

Araştırma / Original article

**Bipolar bozukluk hastalarının ve birinci derece yakınlarının
duygu düzenleme güçlükleri**

Fatih SAĞLAM,¹ Eda ASLAN,² Onur HURŞİTOĞLU³

Öz

Amaç: Duygu düzenleme güçlüğü olumsuz bir uyarana karşısında bireyin duygusal yanıtının düzenlenmesinde yetersizlik olmasıdır. Amacımız, duygu düzenleme güçlüğü'nün bipolar bozukluğun (BB) gidişi ve işlevselliği üzerine etkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde izlenmekte olan 64 BB hastası ve 64 hasta yakını ile diğer polikliniklerde başvuran 66 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ); ek olarak hasta grubuna SCID-I, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulandı. Sonuçlar SPSS 21.0 programıyla istatistiksel olarak analiz edildi. **Bulgular:** Çalışmamızda hasta grubunda DDGÖ puanları hasta yakını ve sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Hasta yakınları ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Ayrıca DDGÖ'den yüksek puan alanların SF-36'da daha düşük puanlar aldığı saptandı. Depresif nöbette olan hastaların DDGÖ ve HDDÖ puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki saptandı. **Tartışma:** Çalışmamızda duygu düzenleme güçlüğü'nün BB hastalarının işlevselliğini ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilediği, depresif nöbette duygu düzenleme güçlüğü ile işlevsellikte bozulma arasında pozitif ilişki bulunduğu gösterilmiştir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2020; 21(1):30-36)

Anahtar sözcükler: Duygu düzenleme güçlüğü, bipolar bozukluk, işlevsellik

**Emotion regulation difficulties of patients with bipolar disorder
and first-degree relatives**

ABSTRACT

Objective: Difficulty in emotion regulation is the deficiency to regulate an individual's emotional response to a negative stimulus. Our aim is to investigate the effect of emotion regulation difficulty on the process and function of bipolar disorder (BD). **Methods:** 64 patients with BD, 64 patient's first-degree relatives and 66 healthy controls were included in the study, which were followed in Mersin University Research and Practice Hospital Outpatient Clinic of Psychiatry. Sociodemographic Information Form and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) were filled to all participants. In addition; SCID-I, Short Form-36 (SF-36), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Young Mania Rating Scale were filled to the patient group. Statistical analyses were performed with SPSS 21.0 computer program. **Results:** DERS scores in patients' group were found to have significantly higher scores than patient's relatives and healthy controls ($p<0.05$). But no significant relationship was found between relatives and healthy controls ($p>0.05$). Another finding that who score high scores on DERS receive lower scores on SF-36. In depressed patients, there was a significant positive correlation between HDRS scores and DERS scores. **Discussion:** In our study, it was shown that difficulty of emotion regulation negatively affected the functioning and disease course of

¹ Uzm. Dr., Siirt Devlet Hastanesi Psikiyatri, Kliniği, Siirt

² Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Mersin

³ Uzm. Dr., Necip Fazıl Kısakürek Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Kahramanmaraş

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr. Fatih SAĞLAM, Siirt Devlet Hastanesi, Siirt

E-mail: aga.asa@hotmail.com

Geliş tarihi: 09.04.2019, **Kabul tarihi:** 09.07.2019, **doi:** 10.5455/apd.36087

BD patients and there is a positive correlation between difficulty in emotion regulation and impairment in functioning in depressive episodes. (Anatolian Journal of Psychiatry 2020; 21(1):30-36)

Keywords: Emotion regulation difficulties, bipolar disorder, functionality

GİRİŞ

Duyguları yönetme ve düzenleme, sağlıklı ve uyumlu ruhsal ve duygusal işlevselliğe olanak sağlar.¹ Duygular, esnek ve kontrollü bir şekilde düzenlendiğinde bireyin hedeflerine ulaşması için kaynaklarını harekete geçirmesi, kişilerarası ilişkiler kurması gibi yönlerden işlevseldirler.² Duygular, stres yaratan bir durumla karşılaşılması durumunda, bu durumla baş edilmesini sağlamaktadırlar.³ Acil durumlar karşısında kişinin ne yapacağını veya acil durumlara nasıl karşılık vereceğini düşünmeye vakit ayırmadan tepki göstermek üzere kişiyi harekete geçirir.^{4,5}

Duygu düzenleme güçlüğü, stresör bir uyarın karşısında bireyin duygusal yanıtını düzenlemesinde ve kontrol etmesinde yetersizlik olmasıdır. Kişi, yaşamı boyunca eleştiriye uğrama, kişilerarası ilişkilerde anlaşmazlıklar yaşama gibi olaylarla birçok kez karşı karşıya gelmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü olan kişi çevre ve kişilerarası zorluklar karşısında duygusal olarak abartılı tepki gösterebilir ve öfke kontrol sorunları, ağlamalar, uygunsuz davranışlar, suçlama veya tartışmalar ortaya çıkabilmektedir.⁶ Gratz ve Roemer duygu düzenleme güçlüğü bileşenlerini tanımlamışlardır.⁷ Bu bileşenler duygu düzenleme güçlüğü ölçeğini (DDGÖ) oluşturan alt faktörler olarak tanımlanmıştır.

- **Farkındalık:** Olumlu veya olumsuz duygular yaşarken bu duygulara ilişkin farkındalığın olmaması. Örnek: 'Ne hissettiğimi dikkate alırım.'

- **Açıklık:** Olumlu veya olumsuz duygular yaşarken bu duyguların anlaşılabilmesi, ne hissettiğinin bilinmemesi. Örnek: 'Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.'

- **Kabullenmeme:** Olumsuz duygular yaşarken bu duyguların kabul edilememesi. Örnek: 'Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.'

- **Dürtü:** Olumsuz duygular yaşarken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşanması veya dürtülerin kontrol edilememesi. Örnek: 'Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.'

- **Hedefler:** Olumsuz duygular yaşarken amaç odaklı davranışlara yönelmede güçlük yaşanması, ödevleri veya işleri tamamlayamama, yarıda

bırakma. Örnek: 'Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.'

- **Stratejiler:** Olumsuz duygular yaşarken bu duyguları atlatmak veya bu duyguların etkilerinden kurtulmak için uyumsuz duygu düzenlemenin yapılamaması veya bir çözüm yolunun bulunamaması. Örnek: 'Kendimi kötü hissettiğimde önünde sonunda kendimi daha iyi hissetmemin bir yolunu bulacağımı bilirim.'

BB, düzensiz olarak yineleyen depresif, manik veya her dönemin belirtilerini de kapsayan karma dönemlerle karakterize ve bu dönemler arasında kişinin bazen eşik altı belirtiler gösterdiği, bazen de hiçbir belirtinin bulunmadığı 'sağlıklı' dönemlere dönebildiği süreğen gidişli bir duygudurum bozukluğudur.⁸ Düzenli tedaviye rağmen bazı hastalarda remisyon sağlanamamaktadır, bazı hastalarda ise remisyon sağlanmasına rağmen hastalık öncesi işlevsellik düzeyine ulaşamamaktadır. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, intihar riski, sık yineleme gibi nedenlerle kişi ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkilemekte ve yeti yitimine neden olmaktadır.⁹ Özellikle duygu düzenleme güçlüğü'nün işlevselliği olumsuz etkilemesi nedeniyle, duygu düzenlenmesindeki güçlüklerin BB'nin gidişini olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür.¹⁰ Güncel bir çalışmada BB hastalarında uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin artmış kullanımı ve uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin azalmış kullanımı gösterilmiştir.¹¹ Benzer sonuçlar majör depresif bozukluk (MDB) hastalarında da saptanmıştır.^{12,13}

Günümüzde BB için çeşitli tedavi seçenekleri bulunmaktadır, fakat tedavilere rağmen remisyonda olsa dahi kişilerin işlevselliğinin tam olarak düzelmediği görülmektedir. Atak sırasında ve remisyondayken işlevselliğe etki edecek ek faktörlerin belirlenmesi ve buna uygun müdahalelerin geliştirilmesi BB tanısı olan hastaların işlevselliğini artırma yolunda önemli bir adım olacaktır. Çalışmamızın bulgularının bu anlamda literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızın asıl amacı BB hastalarında duygu düzenleme güçlüğü'nün ve bunun işlevsellik üzerine etkisinin saptanmasıdır, diğer amacı ise hastaların birinci derecede yakınlarında duygu düzenleme güçlüğü'nün olup olmadığının belirlenmesidir.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmanın evreni, Temmuz-Eylül 2017 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran 64 BB hastası ve bunların birinci derece yakınları, 66 kontrol grubu olmak üzere toplam 194 katılımcıdan oluşmaktadır. Çalışmaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre BB-I ve BB-II tanısı konmuş hastalar ile bu hastaların birinci derece yakınları, kontrol grubunda ise DSM-5 tanı ölçütlerine göre herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan gönüllüler alınmıştır. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu ve DDGÖ, ek olarak hasta grubuna SF-36, HDDÖ ve YMDÖ uygulanmıştır.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Tarafımızca hazırlanan, yaş, cinsiyet, medeni durum ve sosyodemografik bilgileri içeren bilgi formudur.

Structured Clinical Interview for DSM (SCID-I): Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanımlarını göz önüne alarak araştırılan yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur.¹⁴

Duyu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ): Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Rugancı ve Gençöz yapmışlardır.^{7,15} DDGÖ 36 sorudan oluşmuş olup farkındalık (DDGÖ-F), açıklık (DDGÖ-A), kabullenmeme (DDGÖ-K), dürtü (DDGÖ-D), hedefler (DDGÖ-H) ve stratejiler (DDGÖ-S) olmak üzere altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte alınan yüksek puanlar, duyu düzenleme güçlüğüne göstermektedir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-36, SF-36): Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik

çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^{16,17} Fiziksel işlev, sosyal işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, enerji, ağrı ve genel sağlık algısı olmak üzere sekiz alt ölçeği vardır. Ölçekte alınan düşük puanlar, düşük yaşam kalitesini göstermektedir.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Young ve arkadaşları tarafından maninin derecesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Karadağ ve arkadaşları yapmışlardır.^{18,19}

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Hamilton tarafından depresyon derecesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Akdemir ve arkadaşları yapmışlardır.^{20,21}

İstatistiksel analiz

Çalışmamızda istatistik anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Sürekli ölçümler bakımından üçlü karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlı farklılık kontrolü ANOVA ile değerlendirildi. Sonuçlar ortalama±standart sapma şeklinde verilmiştir. Korelasyonlar Pearson korelasyon analizi yöntemiyle hesaplanmıştır. Kategori cinsinden değişkenler bakımından hastalık nöbetleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı ki-kare istatistiğiyle değerlendirilmiştir. SPSS 21.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Hasta grubunu 31 ötimik, 21 depresif nöbette ve 12 hipomanik/manik nöbette olan hasta oluşturmuştur. Hastalık nöbeti tipleri arasında yaş, hastalık süresi, nöbet sayısı, hastaneye yatış sayısı ve intihar girişimi sayısı açısından farklılık görülmemiştir. DDGÖ kabullenmeme, hedefler, dürtü, strateji, açıklık alt ölçekleri ve toplam puan

Tablo 1. Hasta, hasta yakını ve sağlıklı kontrol gruplarının DDGÖ puanlarının karşılaştırılması

DDGÖ	Hasta (a) Ort±SS	Hasta yakını (b) Ort±SS	Sağlıklı kontrol (c) Ort±SS	p	post-hoc
Kabullenmeme	15.20±5.59	11.64±5.29	10.60±3.78	<0.001	(a>b=c)
Hedefler	16.42±4.51	12.35±4.62	12.39±3.33	<0.001	(a>b=c)
Dürtü	16.70±5.13	11.85±4.86	11.06±3.72	<0.001	(a>b=c)
Farkındalık	15.93±4.50	15.25±3.51	14.13±3.11	0.024	(a>c, a=b, b=c)
Stratejiler	22.87±8.23	15.32±6.29	14.37±3.83	<0.001	(a>b=c)
Açıklık	12.87±3.60	10.43±3.60	9.40±2.51	<0.001	(a>b=c)
Toplam	99.87±24.20	77.15±22.39	71.98±12.75	<0.001	(a>b=c)

DDGÖ: Duyu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Tablo 2. Mevcut duygudurum ile DDGÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması

DDGÖ	Ötimik (a) Ort±SS	Depresif (b) Ort±SS	Hipomanik/Manik (c) Ort±SS	p	post-hoc
Kabullenmeme	13.13±4.48	18.52±5.81	14.75±5.43	0.002	(b>a, a=c, b=c)
Hedefler	15.38±3.79	19.04±4.05	14.50±5.23	0.003	(b>a=c)
Dürtü	14.67±5.04	19.66±4.13	16.75±4.67	0.002	(b>a, a=c, b=c)
Farkındalık	16.00±4.07	16.00±4.53	15.66±5.77	0.974	(a=b=c)
Stratejiler	19.06±6.53	29.42±6.70	21.25±8.02	<0.001	(b>a, a=c, b=c)
Açıklık	12.06±3.62	14.14±3.53	12.75±3.33	0.124	(a=b=c)
Toplam	90.35±21.08	116.80±20.50	94.83±23.39	<0.001	(b>a=c)

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Tablo 3. HDDÖ ile DDGÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon

Ölçek	DDGÖ-K	DDGÖ-H	DDGÖ-D	DDGÖ-F	DDGÖ-S	DDGÖ-A	DDGÖ-Toplam
HDDÖ	0.540*	0.357	0.518*	-0.018	0.399	0.507*	0.542*

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
K: Kabullenmeme; H: Hedefler; D: Dürtü; F: Farkındalık; S: Stratejiler; A: Açıklık; *: p<0.05

Tablo 4. Ötimik hastalarda DDGÖ ile SF-36 korelasyonları

Ölçekler	SF-FF	SF-FRG	SF-ERG	SF-Sİ	SF-A	SF-E	SF-RS	SF-GSA
DDGÖ-K	-0.242	-0.291	-0.210	-0.291	-0.302	-0.381*	-0.408*	-0.411*
DDGÖ-H	-0.188	-0.374*	-0.381*	-0.161	-0.163	-0.135	-0.333	-0.328
DDGÖ-D	-0.592*	-0.487*	-0.705*	-0.560*	-0.419*	-0.378*	-0.536*	-0.578*
DDGÖ-F	-0.181	-0.194	-0.093	-0.209	-0.114	-0.392*	-0.398*	-0.421*
DDGÖ-S	-0.452*	-0.563*	-0.550*	-0.412*	-0.396*	-0.596*	-0.599*	-0.694*
DDGÖ-A	-0.236	-0.283	-0.253	-0.548*	-0.317	-0.427*	-0.510*	-0.327
DDGÖ-Toplam	-0.441*	-0.505*	-0.512*	-0.490*	-0.394*	-0.529*	-0.627*	-0.636*

*: p<0.05; (r<0.5=zayıf ilişki, 0.5≤r<0.7=orta düzeyde ilişki, r≥0.7: kuvvetli ilişki); DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; K: Kabullenmeme; H: Hedefler; D: Dürtü; F: Farkındalık; S: Stratejiler; A: Açıklık
FF: Fiziksel fonksiyon; FRG: Fiziksel rol güçlüğü; ERG: Emosyonel rol güçlüğü; Sİ: Sosyal işlevsellik; A: Ağrı; E: Enerji; RS: Ruhsal sağlık; GSA: Genel sağlık algısı

Tablo 5. Nöbet sayısı ile DDGÖ puanları arasındaki ilişki

Ölçek	DDGÖ-K	DDGÖ-H	DDGÖ-D	DDGÖ-F	DDGÖ-S	DDGÖ-A	DDGÖ-Toplam
Nöbet sayısı	r 0.224 p 0.075	0.055 0.669	0.163 0.197	0.214 0.089	0.296* 0.017	0.274* 0.029	0.283* 0.023

*: p<0.05; DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; K: Kabullenmeme; H: Hedefler; D: Dürtü; F: Farkındalık; S: Stratejiler; A: Açıklık

puan değerlerinde hasta grubunun diğer iki gruptan (hasta yakını ve sağlıklı kontrol) daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 1).

Depresif hastaların ötimik hastalara göre DDGÖ

kabullenmeme, hedefler, dürtü, strateji alt ölçeklerinde ve toplam puanda anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Ayrıca DDGÖ hedefler alt ölçeği ve toplam puan depre-

sif hastalarda hipomanik/manik hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Depresyonun şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü arasında ilişkiyi saptanmak amacıyla yapılan karşılaştırmada DDGÖ kabullenmeme, dürtü, açıklık alt ölçekleri ve toplam puan ile HDDÖ puanı arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ve pozitif bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 3).

Hipomanik/manik hastalarda DDGÖ ile YMDÖ arasında ilişki saptanmadı.

DDGÖ ile SF-36 karşılaştırılmasında kabullenmeme ile enerji (SF-E), ruhsal sağlık (SF-RS), genel sağlık algısı (SF-GSA) arasında negatif ilişki, hedefler ile Fiziksel Rol Güçlüğü (SF-FRG), emosyonel rol güçlüğü (SF-ERG) arasında negatif ilişki, dürtü ile SF tüm parametreleri arasında negatif ilişki, farkındalık ile SF-E, SF-RS, SF-GSA arasında negatif ilişki, strateji ile SF tüm parametreleri arasında negatif ilişki, açıklık ile sosyal işlevsellik (SF-Sİ), SF-E, SF-RS arasında negatif ilişki, DDGÖ-toplam puan ile SF tüm parametreler arasında negatif ilişki saptanmıştır (Tablo 4).

DDGÖ strateji, açıklık alt ölçekleri ve toplam puan ile hastaların geçirmiş oldukları atak sayısı arasında zayıf pozitif ilişki saptanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çalışmamızın temel bulgusu BB hastalarının DDGÖ tüm alt ölçekleri ve toplam puan değerlerinde sağlıklı kontrollerden daha yüksek puanlar almalarıdır. Benzer şekilde BB hastaları DDGÖ farkındalık hariç, diğer tüm alt ölçekler ve toplam puanda yakınlarından daha yüksek puanlar almışlardır. Bu sonuçlar BB hastalarında duygu düzenleme güçlüğü olduğu yönünde değerlendirilebilir. Çalışmamızın bir diğer temel bulgusu depresif hastaların ötimik hastalara göre DDGÖ kabullenmeme, hedefler, dürtü, strateji alt ölçeklerinde ve toplam puanda anlamlı olarak daha yüksek puanlar almasıdır. Ayrıca depresif hastalar hipomanik/manik hastalara göre DDGÖ hedefler alt ölçeği ve toplam puanda anlamlı olarak daha yüksek puanlar almışlardır. Bu sonuçlar depresif hastalarda duygu düzenleme güçlüğünün ötimik ve hipomanik/manik hastalara göre daha sık görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca DDGÖ ile HDDÖ arasında pozitif ilişki saptanması hastalarda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça depresyon şiddetinin arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Yeniden değerlendirme ve bastırma kullanılan iki önemli duygu düzenleme stratejisidir.^{22,23} Yeniden değerlendirmeyi kullanan kişiler olayların olumlu yönlerini değerlendirip pozitif duygularını artırırken, bastırmayı kullanan kişiler davranışsal dışı vurumunu azaltıp negatif duygulara maruz kalmaktadırlar. Çalışmamızda yeniden değerlendirme stratejisini yeterince kullanamayan hastalarda duyguların tanınması ve dürtülerin kontrol edilmesi zorlaşmaktadır. Bu nedenle yeniden değerlendirmeyi yeterince kullanamayan hastalar, DDGÖ kabullenmeme ve dürtü alt ölçeklerinde yüksek puanlar aldıkları düşünülebilir. Dürtüsellik ve kabullenmemenin yeterince düzenlenememesi, hastalarda olumsuz duyguların sırasında odaklanma, yapmakta olduğu görevi sürdürme, yeni çözümler bulma ve geliştirmeyi olumsuz etkileyebilir, bunun sonucunda DDGÖ hedefler ve stratejiler alt ölçeklerinde yüksek puanlar alınmasına neden olduğu düşünülebilir. Literatürde benzer bazı araştırmalarda duygu düzenleme güçlüğünün BB hastalarında olduğu, bu hastaların uyumlu duygu düzenleme stratejilerini kullanamadıkları gösterilmiştir.^{24,25} BB hastalarının sağlıklı kontrollere göre duygusal olarak yetersiz bastırılmış olduğu, duygusal uyarının yoğun olduğu durumlarda dürtüsellik artmış olduğu, yetersiz yeniden değerlendirme kapasitesine sahip oldukları, ruminasyon ve katastrofikasyon gibi negatif duygu düzenleme stratejilerine yatkınlıklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir.^{26,27} Bir laboratuvar çalışmasında ise BB hastalarına sevinç, üzüntü ve nötr duygu içerikli filmler izletilmiş olup filmlere yanıtları değerlendirilmiştir. Üç film türünde de hastaların kontrol grubuna göre bastırma ve ruminasyonu daha fazla kullandıkları, yeniden değerlendirmeyi daha az kullandıkları, duygularını düzenleme için daha fazla çaba harcadıkları, ancak daha az başarılı oldukları bildirilmiştir.²⁸

BB hastalarında işlevsellik ile duygu düzenleme güçlüğü ilişkisini araştırmak için DDGÖ ile SF-36 karşılaştırılmasında, ötimik hastalarda DDGÖ dürtü, strateji alt ölçekleri ve toplam puan ile SF alt ölçeklerinin tümü arasında negatif ilişki saptandı, bu ilişkilerin çoğunluğu orta düzeydeydi. SF-36'da kişinin ruhsal durumu hakkında bilgi veren ruhsal sağlık puanının, DDGÖ'nün hedefler alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçekler ile anlamlı negatif ilişkisi bulundu. DDGÖ'den alınan yüksek puan duygu düzenleme güçlüğünü, SF-36'dan alınan düşük puan ise düşük yaşam kalitesini göstermektedir. Benzer şekilde SF-36'da genel sağlık algısı puanı daha düşük olan hastaların sağlığıyla ilgili daha karamsar oldukları düşünülebilir, buradan hastalarda

duygu düzenleme güçlüğü arttıkça sağlığıyla ilgili daha karamsar oldukları sonucuna varılabilir. Sonuç olarak hastaların duygu düzenleme güçlüğü arttıkça yaşam kalitesi de daha çok etkilenmektedir. İşlevselliği etkileyen bir diğer etken hastanın geçirmiş olduğu nöbet sayısıdır. DDGÖ strateji, açıklık alt ölçek puanları ve toplam puanı yüksek olan hastalarda geçirmiş oldukları nöbet sayısı da daha yüksek bulundu. Bu bulgu duygularını etkili düzenleyememe, yeni çözümler bulma ve geliştirmeyi yapamamanın hastaların tedaviye uyumunu azaltabileceği ve hastaların daha sık nöbet geçirmesine neden olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ya da daha sık nöbet geçirilmesi hastalardaki uyum becerilerinin azalmasına neden olabilir. Çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarında %40-60 oranlarında bilişsel yıkımın eşlik ettiği ve sık atak geçirilmesinin de bilişsel yıkıma neden olan etkenlerden biri olduğu belirtilmiştir.^{29,30}

Birçok hasta, düzenli tedaviye rağmen işlevsellik açısından yeterli iyileşmeye ulaşamazlar. Psikiyatri kliniğine yatırılarak ilk kez tanı konmuş 173 BB hastasının 2-4 yıl izlendiği ileriye dönük bir çalışmada hastaların belirtilerinin düzeldiği, fakat işlevsellikte düzelmenin %43'lerde kaldığı gösterilmiştir.³¹ Bir başka çalışmada, manik nöbet nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların bir sonraki yılda, üçte ikisinin işe geri dönemediği bildirilmiştir.³² Belirtiler düzelse de, kişide işlevselliğin düşük olduğu ve bu durumun duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.³³ BB'de yüksek bastırma girişimleri, anlamlı olarak daha düşük işlevsellikle ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada yeniden değerlendirme, BB hastaları için zamanla depresyondaki azalmayı öngörmüştür. Bir başka çalışmada BB hastalarında olumlu duygudurum zamanlarının

az olması durumunda, düşük işlevsellik ve yaşam kalitesi gözlemlendiği bildirilmiştir.³⁴ Çalışmamızda da benzer sonuçlar saptanmıştır. Bu bulgular duygu düzenleme güçlüğünün BB hastalarında işlevselliğin tam olarak düzelmesinin nedenlerinden birisi olduğu şeklinde yorumlanabilir.

BB'nin kalıtsal özellikleri olması nedeniyle, hasta yakınları da değerlendirilmiş, ilginç olarak duygu düzenleme güçlüğü saptanmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda Birmaher ve arkadaşları duygu düzenleme güçlüğünün BB hastası annelerin çocuklarında prodromal bir BB fenotipi olabileceğini bildirmişlerdir.³⁵ Benzer şekilde, Zhan-Waxler BB hastalarının çocuklarının olumsuz duygularını düzenlemede güçlük çektiklerini belirtmiştir.³⁶

Çalışmamızın sonucunda, BB hastalarında duygu düzenleme güçlüğünün olduğu, mevcut duygu düzenleme güçlüğünün düşük işlevsellikle ilişkili olduğu, ayrıca depresif hastalarda duygu düzenleme güçlüğü ile depresif belirtilerin şiddeti arasında pozitif ilişkinin bulunduğu saptanmıştır. BB hasta yakınlarında ise duygu düzenleme güçlüğü saptanmamıştır.

Günümüzde duygu düzenleme güçlüğüne yönelik internet tabanlı duygu düzenleme eğitimi, diyalektik davranış terapisi, duygu odaklı bilişsel davranış terapi, şema terapisi, duygu düzenleyici grup terapisi gibi çeşitli eğitim ve terapiler uygulanmaktadır. Bu eğitim ve terapilerin BB hastalarının izleme ve tedavi sürecine katılması, yapılacak terapötik müdahalelerin BB'de işlevselliğin artırılması açısından önem taşıdığı kanısındayız. Bu konuda daha kapsamlı araştırmalara gerek vardır.

Yazarların katkıları: F.S.: Çalışmanın planlanması, verilerin toplanması, makale yazımı; E.A.: Literatür tarama, verilerin yorumlanması; O.H.: Verilerin SPSS'e yazımı ve tabloların oluşturulması.

KAYNAKLAR

1. Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. *Child Dev* 2004; 75(2):340-345.
2. Roque L, Verissimo, M. Emotional context, maternal behavior and emotion regulation. *Infant Behav Dev* 2011; 34(4):617-626.
3. Denollet J, Nyklicek I, Vingerhoets JM. *Emotion Regulation: Conceptual and Clinical Issues*. New York: The Guilford Press, 2008, pp.3-11.
4. Izard CE. *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press, 1991, pp.185-201.
5. Ekman P. An argument for the basic emotions. *Cogn Emot* 1992; 6(3):175-189.
6. Garcia-Coll C, Kagan J, Raznick JS. Behavioral inhibition in young children. *Child Dev* 1984; 55(3):1005-1019.
7. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26(1):41-54.

8. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2015, s.261-333.
9. Angst J, Sellaro R. *Historical perspectives and natural history of bipolar disorder*. *Biol Psychiatry* 2000; 48(6):445-457.
10. Strejilevich SA, Martino DJ, Murru A, Teitelbaum J, Fassi G, Marengo E, et al. *Mood instability and functional recovery in bipolar disorders*. *Acta Psychiatrica Scand* 2013; 128(3):194-202.
11. Wolkenstein L, Zwick JC, Hautzinger M, Joormann J. *Cognitive emotion regulation in euthymic bipolar disorder*. *J Affect Disord* 2014; 160:92-97.
12. Liu DY, Thompson RJ. *Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review*. *Clin Psychol Rev* 2017; 57:183-194.
13. Nezlek JB, Kuppens P. *Regulating positive and negative emotions in daily life*. *J Pers* 2008; 76(3):561-579.
14. First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve Williams JB. *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders SCID-I: Clinician Version*. Washington: APA Publishing, 1997.
15. Rugancı RN, Gençöz T. *Psychometric properties of a Turkish Version of the DERS*. *J Clin Psychol* 2010; 66(4):442-455.
16. Ware JE, Sherbourne CD. "The MOS 36-item Short-Form Health Survey", I. *Conceptual Framework and Item Selection*. *Med Care* 1992; 30(6):473-483
17. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A, Fişek G. *SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği*. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999; 12(2):102-106.
18. Young R, Biggs J, Ziegler V, Meyer D. *A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity*. *Br J Psychiatry* 1978; 133(5):429-435.
19. Karadağ F, Oral ET, Aran YF, Erten E. *Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği*. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 13(2):107-114.
20. Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
21. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H. *Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği*. *3P Derg* 1996; 4(4):251-259.
22. Gross JJ. *The emerging field of emotion regulation: An integrative review*. *Rev Gen Psychol* 1998; 2(3):271-299.
23. Braunstein LM, Gross JJ, Ochsner K. *Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework*. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2017; 12(10):1545-1557.
24. Bernabei L, Bersani FS, Delle Chiaie R, Pompili E, Casula S, D'Aniello G, et al. *A preliminary study on hot and cool executive functions in bipolar disorder and on their association with emotion regulation strategies*. *Riv Psichiatr* 2018; 53(6):331-335.
25. Ghaznavi S, Deckersbach T. *Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind*. *Biol Mood Anxiety Disord* 2012; 2:1-11.
26. Van der Gucht, Morriss R, Lancaster GP, Kinderman PP, Bentall R. *Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing*. *Br J Psychiatry* 2009; 194(2):146-151.
27. Gruber J, Eidelman P, Johnson SL, Smith B ve Harvey AG. *Hooked on a feeling: rumination about positive and negative emotion in inter-episode BD*. *J Abnorm Psychol* 2011; 120(4):956-961.
28. Gruber J, Harvey AG ve Gross JJ. *When trying is not enough: emotion regulation and the effort-success gap in bipolar disorder*. *Emotion* 2012; 12(5):997-1003.
29. Depp CA, Dev S, Eyler LT. *Bipolar depression and cognitive impairment: shared mechanisms and New Treatment Avenues*. *Psychiatr Clin North Am* 2016; 39(1):95-109.
30. Sole B, Jimenez E, Torrent C, Reinares M, Bonnin C, Torres I, et al. *Cognitive impairment in bipolar disorder: treatment and prevention strategies*. *Int J Neuropsychopharmacol* 2017; 20(8):670-680.
31. Tohen M, Hennen J, Zarate CM, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, et al. *Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features*. *Am J Psychiatry* 2000; 157(2):220-228.
32. Strakowski SM, Keck PE, McElroy SL, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. *Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis*. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(1):49-55.
33. Johnson SL, Tharp JA, Peckham AD, McMaster KJ. *Emotion in bipolar I disorder: Implications for functional and symptom outcomes*. *J Abnorm Psychol* 2016; 125(1):40-52.
34. Edge MD, Miller CJ, Muhtadie L, Johnson SL, Carver CS, Marquinez N et al. *People with bipolar I disorder report avoiding rewarding activities and dampening positive emotion*. *J Affect Disord* 2013; 146(3):407-413.
35. Birmaher B, Goldstein BI, Axelson DA, Monk K, Hickey MB, Fan J, et al. *Mood lability among offspring of parents with bipolar disorder and community controls*. *Bipolar Disord* 2013; 15(3):253-263.
36. Zahn-Waxler C, Cummings EM, McKnew DH, Radke-Yarrow M. *Altruism, aggression, and social interactions in young children with a manic-depressive parent*. *Child Dev* 1984; 55(1):112-122.