

İki Uçlu Bozuklukta Psikoterapötik ve Psikososyal Sağaltımlar: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Dr. Sibel ÇAKIR¹, Dr. Ayşegül ÖZERDEM²

Özet / Abstract

Amaç: İki uçlu bozuklukta psikoterapötik sağaltımların ana ilkelerini ve klinik seyir üzerine etkilerini eleştirel bir gözle sergilemektir.

Yöntem: 1980-2009 yılları arasındaki PubMed, Medline ve PsycINFO ve Türkçe veri tabanları, "bipolar disorder" ve "psychotherapy", "psychosocial approaches", "psychological intervention" anahtar sözcükleri kullanılarak tarandı. Seçkisiz kontrollü araştırmalar, gözden geçirme yazıları ve meta analiz çalışmaları ele alındı.

Bulgular: Psikoeğitim, aile odaklı terapi, bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası psikososyal ritim terapisi olarak dört modelde, 50 araştırma ölçütlere uyuyordu. Yirmi dört orijinal araştırmanın 22'si seçkisiz kontrollü desende idi, diğerlerinin 23'ü gözden geçirme ve 3'ü meta-analiz çalışması idi. Çalışmaların tümünde psikoterapiler, ilaç sağaltımına eklenmiştir. Araştırmalarda grup psikoeğitimi özellikle mani dönemi, bilişsel davranışçı terapi ve aile odaklı terapi ise depresif dönem yinelemelerini önlemede etkili bulunmuştur. Psikososyal sağaltımların bazı çalışmalarda ilaç uyumu, hastane yatış sayısı ve süresi, yinelemeye kadar geçen süre üzerine, az sayıda çalışmada işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. Psikososyal sağaltımların kültürel uyum çalışmaları yok ya da yetersiz düzeydedir.

Sonuç: İki uçlu bozuklukta ilaç sağaltımına eklenen psikososyal yaklaşımlar yinelemeleri önlemede etkilidir. Terapilerin başlatıldığı hastalık aşaması ve etkililik gösterdiği hastalık dönemi, terapi ekolleri arasında farklılık göstermektedir. İleri araştırmalar, psikososyal yaklaşımların sağaltım kılavuzlarındaki yerini güçlendirecek, ilaç sağaltımı etkinliği ve işlevsellik arasındaki boşluğun kapanmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar Sözcükler: İki uçlu bozukluk, psikoterapi, psikoeğitim, psikososyal yaklaşım

SUMMARY: *Psychotherapeutic and Psychosocial Approaches in Bipolar Disorder: A Systematic Literature Review*

Objective: *Aim of this systematic review was critical presentation of psychosocial approaches in bipolar disorders with regard to their fundamentals and impact on the clinical course and outcome of the illness.*

Method: *PubMed, Medline, PsycINFO and Turkish databases between 1980 and 2009 were searched by using keywords "bipolar disorder" and "psychotherapy", "psychosocial approaches", "psychological intervention". Randomized controlled trials, reviews and meta analysis were included.*

Results: *Fifty studies met the inclusion criteria where four types of interventions -psychoeducation, family focused, cognitive behavioral and interpersonal psychosocial rhythm therapy- were studied. Twenty two of 24 original research papers were randomized controlled trials, 23 were reviews and 3 were meta analysis. In almost all studies psychotherapeutic approach was applied as adjunctive to pharmacotherapy. Group psychoeducation was more effective in preventing manic relapses, whereas cognitive behavioral and family focused therapies showed efficacy in preventing depressive episodes. Additional benefits on such secondary outcomes as medication compliance, number and duration of hospitalizations, time to recurrence were reported. Effects on functionality and quality of life were assessed rarely, but reported to be beneficial. Cultural adaptation studies are scarce and needs exploration.*

Conclusion: *Psychosocial interventions adjunctive to pharmacotherapy in bipolar disorder seem to be effective in relapse prevention. Stage of illness where the therapy is initiated and the targeted episode for prevention varies between interventions. Future studies are needed to strengthen the place of psychosocial interventions in treatment guidelines and would contribute to narrow the gap between effectiveness of pharmacotherapy and functional improvement.*

Key Words: *Bipolar disorders, psychotherapy, psychoeducation, psychosocial approaches*

Geliş Tarihi : 23.09.2009 - Kabul Tarihi : 02.12.2009

¹Uzm., Psikiyatri AD., Duyugudurum Bozuklukları, İstanbul Ü, İstanbul Tıp Fak., İstanbul. ²Prof., Psikiyatri AD., Dokuz Eylül Ü Tıp Fak., İzmir.
Dr. Sibel Çakır, e-posta: drsibelcakir@yahoo.com

doi : 10.5080 / u6157

GİRİŞ

İki uçlu bozuklukta genetik ve nörobiyolojik temellerin giderek daha iyi anlaşılmasına, ilaç sağaltımındaki gelişmelere rağmen yineleme oranları yüksektir. Uzun süreli izlem verilerine göre, tam iyileşme gösteren hastaların oranı yalnızca %24'tür (Angst ve ark. 2005). İyi ilaç uyumunda bile beş yıl içinde yineleme oranı %73'tür (Gitlin ve ark. 1995). Hastaların yaşamının yarısı boyunca hastalık belirtileri bulunmakta, okul, iş ve ilişkilerinde belirgin yeti yitimine neden olmaktadır (Judd ve ark. 2002). İki uçlu bozukluk sağaltımında ilaç uyumunun bozuk olması önemli bir sorundur ve hastaların ortalama %42'sinde saptanmıştır (Perlick ve ark. 2004). İlaç uyumunun iyi olduğu sağaltımlar ile belirtilerde önemli ölçüde azalma sağlansa da yaşam kalitesi ve işlevsellikte benzeri düzelmeler saptanamamıştır (Revicki ve ark. 2005, Goldberg ve ark. 1995). Günümüzde ilaç sağaltımları belirtilerin kaybolmasında etkilidir fakat yinelemelerin önlenmesi, hastalık yükünün azaltılması ve işlevselliğin geri kazanılmasında yetersizdir. Son yıllarda bu boşluğun çeşitli psikoterapi yöntemleriyle kapatılmaya çalışılması oldukça gündemdedir.

Hastalığın biyolojik temellerine eklenen stresli yaşam olayları, aile içi çatışmalar, sosyal ilişkiler, uyku uyanıklık döngüsünde bozulmalar, ilaç uyumunda bozukluk gibi tetikleyiciler yinelemelerin ortaya çıkmasında önemli rol oynar (Hays ve ark. 1998). Stres yatkınlık modelleri, iki uçlu bozukluğun etyopatogenezinde toplumsal, biyolojik ve psikososyal etkenler arasındaki etkileşimi vurgulayarak bütüncül bir biyopsikososyal model oluşturmuştur. Son 20 yıldır bu modelden yola çıkan, farklı unsurlara odaklanmasına rağmen iyilik halini uzatma, yinelemeleri engelleme gibi ortak amaçları hedefleyen terapi ekollerini gelişme göstermiştir. Hastalığın getirdiği yıkımla başa çıkma, içgörü kazanma ve psişik çatışmalara odaklanmayı benimseyen tarihi psikodinamik çalışmaların aksine, çağdaş yaklaşımlar aile üyelerinin de katılımıyla psikoöğitim, sağaltım uyumunu artırma, yinelemeleri önleme yöntemleri geliştirme, kişilerarası ilişkiler ve duygudurum arasındaki dengenin düzenlenmesi, uyku uyanıklık döngüsünün sağlanması gibi daha net hedeflere odaklanmıştır (Swartz ve ark. 2006). Son 10 yılda ise ilaç araştırmalarında olduğu gibi psikososyal yaklaşımların etkililiklerinin değerlendirildiği kontrollü çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda etkililik ölçütü olarak yineleme hızında azalma (Colom ve ark. 2003a, b, Lam ve ark. 2003, 2005, Scott ve ark. 2006), yinelemeye kadar geçen sürenin uzaması (Perry ve ark. 1999, Miklowitz ve ark. 2003, 2008), hastaneye yatış sayısı ve süresinde azalma (Cochran ve ark. 1984, Colom ve ark.

2003, Bauer ve ark. 2006), yaşam kalitesi ya da işlevsellikte artış (Perry ve ark. 1999, Bauer ve ark. 2006) gibi ölçütler kullanılmış, ikincil olarak ek ilaç alma gereksiniminde azalma (Perry ve ark. 1999, Weiss ve ark. 2004), özkiyim girişim oranı (Rucci ve ark. 2002) gibi ölçütler incelenmiştir. Daha erken çalışmalarda psikososyal yaklaşımlar sadece hastanın bilgisi ve ilaç uyumundaki değişiklikleri araştırmıştır (Peet ve Harvey 1991, Perry ve ark. 1999). Etkililikleri araştırılan psikososyal yaklaşımların hepsi ilaç sağaltımlarına ekleme ya da güçlendirme çalışmasıdır. Psikoterapötik yaklaşımların iki uçlu bozukluğun depresif belirtileri üzerine kısıtlı bazı etkileri olsa da (Swartz ve Frank 2001, Miklowitz ve ark. 2007) özellikle akut manide kullanımına dair veri bulunmamaktadır. Ancak bazı psikososyal terapiler akut duygudurum döneminin hemen sonrasında başlatılmıştır (Simon ve ark. 2006, Miller ve ark. 2004, Miklowitz ve ark. 2003).

Yineleme ve iyileşmelerle süregelen bir seyir izleyen iki uçlu bozuklukta sağaltıma eklenen psikoterapötik yöntemlerin korumada olumlu sonuçlar verdiği bir süredir bildirilmektedir (Perlis ve Keck, 2005). Fakat bu uygulamaların gerek hedeflerinin, gerekse kullandıkları ölçüm araçlarının net olarak tanımlanmaması yakın zamana kadar bilimsel araştırmalarda gereken ilgiyi görmelerini engellemiştir. Bu gözden geçirmede iki uçlu bozuklukta koruyucu ilaç sağaltımına eklenen psikoterapi yöntemleri tanıtılarak, kanıt düzeyleri ile birlikte yinelemeyi önlemedeki etkililikleri ve ikincil yararları incelenecektir.

YÖNTEM

PubMed, Medline ve PsycINFO veri tabanlarında 1980-2009 yılları arasında iki uçlu bozukluk ve "psychotherapy", "psychosocial approaches", "psychological intervention" anahtar sözcüklerinin yer aldığı tüm makaleler taranmıştır. Buna ek olarak Türkçe makaleler için ULAKBİM Türk Tıp Dizini ve Türk Psikiyatri Dizini' taranıp, makalelerin kaynak bölümleri de araştırılmıştır. İşleme ölçütü olarak erişkin iki uçlu I veya iki uçlu I+II bozukluk tanılı hastaları ele alan, en az 6 aylık izlem süresi olan bireysel ya da grup terapilerini içeren makaleler değerlendirilmiştir. Yalnızca geriatrik ve çocuk hastaları içeren çalışmalar değerlendirmeye alınmamıştır. Klinik seyir belirleyicileri ya da ölçüm araçları işleme ölçütü olarak filtre edilmemesine rağmen araştırmalarda kullanılan birincil ve ikincil ölçüm araçları da incelenip tartışılmıştır.

SONUÇLAR

İşleme ölçütlerine uyan toplam 50 bilimsel araştırma saptanmıştır. Bunlardan 24'ü araştırma, 23'ü gözden

TABLO 1. Terapi Yöntemlerine Göre Kontrollü Çalışmaların Dağılımı.

Terapi yöntemi	Çalışma sayısı	Çalışmalar
Psikoeğitim	5	Clarkin ve ark., 1998; Perry ve ark., 1999; Colom ve ark. 2003; Bauer ve ark., 2006; Reinares ve ark., 2008
BDT	5	Cochran ve ark., 1984; Ball ve ark., 2006; Scott ve ark., 2006; Lam ve ark., 2003; 2005
AOT	6	Miklowitz ve ark., 2003; 2008; Rea ve ark., 2003; Solomon ve ark., 2008; Miller ve ark., 2004; 2008
KASRT	2	Frank ve ark., 2005; 2008
BDT+bireysel psikoeğitim	2	Zaretsky ve ark., 2007, 2008
Sistemik bakım	1	Simon ve ark., 2005
Psikoeğitim+BDT+AOF	1	Miklowitz ve ark., 2007
Toplam	22	

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi, AOT: Aile Odaklı Terapi, KASRT: Kişiler Arası Sosyal Ritimler Terapisi.

geçirme, üçü de meta analiz olarak değerlendirilmiştir. 24 araştırma yazısının 22'si seçkisiz kontrollü çalışma olup, kullandıkları terapi yöntemlerine dağılımı Tablo 1'deki gibidir. Çalışmaların diğer detayları ise Tablo 2'de özetlenmiştir. Kontrollü olmayan iki çalışmanın biri psikodinamik grup psikoterapisinin uygulandığı olgu dizisi sunan pilot çalışma (Gonzalez ve Prihoda, 2007), diğeri ise ilaç sağaltımına eklenen psikoterapötik müdahalenin özkıyım üzerine etkisini inceleyen bir çalışmadır (Rucci ve ark. 2002). Seçkisiz kontrollü çalışmalardan ikisi çok merkezli yapılmıştır (Bauer ve ark. 2006, Scott ve ark. 2006).

A. Seçkisiz kontrollü çalışmalar;

Gözden geçirilen araştırmalarda kullanılan psikoterapötik yöntemler genel olarak aşağıdaki gibi 4 grup altında incelenebilir:

1. Psikoeğitim: Temel hedefleri; ilaç uyumu ve hastalığı yönetme becerisinin artması, yinelemelerin erken tanınması, belirtilerle etkili baş etme yöntemlerinin gelişmesi, özkıyım riskinin azalması, sosyal ve mesleki işbirliğinin, yaşam kalitesinin gelişmesidir. Grup psikoeğitimi (Colom ve ark. 2003a,b) ya da bireysel psikoeğitim (Perry ve ark. 1999) olarak uygulanabilir. Farklı araştırma ekipleri seans sayısını 6-21 arası değişen sayıda uygulamıştır. Psikoeğitim, süregelen hastalıklarda eğitimin ilaç uyumu ve hastalığın klinik gidişi üzerine olumlu etkilerinden yola çıkarak gelişmiştir. Teorik ve pratik bilgiler kullanılarak, hastalık sonuçlarından suçlu değil sorumlu olma duygusunun oluşmasına, hasta ve hekim arasında aktif bir işbirliğinin sağlanmasına çalışılır. İki

uçlu bozukluk tanısı alan hastalarda hastalığı yadsıma eğilimi yaygındır. Damgalanmanın aşılması ve farkındalığın geliştirilmesi psikoeğitimde başlangıç basamağıdır. Çoğu zaman hekimlerde de olumsuz duygular uyandıran bozuk ilaç uyumunu düzeltmek için psikoeğitim oldukça yararlıdır. Hastaların haberci belirtileri, kalıntı belirtilerden ayırt etmeleri zor olduğundan belirtilerini düzenli gözlemleyip izlemeleri öğretilir. Hastalık hakkında yeterli bilgi edinilmesi sağaltım uyumunu artırır. Artmış farkındalık ve daha iyi bir içgörü ile hatalı karar verme mekanizmaları ve dürtüsel davranışlar değişir. Psikoeğitimin ötimik hastalara verilmesi, dikkat dağınıklığının engellenmesi ve öğrenmenin sağlanması için gereklidir.

Son yıllarda grup psikoeğitimi ile ilgili araştırmalar iyi tanımlanmış seçkisiz kontrollü yöntemler kullanıp, ilaç sağaltımlarındaki gibi yineleme sayısı, yinelemeye kadar geçen süreyi uzatma, hastane yatışlarını önleme ya da azaltma gibi hedef ve ölçütler kullanmış ve belirgin etkililik göstermiştir. İki uçlu bozukluk için ilk psikoeğitim çalışması Peet ve Harvey (1991) tarafından yapılmıştır. Hastalık ve ilaçlar konusunda bilgilenen hastaların lityuma karşı tutumlarının değiştiği bildirilmiş fakat çalışmada psikoeğitimin klinik değişkenlere etkisi incelenmemiştir. Seçkisiz kontrollü bir çalışmada, 7-12 seanslık bireysel psikoeğitimin arkasından mani dönemi yineleme sayısının %30 azaldığı, ilk mani yinelemesine kadar geçen sürenin uzadığı, hastane yatışının azaldığı, daha iyi klinik seyir ve sosyal işlevsellik oluştuğu gösterilmiştir (Perry ve ark. 1999). Bu çalışmada psikoeğitimle mani döneminin haberci işaretleri yakalanırken, depresif

TABLO 2. İki Uçlu Bozuktaki Psikososyal Sağlıkla İlgili Kontrollü Çalışmalar.

Araştırma	Olgular (sayı, diğer özellikler)	Kontrol Grubu	Terapi türü	Araştırma süresi	İzlem süresi	Ana sonuçlar	İkincil sonuçlar
Cochran (1984)	28 İUB I, II	Standart sağlık	BDT	6 haftalık seanslar	6 ay	BDT ile hastane yatış sayısında azalma (%14'e karşılık %57)	
Clarkin ve ark. (1998)	33 İUB I	Standart sağlık	Eş psikoeğitimi	11 boyunca 25 seans	11 ay	Yinelemelerde değişiklik yok. Genel işlevsellik ve ilaç uyumu daha iyi	
Perry ve ark. (1999)	69 İUB I, II (Remisyonunda fakat son 12 ayda 1 ya da daha fazla yineleme)	Standart sağlık	Bireysel psikoeğitim	7-12 seans	18 ay	Psikoeğitimle mani yinelemelerinin gecikmesi	Daha iyi sosyal ve mesleki işlevsellik
Colom ve ark. (2003a)	120 İUB I ve II. (Korbid tanının olmadığı, 2 yıldan uzun sağlıkta altında olan ve 6 aydır ötimik)	Yapılandırılmamış grup desteği	Grup psikoeğitimi	21 hafta	2 yıl	Grup psikoeğitimi alanlarda yineleme daha az	
Miklowitz ve ark. (2003)	101 İUB I, (Yakın zamanda epizodik ve hastane yatışı olan, kısmen stabil)	Kriz Yönetimi (3 seans)	AOT	9 ayda 21 seans	2 yıl	AOT ile yinelemeye kadar geçen sürede uzama	AOT ile daha iyi ilaç uyumu ve aile içi iletişim. AOT depresyonda maniden daha etkili.
Rea ve ark. (2003)	53 İUB I	Bireysel psikoeğitim (21 seans)	AOT	Yakın zamanda geçirilmiş mani ve hospitalizasyon, kısmen stabilize	2 yıl	AOT ile yineleme ve hastane yatışlarına kadar geçen sürede uzama	
Lam ve ark. (2003, 2005)	103 İUB I. Tam remisyonunda ya da hafif semptomlar; son 2 yılda 2 ve daha fazla epizod)	Minimal psikiyatrik bakım	BDT	6 ayda 12-18 bireysel seanslar	30 ay	BDT ile 12. ayda daha az yineleme ve hastane yatış süresi; 30 ayda daha az depresif yineleme	BDT ile 24. ayda daha iyi sosyal işlevsellik
Miller ve ark. (2004, 2008)	92 İUB I (akut epizod; 69/92 sağaltımı akut manide, 84/92 hastanede yatan)	Genel sürdürüm	Tek aile terapisi, çoğul aile terapisi	12 tek aile seansı ya da 6 çoklu aile seansı	28 aya kadar	Fark yok	Aile terapisinin etkisi depresyonda maniden daha fazla
Frank ve ark. (2005)	175 İUB I, (depresif, karma, ya da manik dönemde)	Bireysel Klinik kontrol	KASRT	Akut epizodda iyileşmeye kadar haftalık, sonra 2 haftada, daha sonra ayda bir, 2 yıl süre ile	2 yıl	Akut dönemdeki KASRT ile sürdürüm sırasında daha uzun iyilik hali saptanmış	
Ball ve ark. (2006)	52 İUB I, II Tam remisyon ya da hafif semptomlar; son 18 ayda birden çok epizod	Genel sürdürüm sağaltımı	BDT	6 ayda haftalık 20 seans	18 ay	BDT ile depresif yinelemeye kadar geçen sürenin uzaması (p=0.06)	6 ayda daha az bozuk işlevsellik tutumu ve sosyal yeti yitimi fakat 18. ayda bu fark kayboluyor; ilaç uyumunda fark yok

TABLO 2'nin Devamı.

Araştırma	Olgular (sayı, diğer özellikler)	Kontrol Grubu	Terapi türü	Araştırma süresi	İzlem süresi	Ana sonuçlar	İkincil sonuçlar
Scott ve ark. (2006)	253 İUB I ve II. (Değişken; %32 epizod altında)	Genel sürdürüm sağaltımı	BDT	26 hafta Boyunca 22 seans	18 ay	Fark yok	12 den az epizod geçirenlerde BDT daha etkin
Simon ve ark. (2005)	441 bipolar I ve II.	Genel sürdürüm sağaltımı. Geçen yıl içinde en az bir psikiyatri kontrolü. Çoğu başlangıçta semptomatik.	Sistematisik bakım programı	5 haftalık grup se-2 yıl ansı, 2 yıla kadar ise ayda 2 seans		24 ayda manik epizod olasılığında azalma. Depresyon üzerine etkisi yok.	Sağaltıma zengin semptomlarla başlayan hastalarda etkili
STEP-BD (Miklowitz ve ark., 2007)	293 İUB I ve II (Akut depresif dönemde olan hastalar)	Kısa psikoeğitim (3 seans)	KASRT, AOT, BDT	9 ay da 30 seans	1 yıl	Yoğun terapi alan hastalar 1.58 kez daha fazla iyi kalmışlar	Yoğun terapi ile toplam işlevsellik, ilişki işlevleri ve yaşam tatmini daha iyi
Miklowitz ve ark. (2008)	58 İUB I, II ve başka türlü adlandırılmayan, yakın zamanda epizod geçirmiş, kısmi stabil hastalar	3 seanslık kısa psikoeğitim	Adölesanlara AOT	9 ay da 21 seans	2 yıl	AOT depresyondan daha hızlı iyileşme ile ilişkili	Yinelemeye kadar olan zaman gruplar arasında farklı değil. AOT de depresyon süresi daha kısa.
Zaretsky ve ark. (2007, 2008)	79 İUB I ve II (Tam ya da kısmi remisyon)	Bireysel psikoeğitim (7 seans)	BDT +bireysel psikoeğitim	20 haftalık seanslar	1 yıl	Fark yok	BDT alanlar daha az depresif gün geçirmiş, daha az dozda antidepresan ilaç almış
Frank ve ark. (2008)	175 İUB I hasta akut dönem sonrası, 125 sürdürüm döneminde başlıyor	Yoğun klinik takip	4 aşamalı KASRT	değişken	toplam 2.5 yıl, 6 ay akut, 2 yıl sürdürüm dönemi	Akut dönemde KASRT alanlar, mesleki işlevselliği daha çabuk sağlıyor. Sürdürüm döneminde fark yok. Kadınlar erkeklerden daha hızlı ve belirgin yarar sağlıyor.	
Reinares ve ark. (2008)	113 İUB I, II. (3 aydır ötimik, bakımverenlerle yaşayan; eksen I komorbiditesi olmayan)	Standart sağaltım	Bakım verenlere çoklu aile terapisi	3 ay süren, 12 seans haftalık grup	15 ay	Çalışma grubunda daha az hasta yineleme geçirdi (42% ye karşılık 66%)	Hipomanik ve manik yinelemelere belirgin etkili, depresif yinelemelere etkisiz
Solomon ve ark.(2008)	92 İUB I hasta	Genel sürdürüm ilaç sağaltımı	1.Bireysel aile tedavisi 2. Çoklu aile grup terapisi.6 seans	-Bireysel aile tedavisi. Seans değişken - Çoklu aile grup terapisi.6 seans	28 ay	Yineleme açısından gruplar arasında fark yok. Çoğul aile grubu hastane yatışını önlemede daha üstün.	

İUB : İki Uçlu Bozukluk
KASRT: Kişiler Arası Sosyal Ritimler Terapisi
AOT: Aile Odaklı Terapi
BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

dönem için bu veri gösterilememiştir. Başka bir çalışmada eğitimle hastaların uyumsuz davranışlarında ve hastane yatışlarında azalma olduğu gösterilmiştir (Van Gent 2000). “Yaşam hedefleri programı” ise çok modellenmiş bir program olup iki uçlu bozukluk için iyi yapılandırılmış grup psikoeğitim modelidir (Bauer ve ark. 1998). Bu bakım programının içinde yer alan psikoeğitim tekniğiyle, yinelemenin önlenmesi hedeflenmiş, terapi grubunda daha kısa süreli mani dönemleri, daha iyi sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve sağaltım memnuniyeti saptanmıştır (Bauer ve ark. 2006).

Psikoeğitimin etkinliği ile ilgili daha sağlam yöntemli seçkisiz kontrollü çift kör çalışma ise Colom ve Vieta (2003a) tarafından “Barselona İki uçlu bozukluk Projesi” ismiyle yayınlanmıştır. Programda 6 aydır ötimik olan 8-12 kişiden oluşan hasta gruplarına, haftada bir 90 dakika süren grup psikoeğitimi verilmiştir. 120 hastadan 21 seans psikoeğitim alanlar 2 yıllık izlemde tüm duygudurum dönemlerinde daha az yineleme yaşamıştır. Hastane yatış sayısı ve süresi de azalmış fakat yatışa ihtiyaç duyan hasta sayısı değişmemiştir. Psikoeğitimde ele alınan konular; hastalıkla ilgili temel bilgiler, yineleme oranları, ilaçlar ve yan etkileri, tetikleyici faktörler, ilaç uyumunun önemi, belirti denetimi, stres yönetimi, özkıyım riski, gebelik, damgalanma gibi sosyal konular, erken yineleme belirtileri ve tanınması, alkol ve madde kullanımından kaçınma, düzenli yaşam sürdürmenin önemidir. Aynı araştırma ekibi, ilaç uyumu oldukça iyi olan daha az sayıda hastada psikoeğitimin benzeri etkilerini göstererek, etkililiğin sadece ilaç uyumunu arttırmak yoluyla olmadığını ileri sürmüştür (Colom ve ark. 2003b). Psikoeğitimin şu yollarla etkili olduğu düşünülmektedir; ilaç uyumunu artırma, düzenli yaşam alışkanlıklarının pekiştirilmesi, haberci belirtileri erken tanıma, hastalık ile ilgili inançları değiştirme ve farkındalık düzeyini artırma.

Hastaların olduğu kadar ailelerinin de psikoeğitimden geçmesi önemlidir. Clarkin ve ark. (1998) küçük bir seride hasta eşlerine psikoeğitim vermiş ve kontrol grubuna göre belirtilerinde farklılık olmasa da işlevselliklerinin ve iyilik hislerinin daha iyi olduğunu saptamıştır. Barcelona grubu da hastalarla birlikte yaşayan ailelere 12 seans psikoeğitim vermiş, aile psikoeğitiminin mani ve hipomani yinelemelerini azaltma, yinelemeye kadar geçen süreyi uzatmada etkili olduğunu saptamıştır (Reinares 2008). Buna karşın, depresif ve karma dönemler için bu etki saptanmamıştır. Bu çalışmada ailelerin hastalığı idare etmesi ve aile içi iletişimin geliştirilmesi hedefleri AOT'lere benzer. Ülkemizde kapalı ve geniş aile yapısının olduğunu ve hastaların genellikle aileleriyle yaşadığını varsayarsak, ailelerin de psikoeğitim alması yararlı olabilir.

Kişilik bozukluğu eştanısı olan iki uçlu hastalarda da grup psikoeğitiminin yineleme önlemede etkili olduğu gösterilmiştir (Colom 2005). Kötü klinik seyri ve sağaltım güçlüğü olan, kişilik bozukluğu eştanısı olan hastalarda psikoeğitimin etkili olabileceği düşünülmesine rağmen yakın tarihte yaptığımız bir çalışmada toplam hastane yatış ve hastalık dönemi sayısı yüksek, ilaç uyumu ve klinik gidişin kötü olduğu hastalarda, psikoeğitime katılımın da sınırlı olduğunu saptadık (Çakır ve ark. 2009). Bu nedenle psikoterapotik yaklaşımların, klinik gidişin kötü olduğu hastalarda etkililiği daha az olabilir ve bunun nedeni de terapiye katılım kısıtlılığı olabilir. Bu uygulamalar hastalığın ne kadar başında verilir ve sağaltımın zorunlu parçası olursa o kadar etkili olabilir.

2. Kişilerarası sosyal ritimler terapisi (KASRT)

Klerman ve Weissman'ın (1984) tekrarlayıcı depresyon için uyguladığı kişilerarası terapi modelinin Frank ve ark. (2000) tarafından iki uçlu hastalara uyarlanmasıyla ortaya çıkmıştır. Duygudurum bozukluklarını açıklamaya yönelik psiko-kronobiyojik kuram (Ehlers ve ark. 1988, 1994, Monk ve ark. 1990, 1994) ile Goodwin ve Jamison'un (1990) iki uçlu hastalar için düşündüğü düzensiz yaşam modelinden esinlenerek stresli yaşam olayları ilişkisi üzerine gelişmiş bir terapidir. Psikolojik ve kronobiyojik faktörler, biyojik saati etkileyerek alevlenme dönemlerini tetikleyebilir. Bu görüşleri temel alan KASRT'nin sosyal ritmi dengeleyip, yinelemeleri ve duygudurum belirtilerini azalttığı ileri sürülmüştür. KASRT, psikoeğitimin yanında kişilerarası ilişki sorunlarını çözmek için bilişsel davranışçı teknikleri de kullanır. Hastalar KASRT'ni, akut dönemden hemen sonra dört evrede alır: İlk evrede geçmiş hastalık dönemleri ve hastanın kişiler arası ilişkilerinin yapısı, temel sorun alanları incelenir, sosyal ritimleri ölçülür, psikoeğitim ile sosyal ritimler düzenlenir. İkinci evrede terapist ve hasta, günlük yaşamının düzenlenmesinde, kişiler arası ilişkilerde hastalık dönemleri ile ilişkili sorunlu noktaların çözümü için birlikte çalışır. Üçüncü evrede amaç hastanın daha bağımsız ve KASRT'nin işaret ettiği noktalarda daha yetkin olmasıdır. Sonlanma evresinde ise, hastanın işlevselliğinin gelişmesi ile bağımsız yaşama becerisi ve yinelemeleri önleme yöntemlerini kullanması hedeflenir.

Bu teknikle yapılan ilk araştırmalar ümit verici olsa da, yinelemeye kadar geçen süre üzerine etki, kişilerarası problemler, ilaç uyumu gibi konularda net olmayan sonuçlar vermiştir (Frank ve ark. 1999, 2000). Karışık bir desende planlanmış akut ve sürdürüm döneminde KASRT'nin etkililiği araştırmasında (Rucci ve ark. 2002), majör depresif dönem yaşayan hastalardan te-

rapi alanların daha hızlı iyileşme eğiliminde olduğu, KASRT'nin özkıyımı önleme de etkili olduğu, ama yineleme hızı üzerinde etkisi olmadığı gösterilmiştir. Frank ve ark. (2005) seçkisiz kontrollü bir çalışmada KASRT ve yoğun klinik izlemin akut ve idame dönemindeki etkilerini 2 aşamalı karşılaştırmış. Akut dönemde alevlenme belirtileri yatışana kadar geçen süre farklı olmasa da KASRT alanların daha sabit sosyal ritim ve idame döneminde daha düşük yineleme gösterdikleri saptanmıştır. KASRT'nin hastaların mesleki işlevselliğine daha hızlı dönmesine katkıları olduğu da gösterilmiştir (Frank ve ark. 2008). Kuramsal temelleri anlaşılabilir bu modelin uygulamasında deneyim, zaman ve bütçe gibi donanım zorlukları vardır.

3. Aile odaklı terapi (AOT)

Aile ve eşlerdeki yüksek duygu dışavurumunun yinelemeler ve kötü klinik gidiş ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Miklowitz 1986, Simoneau 1998). Aile odaklı terapi (AOT) modeli, Goldstein ve Miklowitz (1997) tarafından geliştirilmiş olup, psikoeğitim yönelimli bir tekniktir. Aile bireyleri, eş ve bakım verenlerin belirtileri, uyarıcı işaretleri tanımasını ve bunlarla başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlar. Hastaların ve bakım verenlerin yüksek duygu dışavurumu, duygusal tepkileri ve çatışmaları üzerinde çalışarak, duyguları kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası iletişimi arttırma, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma provaları ile işlevselliği geliştirmeyi hedefler. Akut dönemin hemen ardından başlatılır. 3 modül halinde toplam 21 seans, 9 ay devam eder. İlk modül psikoeğitim ağırlıklıdır, ikinci modülde iletişimi geliştirme alıştırmaları yapılır, son modülde ise problem çözme teknikleri kullanılır. Etkililiği bugüne kadar, 6 seçkisiz kontrollü çalışmada araştırılmıştır. İlk çalışmada (Rea ve ark. 2003) AOT ve aynı süre ile verilen bireysel terapi ile karşılaştırılmış, birinci yıl sonunda yineleme hızları açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Fakat terapinin sonlandırılmasından sonra AOT alan grupta daha az yineleme, hastane yatışı ve yinelemeye kadar daha uzun bir süre geçtiği saptanmıştır. Daha geniş bir seride (Miklowitz ve ark. 2003), yüksek duygu dışavurumu olan bir ortamda yaşayan hastalar, ilaçla sağaltıma ek olarak kriz yönetimi ya da AOT almış, 2 yıllık izlem sırasında AOT alan grupta daha az yineleme, daha iyi ilaç uyumu ve yinelemeye kadar geçen sürenin daha uzun olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada AOT'nin depresif dönemleri önlemede etkisinin mani dönemlerini önlemeye göre daha belirgin olduğu saptanmıştır. Depresif dönemleri önlemedeki etkinin hasta ve yakınları arasındaki iletişimin artmasıyla olduğu

düşünülmüştür. Kısıtlı etkililik gösterdiği mani dönemlerinin önlenmesinde ise, ilaç uyumunda artış önemlidir. AOT'nin hangi modülünün sağaltımda önemli olduğu, ya da hangi hastalara verilmesi gerektiği gibi konular henüz yanıtlanmamıştır. Yüksek duygu dışa vurumunun olduğu ailelerde daha yararlı olması beklenir. Çoğul aile tedavilerinin daha ekonomik olduğu ve depresif belirtiler üzerinde daha etkili olduğu Miller ve ark. (2004; 2008) tarafından da gösterilmiştir. İki uçlu bozukluğun akut depresif ya da eşik altı depresif belirtilerini yaşayan ergenlere AOT verildiğinde, bunların kısa psikoeğitim alan hastalara göre depresyondan daha erken çıktığı ve 2 yıl içinde daha az depresif zaman geçirdiği saptanmıştır (Miklowitz ve ark. 2008). Bu grupta mani belirtileri üzerinde AOT yine etkili olmamıştır. Solomon ve ark. (2008) ilaç sağaltımına ek olarak bireysel terapi alan aileleri, grup terapisi alan aileler ve sadece ilaç sağaltımı alan kontrol grubunu karşılaştırmış. 28 ayda yineleme hızı ve yinelemeye kadar geçen süre açısından her üç grupta fark olmamasına rağmen, hastane yatışının grup halinde aile terapisi alan hastalarda daha az olduğunu saptamışlardır. Hasta sayısının kısıtlı olduğu bu çalışmada, grup halinde alınan aile terapilerinin hastane yatışı üzerine etkililiği gösterilse de, yineleme hızı için gösterilememiştir.

4. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bu terapi modeli, birkaç farklı grup tarafından bazı değişikliklerle uygulanmıştır. Hastalıkla ilgili olumsuz otomatik düşünceler ve hastalık güncelleri üzerinde çalışır. İki uçlu bozukluk hastaları için, bilişsel terapiler 20–25 seanslık bir programa uyarlanmıştır. Psikoeğitim, yineleme önleme, işlevsel olmayan düşünce ve inanışları düzeltme, ilaç uyumunu arttırma, sosyal ritmi sabitleştirme, stres yönetimi, duygudurum dalgalanmalarını tanıma ve baş etme gibi unsurlar ele alınır (Basco ve Rush 1996, Lam 1999, Scott 2001).

Bazı bilişsel davranışçı teknikler ve psikoeğitim öğelerini içeren Cochran ve arkadaşlarının (1984) çalışması iki uçlu bozuklukta yapılan ilk seçkisiz kontrollü çalışmadır. Lityum kliniğine başvuran hastalara ilaç uyumunu geliştirmenin hedeflendiği 6 seans BDT uygulanmış ve 6 aylık izlemde daha az hastane yatışı ve daha iyi ilaç uyumu saptanmıştır. Olgu sayısının az olması ve yineleyen dönemlerin tipine ve yinelemeye kadar geçen süreye bakılmaması nedeniyle kısıtlılıkları olan bir çalışmadır. Bu terapi modeli ile ilgili ilk örneklerden biri olan pilot çalışmada (Scott ve Garland 2001), ilaç sağaltımı altında 22 seans bilişsel terapi alan hastaların, 6. ayda kontrollere göre genel işlevselliğinde düzelme ve depresif belirtilerinde azalma saptanmıştır. Bir yıllık izlemde

bilişsel terapinin mani yinelemesinde etkisi az olsa da, tüm dönemlerde kontrol grubuna göre daha az yineleme saptanmıştır. Seçkisiz kontrollü bir başka çalışmada (Lam ve ark. 2003), 12-20 seans bireysel bilişsel terapi ile 12 aylık izlemde daha az hastada yineleme olmuş, hastalık dönemi daha kısa sürmüş, hastalar aylık duygudurum sorgulamasında daha az belirti bildirmiş, daha iyi ilaç uyumu göstermişlerdir. Aynı hasta grubunun 30 ay izlendiği takibeden çalışmada ise (Lam ve ark. 2005), BDT'nin mani yinelemelerini önlemediği ama depresif yinelemeleri azalttığı saptanmıştır. Lam'ın (1999) iki uçlu bozuklukta uyguladığı terapi, Beck tarafından geliştirilen geleneksel bilişsel terapiden biraz farklı olup, gece-gündüz ritmini düzenlemek, hastalık dönemini tetikleyecek aşırılıklardan kaçınmak, erken belirtileri tanımak, yönetmek ve yinelemeyi engellemek gibi pek çok psikoeğitim unsurunu kapsar. Ball ve ark. (2006) seçkisiz kontrollü, 6 ay süreli bilişsel terapi alan hastalarda depresif yinelemeye kadar geçen sürenin daha uzun olduğunu, işlevselliğin ve hastaların denetiminin daha iyi olduğunu saptamıştır. 18. ayda bu farkın kaybolması, destekleyici ek terapi seanslarının gerekliliğini göstermiştir.

Scott ve arkadaşlarının (2006) BDT yöntemini standardize ederek gerçekleştirdiği, 18 aylık çok merkezli, seçkisiz kontrollü çalışmada sonuç umulduğu kadar pozitif olmamış, geçmişte çok sayıda hastalık dönemi geçiren hastalarda yineleme önlemede BDT etkili olmamış, toplam 12'den az hastalık dönemi geçirmiş hastalarda etkili olmuştur. Bu sonuç psikososyal yaklaşımların hastalığın erken aşamasında başlatılması gerektiğini destekler.

B. Meta analiz çalışmaları

Yukarıda açıklanan terapi modellerinin idame dönemi etkililiğini araştıran 22 adet kontrollü çalışmanın sonuçları hem tablo 2'de hem de terapi modellerinin açıklandığı kısımda özetlenmiştir.

Bu çalışmaların benzer işleme ve klinik gidiş ölçütleri kullanan önemli bir kısmı 3 meta analiz çalışmasında değerlendirilmiş, yalnızca biri (Scott ve ark. 2007) tam anlamı ile meta analitik teknik kullanmıştır. Bu çalışmada yalnız ilaç sağaltımı alan hastalar ve bu standart sağaltıma terapi eklenen hastalardaki yineleme hızı karşılaştırılmıştır. 8 seçkisiz kontrollü araştırma meta analitik teknikle incelendiğinde, psikososyal terapilerin yineleme hızını %40 oranında azalttığı saptanmış, terapiler hastalar ötimik durumdayken başladığında en etkili olmuş ve toplam hastalık dönemi fazla olan hastalarda daha az etkili oldukları saptanmıştır. Diğer bir meta analizde Beynon ve ark. (2008), BDT ve psikoeğitimin ötimik

hastalara verildiğinde yineleme önlemede etkili olduğu, AOT'nin bireysel psikososyal terapilere eşit ya da daha az etkili olduğu, bütünleşmiş grup terapisi (Weiss ve ark. 2000) ya da sistematik bakım programının (Simon ve ark. 2006) ise yineleme önlemede etkisi olmadığı saptanmıştır. Ailelerin katılımının etkilerini araştıran bir meta analiz çalışmasında ise (Justo ve ark. 2007) 7 seçkisiz kontrollü çalışma incelenmiş, bakım veren, eş ya da ailelerin herhangi birine verilen psikososyal terapinin yineleme hızı ve belirti denetimi konusunda belirgin değişiklik sağlamadığı fakat sonucun sınırlı ve karmaşık veriler nedeniyle net olmadığı düşünülmüştür.

Araştırmalarda klinik gidiş ölçüm araçlarının ortak olmaması, uygulanan terapi modellerinin standardize olmaması, hasta işleme ölçütleri ve terapiye başlama zamanlarının farklı olması gibi nedenlerle meta analiz yapılması ve terapi ekollerinde arasında bir etkililik karşılaştırması yapılması zorlaşmıştır. Fakat ilaç sağaltımına eklenen psikososyal terapilerin, yineleme önlemede belirgin bazı etkilerinin olduğu yukarıdaki meta analiz çalışmalarında ortak bir sonuçtur.

C. Tedavi kılavuzları ve psikoterapötik yaklaşımlar

Psikoeğitimin koruyucu ilaç sağaltımına eklenmesi, sağaltım kılavuzlarında yer almaya başlamıştır (APA 2002, Calabrese 2004, Goodwin 2003, Yatham ve ark. 2005, 2009). Amerikan Psikiyatri Birliği, iki uçlu bozukluk sağaltım kılavuzunda, hastanın ihtiyacı ve hekimin donanımına göre seçilecek, bahsi geçen psikoterapötik yaklaşımların yararlı olduğunu belirtmektedir (APA, 2002). 2005 yılında güncellenen kılavuzda, kontrollü çalışmaların etkili olduğu belirtilmiştir (Miklowitz ve ark. 2003, Lam ve ark. 2003, Colom ve ark. 2003 a, b, Frank ve ark. 2005). Sonuç yorumu ise idame döneminde ilaç sağaltımına eklenen ve hastalığın yönetimi, ilaç uyumu, haberci belirtilerin erken tanınması, kişilerarası ilişki sorunlarına odaklanan psikososyal sağaltımların yararlı olduğu, destekleyici, dinamik-eklektik terapilerin ise yararına dair bilgi olmadığı şeklindedir (APA 2005). Bir uzman uzlaşısı kılavuzu olan Teksas İlaç Uygulama Algoritması psikoeğitim ve bilişsel terapileri kanıtla dayalı tıp çerçevesinde faydalı görmekte ve farmakolojik sağaltıma eklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Hastalar klinik açıdan değerlendirilirken olası psikososyal yaklaşımların da uygulanmasını önerir. En uygun idame sağaltımını sağlamada psikoterapilerin ve hasta eğitiminin önemine değinir (Suppes 2005). Kanada duygudurum ve anksiyete ağrı sağaltım kılavuzu ise, psikoeğitimin uzun dönem yineleme önlemede yararlı olduğunu, BDT'lerin

yararının ise tartışmalı olduğunu bildirir (Yatham ve ark. 2005). KASRT'nin akut dönem sonrası ilk aşamada yararlı olmadığı ama 2 yıllık izlemde olumlu sonuçları olduğunu belirtir. Bu kılavuzun 2009 güncellemeninde de-ğindiği bir araştırma önemlidir: 204 hastanın katıldığı, 18 ay izlem süresi olan çalışmada, 6 seans psikoeğitim ya da 20 seans BDT alan hastaların tümünde belirtilerde azalma saptanmıştır (Parikh ve ark. 2007). Yineleme önleme açısından da iki grup hasta, kontrol grubuna göre belirgin yarar sağlamış, fakat bu iki yaklaşım etkililik açısından farklılık göstermemiştir. Kılavuzda psikoeğitim ve BDT'nin sağaltım maliyetine de değinilmiş ve grup psikoeğitiminin çok daha düşük maliyetli olduğundan ilk aşamada uygulanması, devam eden belirtiler için ise diğer psikososyal yöntemlerin kullanılması önerilmiştir. Bu pratik yaklaşım, etkili, yararlı ve uygulanabilir görünmektedir. İngiliz Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün iki uçlu bozukluk kılavuzunda ise (NICE, 2006) psikososyal yaklaşımların idame sağaltımında oldukça olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Özellikle alkol-madde kullanımı, hızlı döngülü hastalık gibi özel gruplarda psikoeğitim ve diğer psikososyal terapiler önerilmektedir. Ayrıca akut dönem iyileşmesinin ardından hasta ve ailesine, yapılandırılmış, 6-9 ay süren, en az 16 seanslık psikoeğitim unsurları taşıyan terapi vermenin yararını işaret etmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği, Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi'nin hazırladığı kılavuz ise özgül bir psikososyal yaklaşım yerine biyopsikososyal model çerçevesinde, terapötik işbirliği, terapötik ilişkide dikkat edilmesi gereken noktalar, uzun vadeli hedefler ve yaşam kalitesi gibi genel yaklaşım ilkelerinden bahsetmektedir. İyilik döneminde ise hastalığın ortaya çıkardığı kayıplar, hasta, aile ve toplumsal çevrede oluşan etkiler, sağaltım ve uyum, kaygılar, damgalanma gibi duygusal yaşantılar karşısında uygun terapötik yaklaşımlara değinilmiştir (Vahip ve Kocadere 2003).

TARTIŞMA ve SONUÇ

İki uçlu bozukluğun farmakolojik sağaltımı ile belirtilerde iyileşme sağlansa da, bu iyileşme yaşam kalitesine yansımamaktadır. Psikoterapötik yaklaşımlar bu boşluğu kapatabilir çünkü ilaç sağaltımlarına eklendiklerinde yineleme hızı, yinelemeye kadar geçen süre, hastane yatış sayısı ve bazı ikincil gidiş ölçütleri üzerine olumlu etkileri yukarıda incelenen kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir ve etkililiklerine dair kanıt düzeyi giderek artmaktadır. Bunların yanında, Lam ve ark. (2005) bilişsel terapi alan hastalarda servis kullanımının ve maliyet-etkililik oranının oldukça azaldığını göstermiştir. Psikoterapötik yaklaşımların iki uçlu bozuklukta öz kıyımı önlemede de

etkin olduğu bilinmektedir (Rucci 2002).

Psikoeğitimin mani ve depresyon dönemlerini önleme, hastane yatış sayısı ve süresini azaltma (Colom ve ark. 2003a), sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini iyileştirmesine (Bauer ve ark. 2006) rağmen, depresif yinelemeleri önlemede etkisi Perry ve ark. (1999) tarafından gösterilememiştir. Depresif yinelemeler konusundaki farklı sonuçlar, psikoeğitim ile ilgili araştırılması gereken bir noktadır. Psikoeğitim, kolay uygulanabilir olması, terapistler için özel deneyim ve beceri gerektirmemesi, etkililik-maliyet oranlarının uygun olması gibi nedenlerle güncel kılavuzlarda başlangıç psikososyal yöntemi olarak önerilmiş olup (Yatham ve ark. 2009), ülkemiz koşulları için de uygun görünmektedir. BDT, AOT, KASRT gibi yaklaşımlar ise deneyimli terapistler gerektirir ve maliyetleri yüksektir. Kanıt düzeyine bakıldığında BDT ve AOT depresif yinelemeleri önlemede etkilidir (Lam ve ark. 2005, Ball ve ark. 2006, Miller ve ark. 2004, 2008, Miklowitz 2008). BDT az sayıda hastalık dönemi geçirmiş hastalarda daha etkilidir (Scott ve ark. 2006). AOT ve BDT, psikoeğitime göre depresif dönemlerden daha çabuk çıkılması ve depresif yinelemenin önlenmesinde daha avantajlıdır. Fakat mani dönemi önlenmesinde etkililiğinin daha zayıf olması ve yüksek etkililik-maliyet oranı bu yaklaşımların eksik yönleridir. Bu açıdan ülkemiz şartlarında geniş hasta serilerine verilebilmeleri günümüz şartlarında pek uygun görünmemektedir. Alt analizlerden sağlanan dolaylı bazı veriler dışında farklı terapi türlerinin etkililiğini doğrudan karşılaştıran araştırma bulunmamaktadır. Seçilmiş hastalarda bazı terapiler öncelikle tercih edilebilir. Örneğin depresif dönem ağırlıklı klinik seyir gösteren, eşik altı depresif belirtilerin olduğu hastalara BDT, AOT yararlıdır. Yüksek duygu dışı vuru- rumu olan ailelerde AOT, kişilerarası ilişki sorunlarının depresif belirtilere ya da tetiklenmelere neden olduğu hastalarda KASRT etkili olabilir. Psikososyal stersörlerin hastalık dönemleri için tetikleyici rol oynadığı bilinmektedir (Hays ve ark.1998). Tekrarlayan hastalık dönemlerinde bu faktörlerin varlığı da terapi seçiminde yardımcı olabilir. Zaretsky ve arkadaşlarının (2007, 2008) kombinasyon modeli, psikoeğitimin yetersiz olduğu durumlarda başka terapilerin de eklenebileceğini gösteren, bireysel psikoeğitime BDT eklenmesinin etkililiğini araştırmıştır. Psikoeğitime ilave 13 seans BDT alanların daha az depresif gün yaşadığı saptanmıştır. Psikoterapötik yaklaşımların kombinasyonu önümüzdeki yıllarda daha çok denenebilecek bir yöntem olup seçilmiş hasta gruplarında araştırılması gereken bir konudur.

Psikososyal terapilerle ilgili yapılan araştırmalarda yöntem ve tasarımı ilgili farklılıklar gözden geçirme ve

meta analiz çalışmaları yapmayı, yaklaşım türlerini karşılaştırmayı ve niteliksel etkileri izlemeyi güçleştirmektedir. Bazı araştırmacılar farklı hastalık evrelerindeki hastaları (Bauer ve ark. 2006, Miklowitz ve ark. 2003, Miller ve ark. 2004, 2008, Frank ve ark. 2005, Scott ve ark. 2006) araştırmalara dahil ederken, bazıları yalnızca ötimik hastaları (Colom ve ark. 2003a, Lam ve ark. 2003, 2005, Zaretsky ve ark. 2007, 2008, Ball ve ark. 2006) dahil etmiştir. Sonuçta BDT ve psikoeğitim, ötimik hastalara verildiğinde daha etkili iken AOT ve KASRT akut hastalık döneminin hemen sonrasında başlatıldığında yararlı bulunmuştur (Beynon ve ark. 2008). Aile yapısı ve dinamikleri, duygu dışavurumu, sosyoekonomik düzey, eğitim-kültür düzeyi, yaşanılan ortam ve çevre, eşlik eden kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı, damgalanma yaşantıları, batıl inançlara sahip olup olmama, destek sistemleri gibi faktörler araştırmalarda yer almamıştır.

Psikososyal terapi araştırmalarının diğer eksiklikleri ise; işlevsellik ve yaşam kalitesinin az sayıda araştırma (Perry ve ark. 1999, Bauer ve ark. 2006, Miklowitz ve ark. 2007) dışında değerlendirilmemesi, bir kaç araştırma (Scott ve ark. 2006, Bauer ve ark. 2006, Miklowitz ve ark. 2007) dışında genellikle tek merkezli olmaları, standart ilaç sağaltımlarının hekimler ve merkezler arasında farklı olması, özkıyım ve istenmeyen etkilerin göz ardı edilmesidir. Psikososyal yaklaşımların ilaç araştırmalarındaki yineleme hızı ve hastane yatışı gibi ölçütleri kullanmaları standardize bir yöntem geliştirmek açısından olumlu görünürken, yaşam kalitesi, işlevsellik gibi diğer ölçütler ve bazı kalitatif unsurları göz ardı etmesi bir eksikliktir. Çünkü bu terapilerden geçmiş hastalar, yineleme yaşasalar bile yinelemenin şiddeti hafif, süresi kısa ve yineleme öncesi işlevselliğe ulaşma daha hızlı olabilir. Belirtilerde iyileşmeye rağmen işlevselliği bozuk iki uçlu hastalardan bahsedildiği gibi, yinelemeye rağmen işlevselliği hızlı düzelen hastalar da olabilir. Psikososyal terapilerin bilişsel bozulmaları dikkate almaması, rehabilitasyon ve mesleki işlevselliğin yeniden kazanılmasına yönelik unsurların olmaması da diğer eksiklerdir. Genellikle araştırmacıların, araştırdıkları terapi ekolüne ait deneyimleri sonuçlara olumlu bakma eğilimine ve yanlılığa neden olabilir. Araştırmalarda izlem süreleri ortalama 6 ay ile 2 yıl arasında değişmektedir. İki uçlu bozukluk süregelen bir hastalık olduğundan daha uzun süreli izlemler, idame dönemindeki etkililiğin değerlendirilmesinde daha iyi bilgi verecektir.

Toplumsal rol ve özelliklerin farklı olduğu kültürlerde psikososyal terapi modelinin geçerliliğinin araştırılması gerekmektedir (Bernal 2006). İki uçlu bozuklukta psikososyal girişim modelleri genelde batı kültürlerinde geli-

tilmiş olup, farklı kültürlerde uygulandığında alınabilecek sonuçlara dair bilgi açığı vardır. Sistematik geçerlilik çalışması olmamakla birlikte, AOT'nin etkililiğini inceleyen bir çalışmada (Özdem ve ark. 2009), hastalığın gidişi üzerinde olumlu etkiler ve yöntemin değişikliğe gerek olmadan uygulanabilirliği gösterilmiştir. Diğer psikoterapiler için de geniş kapsamlı kültürel geçerlilik çalışmaları gereklidir. Ülkemizde iki uçlu bozukluk hastalarında uygulanan sistematik psikoterapi çalışmalarına ait veri yoktur. Bu alanda deneyimli terapistlerin eksikliği, günlük pratikteki uygulamaların yazılıp araştırmaya dönüşmemesi, deneyimlerin sonraki kuşaklara aktarılamaması, kültürümüze özgün terapi modellerinin bulunmaması eksik alanlardır.

Her ne kadar farklı isimlerle anılsa da psikoterapötik yaklaşımlar; hastalığı tanımak, farkındalığı ve sağaltıma uyumu arttırmak, sosyal ritimleri düzenlemek, yinelemelere yatkınlığı arttıran içsel ve dışsal stresörleri tanımak ve yönetmek gibi ortak psikoeğitsel parçalar üzerinde çalışır. Yöntemler arasındaki farklılık, bu parçalara hangi oranda ağırlık verildiğine bağlıdır. Hastalık bilgisi ve ilaç uyumunda artma, haberci belirtilerin erken tanınması mani dönemi yinelemelerini önlemede etkili görünürken; uyku-uyanıklık döngüsü gibi günlük ritimlerin düzenlenmesi, aile içi iletişimde artış, işlevselliği bozan alışkanlıkların değişmesi ise depresif yinelemeleri önlemede önemlidir. Bu unsurlar ve bunları belli oranlarda barındıran yaklaşımların hangi hastalarda etkili olduğu henüz doğrudan araştırılmamıştır. Bu nedenle, klinik, sosyal ve kültürel özelliklere uygun eşleştirilmiş hasta seçimi ile psikososyal yaklaşımların etkililiği daha da artırılabilir.

Colom ve ark. (2003a) ilaç uyumu iyi, psikoeğitim alan iki uçlu I bozukluk hastalarında yineleme oranını 2 yıl içinde %60, almayanlarda ise %92 olarak saptamıştır. İstatistiksel olarak farklı olmasına rağmen ilaç uyumu iyi olan ve psikoeğitim almış hastalardaki %60 yineleme oranı, ilaç sağaltımı ve psikoterapi kombinasyonu başarısının hala sınırlı olduğunu göstermektedir. Buna rağmen, özellikle belli bir iyileşme düzeyindeki hastalarda psikoterapötik yaklaşımların hastalığın klinik gidişi üzerindeki yararları kuşkusuzdur. Sağaltım kılavuzlarına girmeye başlayan psikoterapilerin, ilaç sağaltımı ile kombinasyonu bir seçenektir ziyade bir gerekliliktir (Calabrese 2004, Goodwin 2003, Yatham ve ark. 2009). Hastalığın biyolojik, sosyal ve psikolojik kayıpları artmadan, psikososyal yaklaşımların mümkün olduğunca erken başlaması, hem ilaç sağaltımında hem de yaşam kalitesinde bir koltuk değneği olacaktır. Sağaltım zorluğu yaşanan, hızlı döngülü, alkol madde kullanımı olan,

dirençli vakalar bu uygulamalar için uygun hedefler gibi görünmesine rağmen, bu olguların terapi işbirliğine istek ve yatkınlıkları, hangi tür terapiden daha çok yararlanacakları henüz bilinmemektedir. Kanıta dayalı tıbbı göre psikososyal sağaltımların yararına ilişkin veriler artsa da hangi hasta grubuna, ne zaman ve hangi tür psikoterapi-

nin hangi süre ile uygulanacağı konusunda belirsizlikler sürmektedir. Buna rağmen süregelen ve yineleyici iki uçlu bozuklukta hastanın klinik gidiş, morbidite, sosyal çevre, aile, kültürel özelliklerine ve izleyen sağlık kurumunun olanak ve deneyimine göre seçilecek psikososyal sağaltımların önemli katkıları olacaktır.

KAYNAKLAR

- Angst J, Gamma A, Neuenschwander M ve ark. (2005) Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 14:68-76.
- APA (2002) [http:// www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_8.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_8.aspx)
- APA (2005) <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=148430>
- Ball JR, Mitchell PB, Corry JC ve ark. (2006) A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry*, 67:277-86.
- Basco and Rush (1996) *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. Guilford Press.
- Bauer MS, McBride L. (1996) *Structured group psychotherapy for bipolar disorder: the Life Goals Program*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Bauer MS, McBride L, Chase C ve ark. (1998) Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *J Clin Psychiatry*, 59:449-55.
- Bauer MS, McBride L, Williford WO ve ark. (2006) Cooperative Studies Program 430 Study Team: Collaborative care for bipolar disorder, II: impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv*, 57:937-45.
- Bernal G (2006) Intervention development and cultural adaptation research with diverse families. *Family Process*, 45: 143-51.
- Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N ve ark. (2008) Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br J Psychiatry*, 192:5-11.
- Calabrese JR, Kasper S, Johnson G ve ark. (2004) International Consensus Group on Bipolar I Depression Treatment Guidelines. *J Clin Psychiatry*, 65:571-9.
- Clarkin JF, Carpenter D, Hull J ve ark. (1998) Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv*, 49:531-3.
- Cochran SD (1984) Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol*, 52:873-8.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A ve ark. (2003a) A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 402-7.
- Colom F, Vieta E, Reinares M ve ark. (2003b) Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry*, 64: 1101-5.
- Colom F, Vieta E, Tacchi MJ ve ark. (2005) Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord*, 7:24-31.
- Cakir S, Bensusan R, Akca ZK ve ark. (2009) Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *J Affect Disord*. 119: 190-3.
- Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ (1988) Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 948-952.
- Ehlers CL, Kupfer DJ, Frank E ve ark. (1994) Biological rhythms and depression: the role of zeitgebers and zeitstorers. *Depression*, 1:285-93.
- Frank E, Swartz HA, Mallinger AG (1999) Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol*, 108:579-87.
- Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ (2000) Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 48:593-604.
- Frank E, Kupfer DJ, Thase ME ve ark. (2005) Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 62:996-1004.
- Frank E, Soreca I, Swartz HA ve ark. (2008) The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*, 165(12): 1559-65.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller T ve ark. (1995) Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.
- Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS (1995) Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry*, 152:379-84.
- Goldstein MJ, Miklowitz DJ (1997) *Bipolar disorder: A family focused treatment approach*, NY Guilford Press.
- Gonzalez JM, Prihoda TJ (2007) A case study of psychodynamic group psychotherapy for bipolar disorder. *Am J Psychother*, 61:405-22.
- Goodwin F, Jamison K (1990): *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.
- Goodwin GM, Young AH (2003) The British Association for Psychopharmacology guidelines for treatment of bipolar disorder: a summary. *J Psychopharmacol*, 17(4 Suppl): 3-6.
- Harvey NS, Peet M (1991) Lithium maintenance: effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. *Br J Psychiatry*, 158: 200-4.
- Hays JC, Krishnan KR, George LK ve ark. (1998) Age of first onset of bipolar disorder: demographic, family history, and psychosocial correlates. *Depress Anxiety*, 7(2): 76-82.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ ve ark. (2002) The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59: 530-537.
- Justo LP, Soares BG, Calil HM (2007) Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 17(4): CD005167.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ ve ark. (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, NY: Basic Books Inc.
- Lam DH, Jones S, Hayward P ve ark. (1999) *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*. New York, John Wiley & Sons.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P ve ark. (2003) A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*, 60:145-52.
- Lam DH, Hayward P, Watkins ER ve ark. (2005) Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry*, 162: 324-9.

- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH ve ark. (1986) Expressed emotion, affective style, lithium compliance, and relapse in recent onset mania. *Psychopharmacol Bull*, 22(3).
- Miklowitz D, Goldstein MJ (1997) *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. New York: Guilford.
- Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL ve ark. (2000) Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*, 48: 582–92.
- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA ve ark. (2003) A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 904–12.
- Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E ve ark. (2007) Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 164:1340–1347.
- Miklowitz DJ (2008) Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry*, 165(11): 1408–19.
- Miller IW, Solomon DA, Ryan CE ve ark. (2004) Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord*, 82:431–6.
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE ve ark. (2008) Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*, 69:732–40.
- Monk TH, Flaherty JF, Frank E ve ark. (1990) The Social Rhythm Metric (SRM): an instrument to quantify the daily rhythms of life. *J Nerv Ment Dis*, 178:120–6.
- Monk TH, Petrie SR, Hayes AJ ve ark. (1994) Regularity of daily life in relation to personality, age, gender, sleep quality and circadian rhythms. *J Sleep Res*, 3:196–205.
- NICE clinical guideline on bipolar disorder: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG38>.
- Ozdemir A, Oguz M, Miklowitz D ve ark. (2009) Family focused treatment for patients with bipolar disorder in Turkey: a case series. *Fam Process*, 48: 417–28.
- Parikh S, Zaretsky A, Beaulieu S ve ark. (2007) Psycho-education versus cognitive behavioural therapy for bipolar disorder: A multi-site national RCT [Abstract NR322]. *New Research Abstracts, Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Peet M, Harvey NS (1991) Lithium maintenance: 1. A standard education program for patients. *Br J Psychiatry*, 158: 197–200.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF ve ark. (2004) Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 55: 1029–35.
- Perlis RH, Keck PE (2005) The Texas implementation of medication algorithms update for treatment of bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, 66(7):818–20.
- Perry A, Tarrrier N, Morriss R ve ark. (1999) Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318:149–53.
- Rea MM, Tompson M, Miklowitz DJ ve ark. (2003) Family focused treatment vs individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 71:482–92.
- Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J ve ark. (2008) Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord*, 10:511–9.
- Revicki DA, Matza LS, Flood E ve ark. (2005) Bipolar disorder and health-related quality of life: review of burden of disease and clinical trials. *Pharmacoeconomics*, 23: 583–94.
- Rucci P, Frank E, Kostelnik B ve ark. (2002) Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during an acute and maintenance clinical trial. *Am J Psychiatry*, 159:1160–4.
- Scott J, Garland A, Moorhead S (2001) A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med*, 31: 459–67.
- Scott J, Paykel E, Morriss R ve ark. (2006) Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 188: 313–20.
- Scott J, Colom F, Vieta E (2007) A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, 10(1):123–9.
- Simon GE, Ludman EJ, Unützer J ve ark. (2005) Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychol Med*, 35:13–24.
- Simon GE, Ludman EJ, Bauer MS ve ark. (2006) Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63(5): 500–8.
- Simoneau TL, Miklowitz DJ, Saleem R (1998) Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *J Abnorm Psychol*, 107(3): 497–507.
- Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE ve ark. (2008) Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord*, 10:798–805.
- Suppes T, Dennehy EB, Hirschfeld RM ve ark. (2005) Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Bipolar Disorder. The Texas implementation of medication algorithms: update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, 66(7):870–86.
- Swartz HA, Frank E (2001) Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy? *Bipolar Disord*, 3(1):11–22.
- Swartz ve ark. (2006) American Psychiatric Publishing. *Textbook of mood disorders*. Chapter 25.
- Vahip I, Kocadere M (2003) İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Van Gent EM (2000) Follow-up study of 3 years group therapy with lithium treatment. *Encephale*, 26:76–9.
- Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF ve ark. (2000) Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *J Clin Psychiatry*, 61: 361–7.
- Weiss RD, Kolodziej M, Griffin ML ve ark. (2004) Substance use and perceived symptom improvement among patients with bipolar disorder and substance dependence. *J Affect Disord*, 79: 279–83.
- Weissman M, Markowitz J, Klerman G (2000) *A Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books Inc;
- Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C ve ark. (2005) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord*, 7(Suppl 3):5–69.
- Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A ve ark. (2009) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*, 11: 225–55.
- Zaretsky AE, Rizvi S, Parikh SV (2007) How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Can J Psychiatry*, 52:14–21.
- Zaretsky A, Lancee W, Miller C ve ark. (2008) Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry*, 2008; 53: 441–8.