler dikkate alınabilir. Katılımcı-7: *“İlk haftalar videolar bana biraz basit geldi, bir film sahnesi olabilirdi mesela benim açımdan daha dikkat çekici olurdu. Süre olarak daha uzun olmasını dilerdim, 16 hafta kadar gibi.”*

SBET içerisinde yer alan eğitici oyunlara dair de sayının daha fazla olması gelen öneriler arasında olmuştur. Katılımcı-11: *“Oyun tarzı bir şey yapmıştık ve bunda kesin başarısız olurum demiştim sonrasında birinci olmak beni şaşırttı. Sonuca atlama konusunda diğer arkadaşlarıma göre daha iyiydim. Bu tarz oyun gibi şeyler daha derin kılabiliyor ister istemez daha çok içine alıyor. Mesela bu tahmin açısından bu tarz bir oyun ya da başka konularda başka şeyler olabilir oyun olarak.”*

Oturularda sürenin kısıtlı olması ve hedeflenen alanlara dair mesleki işlevsellik ve sosyal bilişin merkeze alınmasından ötürü farklı konularda çeşitlendirilememiştir. Katılımcı-1 oturum içerikleri ile ilgili önerisini şu şekilde dile getirmiştir: *“Sabahları uyanamamak ile ilgili bir konuya değinebilirdik diye düşündüm çünkü bu benim en büyük sıkıntılarımdan biri. Başka da bir şey bulamadım çünkü bana beklediğimden bir sürü şey kattı, başka nasıl daha iyi olurdu bilemiyorum. Beni şaşırtan en önemli şey karşımdakinin düşüncelerini düşünmeden hareket etmek en önemlisi, sonuca atlamamak.”*

4.3 Araştırma Sürecindeki Sınırlılıklar

Araştırmanın örnekleminin İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları bölümünde izlenen “Bipolar Bozukluk-I” tanısı olan hastalardan oluşması sonuçların genellemesini sınırlayan başlıca unsurlardan birisidir. Mesleki işlevsellik odaklı planlanan araştırma süre sınırı nedeniyle diğer işlevsellik alanlarına ya da hastalığın damgalanma gibi farklı boyutlarını detaylı ele alamamıştır. Kontrol grubuna deney grubu bittikten sonra yapılması planlanan SBET grup uygulaması ise pandemi koşullarından ötürü gerçekleştirilememiştir.

Uygulamanın gereksinimlerinden biri olan fiziksel mekan da hastane ortamındaki kısıtlı imkanlardan dolayı istikrarlı olarak aynı kalamamış bazı oturumlar hastane içerisinde yer alan başka bir mekanda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın kontrol grubunun sadece BB tanısı alan hastalardan oluşması ve verilen sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılamaması başka bir sınırlılık olarak düşünülebilir. Sosyal bilişe dair etki edebileceği düşünülen zeka düzeyi ile ilgili herhangi bir testin yapılmamış olması da sınırlılıklardan biri olarak kabul edilebilir.

5 SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Klinik Psikoloji Alanı Açısından Sonuçlar

Uygulama sonrasında elde edilen klinik bulgular, mesleki işlevsellik odaklı SBET'nin genel işlevsellik alanlarında (mesleki işlevsellik dahil olmak üzere) istatistiksel bir anlamlılık yaratarak katkı sağladığını göstermektedir. SBET sonrasında bazı katılımcıların işe başladığı (Katılımcı-14, Katılımcı-19, Katılımcı-10) ya da mesleki kazanım sağlayabilecekleri kurs vb. süreçlere başvuruda bulunduğu (Katılımcı-18, Katılımcı-13, Katılımcı-2, Katılımcı-4) bilinmektedir.

Bu araştırma kapsamında BB tanısı alan hastaların sosyal biliş düzeylerinin SBET öncesi ve sonrasında elde edilen veriler doğrultusunda güçlendirildiği söylenebilir. Bipolar bozuklukta sosyal bilişi etkilemesi muhtemel değişkenlerden geçirilen atak sayısı, hastalık başlangıç yaşı ve toplam süresinin sosyal bilişle ilişkili olmadığı anlaşılmıştır. Katılımcıların eğitim seviyesi ise sosyal biliş düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur.

Damgalanmaya karşı direnç kapsamında ise SBET grup etkileşimi hastalara kendilerine benzer süreçler yaşayan kişiler ile bir arada bulunma fırsatı yarattığı için iyileştirici olduğu düşünülmüştür. Yüz okuma ve duyguları tanıyabilme alanlarında hastaların zorlandıkları, bu alandaki uygulamaların hastalar üzerinde şaşırtıcı bir etki bırakarak tedavi süreçlerine dair motivasyonlarını arttırdığı gözlemlenmiştir.

5.2 Klinisyenlere Öneriler

1. Bipolar bozuklukta ilaç uyumunun belirtilerin azalmasında etkili olduğu ancak atak tekrarlarının önlenmesi, hastalığın damgalanma boyutu ve işlevsellik alanlarında yetersiz kaldığı tespit edilmiştir. Özellikle psikoterapinin ilaç tedavisine ek olarak bahsi geçen alanlarda sosyal bilişi geliştirmesi, hastaların daha dışa dönük bir sosyal yaşama adım atarak kendi ekonomik ihtiyaçlarını karşılayabilmesine olanak sağlayabilir.
2. BB tanısı alan hastaların duyguları tanımada ve işlemede zorlanmaları ile ilgili özellikle ön plana çıkan duyguların hangileri olduğu daha kapsamlı bir

araştırma içerisinde incelenebilir. Spesifik duygulara yönelik hazırlanan içerikler, kişinin ihtiyaç duyduğu duygu kontrolüne daha hızlı ulaşmasını sağlayabilir. Duyguların kontrolü arttıka BB tanısı alan kişilerin hastalıkla ilgili hastaneye yatış gereksinimlerinin azalması sayesinde bu alandaki maliyet de azaltılabilir.

3. SBET için uygulayıcılar tarafından hazırlanabilecek videolar da sürece katkı sağlayabilir çünkü temelde uygulayıcının anlatımın süreci daha dinamik hale getirdiğinden bahsedilmiştir. Film sahnelerini içeren paylaşımlarla ilgili önceden yapılabilecek araştırmalar ya da katılımcıların nerileri bu noktada dikkate alınabilir. Gündemde yer alan ulusal ya da uluslararası yapılan haberlerden de örnekler oturumlara canlılık katabilir.
4. Öğretici ve farkındalık arttırmaya yönelik oyun temelli uygulamaları geliştirmek için psikodramatik tekniklerden de yararlanılabilir. Oturumların içerik olarak materyallerle ilgili geliştirilebilecek kısımları arttırılabilirken temel yapıdan uzaklaşılmaması ve SBET' in temel aldığı sosyal biliş düzleminden çıkılmaması dikkate alınmalıdır. Yapılandırılmış bir SBET programı takip etmek özellikle yeni uygulayıcılar açısından önem taşımaktadır.
5. Utanç duygusu SBET çalışmasının duyguları tanımakla ilgili oturumunda katılımcılar tarafından hatırlanamamıştır. BB doğası gereği oluşan manik ve depresif atakların beraberinde gelen hastane yatışları, düzenli ilaç kullanımının gereği ve sosyal ilişkilerden uzaklaşma kişilerde damgalanma sürecini pekiştiren etkenlerdendir. Utanç duygusunun özellikle damgalanma ile ilişkili olabileceği düşünüldüğünde, bu duyguya dair yapılacak araştırmalar bilimsel ve klinik alanlara katkı sağlayacaktır. Ayrıca SBET uygulaması oturumlarında duygulara dair paranoyaya ayrılan özel alan gibi utanç duygusuna yönelik, damgalanma konusuna dair oturumlar da uygulamaya dahil edilebilir.

6 KAYNAKLAR

- Akdemir, A., Örsel, S. ve Dağ, İ. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(251), 9.
- Allen, J. G., Fonagy, P. ve Bateman, A. (2013). *Klinik Uygulamada Zihinselleştirme* (Vol. 37). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.
- American Psychiatric Association (APA), (2020). <https://www.psychiatry.org> (19 Aralık 2020).
- Arenson E., Wilson T.D., Akert R.M., 2010, *Sosyal Psikoloji. O. Gündüz (çev.)*. 2012. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Altınbaş, K., Yeşilyurt, S., & Tan, D. (2010). İki uçlu bozuklukta bilişsel işlev bozukluklarının klinik belirleyicileri ve bilişsel ara fenotipler. *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), 265-274.
- Aydemir, Ö. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Damgalanma Hissinin İşlevsellik Üzerine Etkisi. *The impact of self-stigmatization on functioning in bipolar disorder.*, 3(4), 141-145. doi:10.5455/jmood.20130915115818.
- Aydemir, Ö. ve Uykur, B. (2012). Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23.
- Bateman, A. W. ve Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord*, 18(1), 36-51.
- Benito, A., Lahera, G., Herrera, S., Muncharaz, R., Benito, G., Fernandez-Liria, A. ve Montes, J. M. (2013). Deficits in recognition, identification, and

discrimination of facial emotions in patients with bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 35(4), 435-438. doi:10.1590/1516-4446-2013-1086.

Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. A., ... & Vanos, J. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg*, 23, 149-60.

Bodnar, A. ve Rybakowski, J. K. (2017). Mentalization deficit in bipolar patients during an acute depressive and manic episode: association with cognitive functions. *Int J Bipolar Disord*, 5(1), 38. doi:10.1186/s40345-017-0107-3.

Boland, E. M., Stange, J. P., Molz Adams, A., LaBelle, D. R., Ong, M. L., Hamilton, J. L., . . . Alloy, L. B. (2015). Associations between sleep disturbance, cognitive functioning and work disability in Bipolar Disorder. *Psychiatry Res*, 230(2), 567-574. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.051.

Bonnin, C. M., Torrent, C., Goikolea, J. M., Reinares, M., Sole, B., Valenti, M., . . . Vieta, E. (2014). The impact of repeated manic episodes and executive dysfunction on work adjustment in bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 264(3), 247-254. doi:10.1007/s00406-013-0431-2.

Bora, E., Vahip, S. ve Akdeniz, F. (2008). Bipolar Bozuklukta Bilişsel Belirtilerin Doğası ve Önemi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 81-93.

Bowden, C. L. (2005). Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care*, 11(3 Suppl), S91-94.

Chan, R. C., Gao, X. J., Li, X. Y., Li, H. H., Cui, J. F., Deng, Y. Y. ve Wang, Y. (2010). The Social Cognition and Interaction Training (SCIT): an extension to individuals with schizotypal personality features. *Psychiatry Res*, 178(1), 208-210. doi:10.1016/j.psychres.2010.03.017.

Colom, F. ve Vieta, E. (2012). *Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim* Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.

Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D., Tiegreen, J. ve Stem, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophr Res*, 91(1-3), 112-116. doi:10.1016/j.schres.2006.12.010.

Coskun, M., Zoroğlu, S. S. ve Öztürk, M. (2010). Pediatrik Bipolar Bozukluk Etiyolojisinde Genetik ve Nörobiyolojik Faktörler. *Genetic and neurobiological factors in the etiology of pediatric bipolar disorder.*, 20(1), 101-108.

Çakır, S. Bipolar II Bozukluk (t.y.).

Çakır, S., ve Üçok, A. (2010). Bilişsel Bozukluk Açısından Şizofreni ve Bipolar Bozukluk; Benzerlikler ve Farklar, Sistemik Gözden Geçirme. *Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, 47(2), 150–157.

Çuhadar, D., & Çam, M. O. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 28(1), 62-66.

Dark, F., Harris, M., Gore-Jones, V., Newman, E. ve Whiteford, H. (2018). Implementing cognitive remediation and social cognitive interaction training into standard psychosis care. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 458. doi:10.1186/s12913-018-3240-5.

Dark, F., Scott, J. G., Baker, A., Parker, S., Gordon, A., Newman, E., ... & Penn, D. L. (2020). Randomized controlled trial of social cognition and interaction training compared to befriending group. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 384-402.

- Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Stallings, C. R., Origoni, A. E., Cole, S., & Yolken, R. H. (2004). Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55(1), 54-58.
- Drake, R. E., Frey, W., Bond, G. R., Goldman, H. H., Salkever, D., Miller, A., . . . Milfort, R. (2013). Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry*, 170(12), 1433-1441. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020214.
- Ellison, N., Mason, O. ve Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*, 151(3), 805-820. doi:10.1016/j.jad.2013.08.014.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society* (Vol. 2). New York: WWNorton.
- Ersoy, M. A. ve Varan, A. (2007). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2).
- Fonagy, P. ve Allison, E. (2011). What is Mentalization? The Concept and its Foundations in Developmental Research and Social-Cognitive Neuroscience. In *Keeping Children in Mind: Mentalization-based Interventions with Children, Young People and their Families*. London: Routledge.
- Fonagy, P. ve Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*, 62(4), 411-430. doi:10.1002/jclp.20241.
- Fonagy, P., Moran, G. S., Edgumbe, R., Kennedy, H. ve Target, M. (1993). The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *Psychoanal Study Child*, 48, 9-48.

- Fossey, E. M. ve Harvey, C. A. (2010). Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Can J Occup Ther*, 77(5), 303-314.
- Fryers, T. (2006). Work, identity and health. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2, 12. doi:10.1186/1745-0179-2-12.
- Gallagher, H. L. ve Frith, C. D. (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends Cogn Sci*, 7(2), 77-83.
- Gordon, A., Davis, P. J., Patterson, S., Pepping, C. A., Scott, J. G., Salter, K. ve Connell, M. (2018). A randomized waitlist control community study of Social Cognition and Interaction Training for people with schizophrenia. *Br J Clin Psychol*, 57(1), 116-130. doi:10.1111/bjc.12161.
- Gültekin, K., Kesebir, S. ve Tamam, L. (2014). Türkiye’de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(2), 199-209. doi:10.5455/cap.20130920014550.
- Hajda, M., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2016). Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission—a cross-sectional study. *European Psychiatry*, (33), S405-S406.
- Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Avidan, M., Roberts, D. L. ve Roe, D. (2014). Social cognition and interaction training: preliminary results of an RCT in a community setting in Israel. *Psychiatr Serv*, 65(4), 555-558. doi:10.1176/appi.ps.201300146.
- Inoue, Y., Tonooka, Y., Yamada, K. ve Kanba, S. (2004). Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *J Affect Disord*, 82(3), 403-409. doi:10.1016/j.jad.2004.04.004.

- Karadağ, F., Oral, T., Yalçın, A. F. ve Erten, E. (2001). Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 107-114.
- Kaya, E., Aydemir, Ö. ve Selçuki, D. (2009). Remisyonadaki iki uçlu hastalarda kalıntı duygudurum belirtilerinin bilişsel ve toplumsal işlevsellik üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10, 124-130.
- Kerr, N., Dunbar, R. I. ve Bentall, R. P. (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord*, 73(3), 253-259.
- Kırkpınar, İ. (2012). *Genç Psikiyatristin El Kitabı*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Kupfer, D. J. (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*, 165(12), 1559-1565. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07121953.
- Lahera, G., Benito, A., Montes, J. M., Fernandez-Liria, A., Olbert, C. M. ve Penn, D. L. (2013). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 146(1), 132-136. doi:10.1016/j.jad.2012.06.032.
- Lee, L., Harkness, K. L., Sabbagh, M. A. ve Jacobson, J. A. (2005). Mental state decoding abilities in clinical depression. *J Affect Disord*, 86(2-3), 247-258. doi:10.1016/j.jad.2005.02.007.
- Leslie, A. M. ve Frith, U. (1987). Metarepresentation and autism: how not to lose one's marbles. *Cognition*, 27(3), 291-294.
- Leufstadius, C., Eklund, M. ve Erlandsson, L. K. (2009). Meaningfulness in work - experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*, 34(1), 21-32. doi:10.3233/WOR-2009-0899.

Lurigio, A. J. (2018). DSM-5. Salem Press Encyclopedia of Health. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=115297534&lang=tr&site=eds-live>.

Martínez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., ... & Salamero, M. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 262-270.

Mehta, U. M., Basavaraju, R., Thirthalli, J. ve Gangadhar, B. N. (2012). Mirror neuron dysfunction-a neuro-marker for social cognition deficits in drug naive schizophrenia. *Schizophr Res*, 141(2-3), 281-283. doi:10.1016/j.schres.2012.07.005.

Michalak, E. E., Yatham, L. N., Maxwell, V., Hale, S., & Lam, R. W. (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), 126-143.

Mileva, V. R., Vazquez, G. H. ve Milev, R. (2013). Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9, 31-40. doi:10.2147/NDT.S38560.

Morisson, J. (2016). *DSM-5' i Kolaylaştıran "Klinisyenler İçin Tanı Rehberi"* (M. Şahin, Trans.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. (2014).

Mundy, P. (2003). Annotation: the neural basis of social impairments in autism: the role of the dorsal medial-frontal cortex and anterior cingulate system. *J Child Psychol Psychiatry*, 44(6), 793-809.

Nilsson, K. K., Kugathasan, P., & Straarup, K. N. (2016). Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients. *Journal of affective disorders*, 194, 196-201.

NIMH. (2017). Prevalence of Bipolar Disorder Among Adolescents. In.

O'Donnell, L., Himle, J. A., Ryan, K., Grogan-Kaylor, A., McInnis, M. G., Weintraub, J., ... & Deldin, P. (2017). Social aspects of the workplace among individuals with bipolar disorder. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 8(3), 379-398.

Oral, E. T., Şahin, Ş., Akman, B. ve Verimli, A. (2002). İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: 'Farz edelim ki, şeker hastasısn.' demek yeterli mi? *Compliance in patients bipolar mood disorder: Is it enough to say 'Let's assume that you are diabetic?'*, 3(4), 212.

Parker, S., Foley, S., Walker, P. ve Dark, F. (2013). Improving the social cognitive deficits of schizophrenia: a community trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT). *Australas Psychiatry*, 21(4), 346-351. doi:10.1177/1039856213486305.

Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N. ve Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophr Res*, 80(2-3), 357-359. doi:10.1016/j.schres.2005.07.011.

Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D. ve Sterne, A. (2007). Best practices: The development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*, 58(4), 449-451. doi:10.1176/ps.2007.58.4.449.

Penn, D. L., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N. ve Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophr Res*, 80(2-3), 357-359. doi:10.1016/j.schres.2005.07.011.

- Richard-Lepouriel, H., Favre, S., Jermann, F., & Aubry, J. M. (2020). Self-stigmatization process? Experiences of persons living with bipolar disorder: a qualitative study. *Community mental health journal*, 56(6), 1160-1169.
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B. ve Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *Br J Clin Psychol*, 53(3), 281-298. doi:10.1111/bjc.12044.
- Roberts, D. L. ve Penn, D. L. (2009). Social cognition and interaction training.(SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res*, 166(2-3), 141-147. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.007.
- Roberts, D. L., Penn, D. L., Labate, D., Margolis, S. A. ve Sterne, A. (2010). Transportability and feasibility of Social Cognition And Interaction Training (SCIT) in community settings. *Behav Cogn Psychother*, 38(1), 35-47. doi:10.1017/S1352465809990464.
- Sakarkaya, A. (2012). *Remisyonda Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının İçgörü ve Diğer Bilişsel İşlevlerle İlişkisi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Samame, C., Martino, D. J. ve Strejilevich, S. A. (2012). Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand*, 125(4), 266-280. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01808.x.
- Samame, C., Martino, D. J. ve Strejilevich, S. A. (2015). An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders. *J Affect Disord*, 173, 146-153. doi:10.1016/j.jad.2014.10.055.
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Unutzer, J., Operskalski, B. H. ve Bauer, M. S. (2008). Severity of mood symptoms and work productivity in people treated for

bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 10(6), 718-725. doi:10.1111/j.1399-5618.2008.00581.x.

Stein, D., Kupfer, D. J. ve Schatzberg, A. F. (2007). Duygudurum Bozukluklarının Tarihsel Yönleri. In: The American Psychiatric Publishing.

Taş, C. (2011). *Şizofreni Hastalarında Aile Etkileşimli Sosyal Biliş Programının Etkinliği*. (15 Uzmanlık Tezi), Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29373563> (2).

Temmerman, A., Sabbe, B. ve Morrens, M. (2015). [Social cognition in bipolar disorder]. *Tijdschr Psychiatr*, 57(6), 405-414.

Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belir. *Türk Psikiyati Dergisi*, 19(1), 67-80.

Varo, C., Jimenez, E., Sole, B., Bonnin, C. M., Torrent, C., Valls, E., . . . Reinares, M. (2017). Social cognition in bipolar disorder: Focus on emotional intelligence. *J Affect Disord*, 217, 210-217. doi:10.1016/j.jad.2017.04.012.

Vazquez, G. H., Kapczinski, F., Magalhaes, P. V., Cordoba, R., Lopez Jaramillo, C., Rosa, A. R., . . . Ibero-American Network on Bipolar Disorders, g. (2011). Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 130(1-2), 323-327. doi:10.1016/j.jad.2010.10.012.

Voutilainen, G., Kouhia, T., Roberts, D. L. ve Oksanen, J. (2016). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for Adults with Psychotic Disorders: A Feasibility Study in Finland. *Behav Cogn Psychother*, 44(6), 711-716. doi:10.1017/S1352465816000151.

Wang, Y., Roberts, D. L., Xu, B., Cao, R., Yan, M. ve Jiang, Q. (2013). Social cognition and interaction training for patients with stable schizophrenia in

Chinese community settings. *Psychiatry Res*, 210(3), 751-755.
doi:10.1016/j.psychres.2013.08.038.

WHO. (2014). Prevalence of Mental Disorders.

Yeloğlu, Ç., Hocaoglu Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54. doi: DOI: 10.17944/mkutfd.323344.

Yıldırım, E. A., Kasar, M., Güdük, M., Ateş, E., Küçükparlak, I., & Özalmete, E. O. (2011). Investigation of the reliability of the "Reading the Mind in the Eyes Test" in a Turkish population. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(3).

Zhang, Y., Ma, X., Liang, S., Yu, W., He, Q., Zhang, J., & Bian, Y. (2019). Social cognition and interaction training (SCIT) for partially remitted patients with bipolar disorder in China. *Psychiatry research*, 274, 377-382.

7 EKLER

EK-1: KATILIMCI BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Bu araştırma İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Sibel Çakır ve İstanbul Arel Üniversitesi öğretim üyesi Dr. Zeynep Maçkalı danışmanlığında klinik psikoloji doktora tez çalışması kapsamında yürütülmektedir.

Araştırmaya katılmadan önce bu bilgilendirme sayfasını lütfen dikkatle okuyunuz.

1- Araştırma ile ilgili bilgiler:

Bu çalışma ile bipolar bozukluk tanısı almış kişilerin iş yaşamlarının iyileştirilmesi ve desteklenmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda tanı almanın getirdiği damgalanma ile başa çıkabilme ve karşısındaki kişilere ait duygu, düşünce ve davranışı doğru biçimde değerlendirme ile ilgili alanlar yoğun olarak çalışılacaktır. Bu çalışma, Temmuz 2018 – Aralık 2018 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Duygudurum Bozuklukları Polikliniğine yönlendirilen ve psikoterapi gruplarına alınan bireyler ile gerçekleştirilecektir. Bu bireylerden çalışmanın başında ve sonunda süreç boyunca iki defa olmak üzere “Demografik Bilgi Formu”, “Onam Formu” “Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği”, “Hamilton Depresyon Ölçeği”, “Young Mani Ölçeği”, “İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği”, “Gözler Testi” formlarını doldurmaları istenecektir. Bu süreç iki oturum olacak, her bir oturum yaklaşık 60 dakika alacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen şekilde cevaplamanızdır. Araştırma sırasında sağlığını tehdit edici herhangi bir girişim uygulanmayacaktır. Çalışma sırasında herhangi bir istenmeyen etki ve risk bulunmamaktadır.

2. Gönüllü hakları

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahiptir. Araştırmaya katılmaya yazılı onay vermeyi

kabul etmeniz dahi, araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmediğiniz ya da önce kabul edip ileride vazgeçtiğiniz takdirde, bu kararınız takip ve tedavilerinizi etkilemeyecek; tedavileriniz en iyi şekilde sürdürülecektir.

Araştırma amacıyla yapılacak yukarıda belirtilen tetkikler için sizden bir ücret talep edilmeyecek; eğer bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı iseniz, söz konusu kuruma bir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Aynı zamanda çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmada kullanılacak bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup, isminiz saklı tutulacaktır.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın Zeynep Anaforoğlu Bıkmaz tarafından İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nde, bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Zeynep Anaforoğlu Bıkmaz' ı numaralı telefonda ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Fatih- İstanbul adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefonu)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Gerekirse yasal temsilcisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefonu)

EK-2: KATILIMCI BİLGİ FORMU

1. Katılımcının Adı-Soyadı:
2. Tel 1: Tel 2:
3. Cinsiyet:
4. Doğum Tarihi:
5. Yaş:
6. Eğitim Düzeyi:
7. Meslek:
8. Çalışma Durumu:
1.İşsiz 2.Emekli 3.Yarı zamanlı-gönüllü 4.Tam zamanlı 5.Öğrenci 6.Ev hanımı
9. Medeni Durumu:
1.Evli 2.Bekar 3.Dul 4.Nişanlı-Partneri var
10. Ailede psikiyatrik hastalık:
1.Yok 2.Var-M. Depresyon 3.Var-Bipolar Bozukluk 4.Var-Psikoz 5.Var-Anksiyete
11. Psikiyatrik ektanı:
1.Yok 2.OKB 3.PTSD 4.Panik 5.SAB 6.YAB 7.Yeme B. 8.Eksen II 9.Alkol Mad.
12. Hastalığın başlama yaşı:
13. Kaç yıldır hasta:
14. Psikotik özellik: 1.Var 2.Yok
15. Suisid girişimi: 1.Var 2.Yok
16. Var ise kaç kez:
17. Şimdiki psikiyatrik durumu:
1.Ötimik 2.Mani dönemi 3.Depresyon dönemi
18. Toplam epizod sayısı:
19. Depresyon sayısı:
20. Mani/hipomani sayısı:
21. Karma epizod sayısı:
22. Hospitalizasyon sayısı:
23. En son kullandığı ilaçlar:
1.Li 2.Li+AD 3.Li+Ketiapin 4.Li+Lamot 5.Li+VAL 6.Li+CBZ 7.diğer
24. Kaç aydır DDD kullanıyor?
25. Özgeçmiş: (operasyon, sistemik hastalık öyküsü) 1.Yok 2.Var ...
26. Hipotiroidi: 1.Var 2.Yok

27. EKT uygulanmış mı? 1.Evet 2.Hayır
28. Alkol kullanımı: 1.Var 2.Yok
29. Alkol kullanımı var ise hangisi:
30. Alkol kullanımı var ise sıklığı: 1.Ayda 1'den daha az 1.Ayda 1 3.Haftada 1 4.Haftada 1-3 5.Hergün
31. Sigara kullanımı: 0.Hiç kullanılmamış 1.Bırakmış 2.Aktif içici 3.Bilgi yok
32. Kaç yıldır aktif sigara kullanıyor?
33. Çocuk sayısı:
34. Kadınlarda gebelik sayısı
35. Fiziksel bir hastalık için kullandığı ilaçlar: 1.Antihipertansif 2.....



EK-3: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) *Konuşma hızı ve miktarı*

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basıncılı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) *Düşünce yapı bozukluğu*

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) *Düşünce içeriği*

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) *Yıkıcı-Saldırgan Davranış*

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor

4. Tehdide varacak derecede talepkar

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) *Dış görünüm*

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması

3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj

4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) *İçgörü*

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor



EK-4: HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1) *Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)*

0- Yok

1- Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.

2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) *Suçluluk duyguları*

0- Yok

1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.

4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) *İntihar*

0- Yok

1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

3- İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.

4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) *Uykuya dalamamak*

0- Bu konuda zorluk çekmiyor.

1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) *Geceyarısı uyanmak*

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) *Sabah erken uyanmak*

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) *Çalışma ve aktiviteler*

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)

3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)

4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) *Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)*

0- Düşünceleri ve konuşması normal.

1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.

2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.

3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4- Tam stuporda.

9) *Ajitasyon*

0- Yok

1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) *Psşik anksiyete*

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Subjektif gerilim ve irritabilite.

2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.

3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) *Somatik anksiyete*

0- Yok

1- Hafif

2- İlmli

3- Şiddetli

4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) *Somatik semptomlar- Gastrointestinal*

0- Yok

1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) *Somatik semptomlar- Genel*

0- Yok

1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) *Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)*

0- Yok

1- Hafif

2- Şiddetli

15) *Hipokondriaklık*

0- Yok

1- Kuruntulu.

2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) *Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)*

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.

1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.

2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.

1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) *Durumu hakkında görüşü*

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK-4: KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK	
1. Evde sorumluluk üstlenme	(0) (1) (2) (3)
2. Kendi başına yaşayabilme	(0) (1) (2) (3)
3. Alışveriş yapabilme	(0) (1) (2) (3)
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0) (1) (2) (3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK	
5. Maaşlı bir işte çalışabilme	(0) (1) (2) (3)
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme	(0) (1) (2) (3)
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	(0) (1) (2) (3)
8. Mesleki kazanımlar elde etme	(0) (1) (2) (3)
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0) (1) (2) (3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK	
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme	(0) (1) (2) (3)
11. Akıldan hesap yapabilme	(0) (1) (2) (3)
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme	(0) (1) (2) (3)
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	(0) (1) (2) (3)
14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0) (1) (2) (3)
MALİ KONULAR	
15. Kendi parasını idare edebilme	(0) (1) (2) (3)
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0) (1) (2) (3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER	
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	(0) (1) (2) (3)
18. Sosyal faaliyetlere katılabılme	(0) (1) (2) (3)
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	(0) (1) (2) (3)
20. Ailesiyle birlikte yaşama	(0) (1) (2) (3)
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	(0) (1) (2) (3)
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0) (1) (2) (3)
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ	
23. Egzersiz veya spor yapma	(0) (1) (2) (3)
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0) (1) (2) (3)

EK-5: GÖZLER TESTİ SONUÇ ÇİZELGESİ

Adı Soyadı:

Tarih:

Alıştırma	Kıskanmış	Panik içinde	Kendini beğenmiş	Nefret Dolu
1	Gülüp oynayan	Teselli edici	Tedirgin olmuş	Canı sıkılmış
2	Ödü kopmuş	Üzülmüş	Kendini beğenmiş	İçerlemiş
3	Şala yapıyor	Telaş etmiş	Heveslenmiş	İkna olmuş
4	Şaka yapıyor	Israrcı	Eğlenen	Gevşemiş
5	Tedirgin olmuş	Alaycı	Merakta kalmış	Arkadaş canlısı
6	Dona kalmış	Hayallere dalmış	Sabırsızlanmış	Dikkat kesilmiş
7	Özür dileyen	Arkadaş canlısı	Huzursuzlanmış	Cesareti kırılmış
8	Umutsuzluğa kapılmış	İçti rahatlamış	Çekinmiş	Heyecanlanmış
9	İçerlemiş	Düşmanca	Dehşete kapılmış	Kafası meşgul
10	Tedbirli	Israrcı	Canı sıkılmış	Dona kalmış
11	Ödü kopmuş	Eğlenen	Pişman	Cilveli
12	Kayıtsız kalmış	Mahcup olmuş	Kuşkuyla karşılamış	Şevki kırılmış
13	Azimli	Beklenti içinde	Tehditkar	Çekinmiş
14	Tedirgin olmuş	Hayal kırıklığına uğramış	Çökkün	Suçlayıcı
15	Dalgın	Telaş etmiş	Cesaretlendiren	Eğlenen
16	Tedirgin olmuş	Düşünceli	Cesaretlendiren	Cana yakın
17	Kuşkulanmış	Şefkatli	Gülüp oynayan	Dona kalmış
18	Azimli	Eğlenen	Dona kalmış	Canı sıkılmış

19	Kendini beğenmiş	Minnettar	Alaycı	Kararsız
20	Sözü geçen	Arkadaş canlısı	Kabahatli	Dehşete kapılmış
21	Mahcup olmuş	Hayallere dalmış	Kafası karışmış	Panik içinde
22	Kafası meşgul	Minnettar	Israrcı	Merhamet dileyen
23	Tatmin olmuş	Özür dileyen	Meydan okuyan	Meraklı
24	Düşünceli	Tedirgin olmuş	Heyecanlanmış	Düşmanca
25	Panik içinde	İnanamayan	Umutsuzluğa kapılmış	İlgili
26	Dikkat kesilmiş	Çekinmiş	Düşmanca	Endişeli
27	Şaka yapıyor	Tedbirli	Kendini beğenmiş	Güven verici
28	İlgili	Şaka yapıyor	Şefkatli	Hoşnut
29	Sabırsızlanmış	Dona kalmış	Tedirgin olmuş	Derinlere dalmış
30	Minnettar	Cilveli	Düşmanca	Hayal kırıklığına uğramış
31	Mahcup	Kendinden emin	Şaka yapıyor	Cesareti kırılmış
32	Ciddi	Mahcup olmuş	Afallamış	Dikkat kesilmiş
33	Mahcup olmuş	Kabahatli	Hayallerer dalmış	Endişe duymuş
34	Dona kalmış	Şaşkına dönmüş	Karşısındakine güvenmeyen	Ödö kopmuş
35	Aklı karışmış	Gergin	Israrcı	Dalgın
36	Mahcup	Gergin	Şüpheli	Tereddütlü

EK-6: ÜST BİLİŞ ÖLÇEĞİ

Her bir maddeyi okuyarak her birinin sizin için genellikle ne kadar uygun olduğunu aşağıdaki derecelendirme ölçeğini dikkate alarak belirtin. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

1. Bir şeyler hakkında şimdi endişelenirsem, gelecekte daha az sorun yaşarım.
2. Endişelenmek iyi bir şey değil çünkü bana hiç iyi gelmiyor.
3. Kafamdan geçenleri çoğu zaman fark ederim.
4. Eğer çok endişelenirsem kendimi hasta edebilirim.
5. Bir sorunu düşünürken, kafamın nasıl çalıştığına dikkat ederim.
6. Endişelendiğim bir düşünceyi durduramazsam ve sonra kötü bir şey olursa, benim hatam olur.
7. Endişelenmek, kendimi ve çevremi düzenli tutmama yardımcı olur.
8. Engellemeye çalışsam da endişe verici düşüncelerim devam eder.
9. Kafam karıştığında, endişelenmek bunları düzene sokmama yardım eder.
10. Beni endişelendiren şeyleri düşünmeden duramıyorum.
11. Kafamdaki düşünceleri takip edebilmek için çok çaba harcarım.
12. İstediğim zaman düşünmeye başlayabilmeli ya da düşünmeyi durdurabilmeliyim.
13. Endişelenmek beni çıldırtabilir.
14. Sürekli kafamdan geçenleri düşünürüm.
15. Nasıl düşündüğüme sürekli dikkat ederim.
16. Endişelenmek kendimi daha iyi hissetmemi sağlar.
17. Düşüncelerimi durduramazsam, benim için hiç iyi olmaz.
18. Endişelenmeye başladığımda bunu durduramam.
19. Eğer düşüncelerimi durduramazsam kötü şeyler olacak.
20. Endişelenmek sorunları çözmeme yardım eder.
21. Bazı şeyler hakkında düşünmek kötüdür.
22. Düşüncelerimi kontrol edemezsem, darmadağın olurum.
23. İşlerimi bitirmek için endişelenmeye ihtiyacım var.
24. Düşüncelerimi tekrar tekrar gözden geçiririm.

EK-7: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : 69396709-050.01.01

Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Zeynep ANAFOROĞLU BIKMAZ

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 11/07/2018 tarih ve 2018/09 sayılı toplantısında alınan kararlar ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. İsa EŞME
Rektör V.

11/07/2018 tarih ve 2018/09 Sayılı Etik Kurulu kararı:

KARAR NO-5: Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora programı öğrencisi **Zeynep ANAFOROĞLU BIKMAZ**'ın "*Bipolar Bozuklukta Mesleki İşlevselliğin İyileştirilmesinde Zihinselleştirmeye Dayalı Terapinin Etkinliği*" isimli çalışmasının görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci Zeynep ANAFOROĞLU BIKMAZ'ın çalışmasıyla ilgili Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR'ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

8 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Zeynep Anaforoğlu Bıkmaz

Öğrenim Durumu

2004 – 2008

Lisans: Doğu Akdeniz Üniversitesi, Psikolojik Danışmanlık
ve Rehberlik.

2010 – 2012

Yüksek Lisans: Selçuk Üniversitesi, Aile Danışmanlığı

2014 - 2021

Doktora: İstanbul Arel Üniversitesi – Klinik Psikoloji

Ulusal/Uluslararası Bildiri Listesi:

Yetişkin Bağlanma Stillerinin Bireylerin Umutsuzluk Düzeyi ve Evlilik Uyumu
Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi 18. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, 2013
İzmir.

Bipolar Bozuklukta Sosyal Biliş ve Etkileşim Terapisinin Mesleki İşlevselliğe Etkisi,
55. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2019 İstanbul.