

Bipolar Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Bipolar Disorder

Kadir ÖZDEL¹, Ayşegül KART², Mehmet Hakan TÜRKÇAPAR³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

²Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZ

Bipolar Bozukluk (BB) biyo-psiko-sosyal yaklaşımla ele alınırken "biyo" vurgusunun ön planda olduğu bir hastalıktır. Ancak hastalık belirtilerinin, birbirinden farklı atak dönemlerinin özelliklerinden dolayı ilaç tedavisiyle idareyi zor olan ve çoğu zaman sadece ilaç tedavisinin yetersiz kaldığı bir durumdur. Görülme sıklığı ve ilaç tedavilerinin yetersizliği düşünüldüğünde BB'nin tedavisinde psikososyal müdahalelerin önemi inkâr edilemez. Ayrıca tedavi uyumsuzluğu da psikososyal olarak ele alınması gereken bir başka sorundur. Psikososyal müdahaleler arasında, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), deneysel ve esnek olması gibi

birçok özelliğiyle eşsiz bir yere sahiptir ve akut mani dönemi dışındaki dönemlerde kanıta dayalı bir güçlendirici tedavi olarak önerilir. Bu gözden geçirmede BDT ile ilgili kanıtlara genel bir bakıştan sonra BDT yöntemlerinin hangi durumlarda nasıl kullanıldığıyla ilgili ayrıntılara yer verilmiştir. Bilişsel davranışçı perspektiften pragmatik bir yaklaşımla BB'de psikoterapi uygulamasının temel esaslarına odaklanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, bilişsel terapi, davranışsal belirtiler, psikososyal ihtiyaç

ABSTRACT

Biological underpinnings (i.e., "bio" of bio-psycho-social approach) of Bipolar Disorder (BD) has comparatively been more prominent when addressing to its etiology and treatment. Medical management of the disorder is usually difficult because of significant shortcomings of drug treatment and heterogeneity of symptoms and episodes with opposing features. Taking together the prevalence of BD and shortcomings of drug treatment, psychosocial interventions have undeniable importance in the treatment of the disorder. Another issue one must take into account is lack of treatment adherence. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has

its unique position among psychosocial interventions with its features like being empirical and flexible. Accordingly, it is recommended as an adjuvant therapy in every stage of the disorder except acute mania. In this review, after generally addressing the evidence for CBT in BD, we discussed on how it is used in specific areas of the disorder. We focused on essentials of psychotherapy practice with a pragmatic approach from CBT point of view.

Keywords: Bipolar disorder; cognitive therapy; behavioral symptoms; psychosocial deprivation

Cite this article as: Özdel K, Kart A, Türkçapar MH. Bipolar Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi. Arch Neuropsychiatry 2021;58:(Ek 1): 66-76.

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB) (1), Uluslararası Hastalık Sınıflandırması sürüm-10'a (ICD-10) ve Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El-kitabı 5'inci sürümüne göre (DSM-5) mani, hipomani ve/veya çökkünlük dönemlerinin olduğu, ataklarla seyreden kronik bir ruhsal rahatsızlıktır (2, 3). Yaşam boyu yaygınlığı bipolar-I bozukluk için %0–2,4, bipolar-II bozukluk için %0,3–4,8 ve siklotimik bozukluk için %0,5–6,3 arasındadır. Tüm bipolar bozukluklar dikkate alındığında, genel olarak yaşam boyu yaygınlığı %7,8'e kadar çıkmaktadır (4). Bipolar bozukluk etiolojisi itibarıyla biyopsikososyal yaklaşımın "biyo-" unsuruna vurgunun daha çok yapıldığı bir ruhsal bozukluktur. Ancak, alanyazındaki çalışmalar pek çok etkili tedavi alternatifi olmasına karşın BB olan kişilerin ötimik oldukları zamanlarda bile karşılanmamış ihtiyaçlarının olduğunu göstermiştir (5). Bipolar bozuklukla ilgili karşılanmamış ihtiyaçlar tanı konulma sürecindeki gecikmeyle başlasa da bununla sınırlı kalmaz. Tanı konulduktan sonra, tedavi süreciyle birlikte sorunlar devam eder. Birbirinden farklı duygudurum belirtilerinin ayrı ayrı veya birlikte olabildiği klinik durumlar

ilaç tedavilerinin optimizasyonunu zorlaştırır. Tedavilerde yanıt ve yan etki dengesi kurulmaya çalışılsa da belirtilerin uzun süreler kalıntı olmaksızın giderilmesi hastaların küçük bir yüzdesinde mümkün olabilmektedir (6). Bundan dolayı en önde gelen problemlerden biri bozukluğun belirtilerinin devam etmesidir. Diğer sorunlar ise tedaviye uyumsuzluk, cinsiyetle ilgili özel sorunlar (örneğin gebe ve emziren kadınların akut ve sürdürüm tedavisinin etkili bir şekilde yapılması) ve çoğu zaman ihmal edilen yaşam kalitesi, sosyal ve mesleki işlevsellikteki kayıplardır (7).

Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapinin (BDT) dört alanda kullanılması tedavi sürecine katkı sağlar:

1. Hastalık belirtilerinin azaltılması (depresif, disforik (iritabl) ve yükselmiş duygudurum dönemlerine müdahale)
2. İlaç tedavisine uyumun artırılması
3. Erken işaretlerin öğrenilmesi ve atak önleme
4. Eş-tanımlı durumların tedavisi.

Bu gözden geçirmenin ana odağı BDT'nin BB'de uygulanması olduğundan ve yer kısıtlılığından dolayı doğrudan BB tedavisine yönelik olan müdahaleler ele alınacaktır.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN KANIT DÜZEYİ

Bipolar bozukluk için norm tedaviler ilaç tedavisi ve elektrokonvülsif terapi (EKT) gibi somatik tedaviler olsa da iyilik halinde ideal duruma/hedefe yaklaşımda psikososyal tedaviler ön plana çıkar. BDT, ilaç tedavisinin yanı sıra akut mani dönemi hariç önerilen kanıt dayalı tedaviler arasındadır (8, 9). Kullanılan model ne olursa olsun, psiko eğitim üzerinde en çok çalışma yapılan müdahaledir ve hemen tüm kılavuzlarca önerilir. Psiko eğitim herhangi bir fazda BDT'nin bir basamağı olarak uygulanabileceği gibi tek başına, ötmik durumdaki hastalara yineleme önleme müdahalesi olarak da uygulanabilir (10). Altı seanslık grup psiko eğitimi protokollerinin çok daha uzun süren bireysel BDT uygulamaları kadar yinelemeyi önleme etkisine sahip olduğunu gösteren çalışmalar vardır (11).

Bilişsel davranışçı terapi protokolleri çoğunlukla ortalama 20 seans ve sonrasında güçlendirme seanslarını içeren protokoller şeklinde sunulur. BDT'nin BB için kanıt düzeyi tek uçlu depresyon ve psikotik bozukluklar için olana göre daha düşüktür. BDT yinelemeyi önlemede etkili olmasına karşın, çok sayıda atak geçirmiş olan hastalarda BDT'nin yinelemeyi önleyici etkisi ortadan kayboluyor gibi görünmektedir (12). BDT, akut mani dışındaki tüm durumlar için ilaç tedavisine ek olarak ikinci sırada önerilir. Akut dönem depresyon tedavisinde, yinelemeyi önlemede, remisyonda kalınan sürenin uzatılmasında etkili bulunmuştur (9). 2017 yılında, toplam 1384 hastayı kapsayan 19 randomize kontrollü çalışmanın (RKÇ) dahil edildiği bir meta analizde yukarıda sayılanlar dışında psikolojik

ve sosyal işlevselliği artırdığı ($g=0,457$; 95 %CI=0,106–0,809) ve mani şiddetini azalttığı ($g=-0,581$; 95 %CI=-1,127 ila -0,035) gösterilmiştir (13). Üçüncü kuşak olarak da ele alınan farkındalık temelli BDT'ler ise sonuçlar çelişkili olduğundan ilk sırada önerilmemektedirler (14).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MÜDAHALELER

Tüm BDT süreçleri temelde 4 basamak üzerine kuruludur: Değerlendirme, psiko eğitim, müdahalelerin (protokolün) uygulanması ve yinelemeyi önleme (Tablo 1).

Değerlendirme

Bipolar bozukluğun BDT'si için yapılacak olan değerlendirme temel olarak, tüm ruhsal rahatsızlıklar için yapılacak olan BDT değerlendirmesinin temel niteliklerini paylaşır. Bu aşamada hem tanının netleştirilmesi hem de varsa (ki BB için istisna değil kuraldır) ek tanıların belirlenmesinde yararlı olur. Bu amaçla DSM-IV veya 5 için yarı yapılandırılmış görüşme (SCID) veya mini uluslararası nöropsikiyatrik görüşme (MINI) tercih edilebilir (15, 16).

Değerlendirme görüşmesi, o birey için BB'nin hangi bağlamda, hangi tetikleyicilerle ortaya çıktığı ve hastalık dönemlerinin kişinin çevresiyle ilişkisini nasıl etkilediği hakkındaki bilgileri almak için de eşsiz bir fırsattır. Depresif dönemde hastaların sorumluluklarını yerine getirmedeki zorlukları, yakın ilişkilerin bu dönemden nasıl etkilendiği, mani ya da hipomani döneminde mesleki işlevselliğin ve kişiler arası ilişkilerin nasıl etkilendiği öğrenilmelidir. Hipomani ve mani dönemlerinde amaca yönelik etkinlik artışı (yeni girişimler, harcamaların artışı, cinsel ve riskli davranışlarda artış), bunların sonuçları ve ortaya çıkan sorunların nasıl çözüldüğü kaydedilmelidir. Ayrıca hastanın öyküsü alınırken geçmiş

Tablo 1. Bilişsel davranışçı tedavi protokolü

Tedavi aşaması Yaklaşık seans sayısı	Alt aşamalar	Teknikler ve içerik
Değerlendirme 1–2 seans	Tanı konulması	SCID, MINI gibi yarı yapılandırılmış gereçler kullanılması
	Belirti profili ve şiddet değerlendirme	Belirti ölçeklerinin kullanılması (BDE, YMDÖ gibi) Yaşam çizelgesi çıkartılması
	Biyopsikososyal (BPS) (25) çerçevede formülasyonun yapılması	Çevresel alan, düşünce alanı, duygu alanı, fizyolojik alan ve davranış alanını kapsayacak şekilde bütüncül formülasyon oluşturulması, bunların her biriyle ilgili unsurların ve tedavi hedeflerinin belirlenmesi
Psiko eğitim 1–2 seans	Hastalığın doğası ve belirtileriyle ilgili psiko eğitim	Hastalığın belirtisi, etiyolojisi, farklı dönemleri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermek
	Değerlendirme kısmında yapılan BPS çerçevedeki formülasyon üzerinden tedavi/terapi modelinin aktarılması	Çevre, algı/düşünceler, duygular, fizyolojik tepkiler ve davranışların birbiriyle karşılıklı ilişkisi aktarılır. Her bir kısım ile ilgili yapılabilecekler belirlenir. Biyolojik etkinin gücü ve ilaç tedavisinin bunun üzerindeki etkisi vurgulanır. Düşünce ve davranışın üzerinde ne kadar çalışılabilir olduğu tartışılır.
Müdahaleler 20–25 seans* *Hastalığın doğası gereği diğer psikopatolojilerden farklı olarak seans sayısı çoğu zaman pratikte sınırlandırılmaz	Davranışsal müdahaleler	Depresyon döneminde davranışın etkinleştirilmesi, mani ya da hipomani döneminde davranış etkinliğinin azaltılması üzerine çalışılır. Atak durumuna göre ödüllendirici etkinliklerin artırılıp azaltılması üzerine çalışılır.
	Bilişsel müdahaleler	Rüminasyonlar üzerinde çalışılır (özellikle davranış etkinleştirilmesiyle birlikte). Bilişsel yeniden yapılandırma yapılır. Her iki kutup için de kişinin daha gerçekçi, daha uygun ve daha işlevsel düşünmeyi öğrenmesi amaçlanır.
	Şema çalışması	Bilişsel müdahalelerin devamı niteliğindedir. Özellikle işlevsel olmayan tutumlar ve bireyin yaşamına yön veren işlevsiz temel inançlar çalışılır.
	Beceri geliştirme çalışması	Temelde davranışsal teknikleri içeren bir yaklaşımla; karar verme, atılganlık, sorun çözme, sosyal beceriler, mesleki beceriler gibi alanlarda çalışılır.
Yinelemeyi önleme 1–2 seans	İlaç tedavisine uyum	Bireyin ilaçlarla ilgili inanç ve tutumları üzerinde çalışılır.
	Erken işaretlerin tanınması	Bireyin hem çökkünlük hem de yükselme uçları için erken işaretleri öğrenip bunlarla ilgili işlevsel başa çıkma planları oluşturulur. Süreçte öğrenilen teknikler pekiştirilir.
	Günlük ritmin düzenlenmesi	Uyku, yorgunluk, kişilerarası ilişkiler gibi alanlarda farkındalık ve kendini yönetme üzerinde çalışılır.
	Kendini izleme	Kişinin kendi duygulanımsal süreçlerine ve davranışlarına dışarıdan bakabilme becerisinin artırılması

BDE, Beck depresyon envanteri; YMDÖ, Young mani değerlendirme ölçeği; SCID, DSM için klinik görüşme; MINI, Mini uluslararası nöroloji-psikiyatri görüşmesi.

deneyimlerle ilgili yorumlarına dikkat edilmeli, kendilerine ya da dış dünyaya yaptıkları atıflar ve değerlendirmeler not edilmelidir.

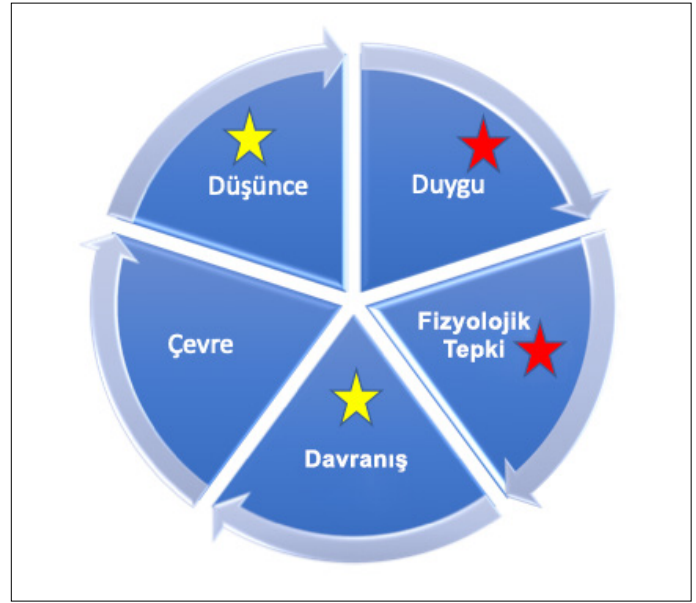
Beck Depresyon Envanteri (BDE) (17), Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) (18) gibi ölçekler BB'deki dönemlerinin şiddetini değerlendirmek ve belirti şiddetini takip etmekte kullanılırken, Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) (19), İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ) (20) ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (SKÖ) (21) gibi ölçekler bireyin bilişsel profilini değerlendirmek için yararlıdır. Başta depresif dönemler olmak üzere intihar riskini değerlendirmek üzere Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) gibi ölçekler kullanılabilir (22, 23). Yine benzer şekilde cümle tamamlama testleri (örn., Beier cümle tamamlama testi), her ne kadar BDT için geliştirilmiş testler olmasalar da hastanın bilişsel profilinin anlaşılmasında önemli katkı sağlar (24). Bununla birlikte yaşam çizelgesi çıkartılması tanısız yararının yanı sıra erken belirtiler ve genel belirti profili ve tetikleyiciler hakkında bize bilgi verir. Yaşam çizelgesi çıkartılırken erken işaretlerin bulunmaya çalışılması ilk değerlendirmeden itibaren denenmelidir.

Tüm bu değerlendirme sürecinin BDT için özel olan kısmı, temeli biyopsikososyal yaklaşıma dayanan beş alanlı formülasyonun yapılması için gereken bilgilerin toplanmasıdır. Bu beş alan şu şekilde özetlenebilir: *Çevre*: belirtilerin ortaya çıktığı bağlam ve belirtilerin çevre üzerindeki etkileri; *Algı/düşünce*: bireyin atak dönemindeki veya hastalıkla ilgili düşünceleri (değerlendirme, atıf, yorum ve beklentiler); *Duygu*: çökkünlük, yükselme, disfori, kaygı, üzüntü, öfke vs.; *Fizyolojik tepkiler*: uyku, iştah, enerji (dikkatsizlik gibi bilişsel belirtiler de pragmatik bir yaklaşımla burada ya da algı/düşünce alanı içinde değerlendirilebilir) ve; *Davranışlar*: bireyin belli bir dönemin etkisinde yapma eğiliminde olduğu davranışlar (örn., hipomani döneminde seyahat miktarını artırma, alkol kullanımını artırma), duygu durumuyla başa çıkmak için kullandığı davranışsal stratejiler (örn., depresif duygudurumda yatakta geçirdiği zamanı artırma, sosyal içe çekilme gibi) ve bunların çevreye etkileri ile ilgili bilgiler elde edilir (örn., hipomani dönemindeki harcamaları sonrası yönetilmesi zor bir borca girmek ve ailesiyle tartışmak) (Tablo 1).

Psikoeğitim

Bu basamakta iki temel bileşenin olduğunu vurgulamak gerekir. İlk bileşen hastalık belirtilerinin, iki uçlu doğasının anlatılması ve etiyojisiyle ilgili genel bilgiler verilmesini kapsar. Bu aşamada hastanın hastalığına dışarıdan bakabilmesini ve somutlaştırabilmesini sağlamak amacıyla biyolojik temeli baskın ancak psiko-sosyal bileşenleri de olan başka kronik hastalıklardan örnekler verilebilir. Örneğin diyabet ya da hipertansiyon gibi hastalıkların hem genetik hem de çevresel özellikleri ile tedavilerinde ilaç tedavisi ve davranışsal değişikliklerin etkisi tartışılır. Hastayla bu aşamada çalışırken tedavi edicinin motivasyonel görüşme ilkelerine sadık kalması önerilir (26) (ayrıntılı bilgi için bkz. 27).

Modelin aktarılması: Bir önceki aşamada elde ettiğimiz 5 alandaki bilgileri kullanarak bu beş faktörün birbirleriyle nasıl etkileştiği ve değişim için nasıl bir model önerildiği hastayla paylaşılır. Çevre; algı ve düşünceler üzerinde, dolayısıyla da duygu, fizyolojik tepkiler ve davranışlar üzerinde etkilidir. Duygu ve fizyolojik tepkiler hem birbirini hem de algı ve düşünceyi etkileyen içsel süreçlerdir. Çevreyi de temelde davranışlarımızla etkileriz. Ancak çevrenin bizden bağımsız olan bir tarafı vardır. Duygu ve fizyolojik tepkilerimiz doğrudan bizim kontrolümüzde değildir. Ancak bu tepkilerimiz, ilaç tedavileri gibi yöntemlerle doğrudan; çevresel alan, düşünce alanı ya da davranış alanının değişmesiyle dolaylı olarak değişebilir. Ayrıca bu değişimlerin her birinin kısa ve uzun vadede aldıkları biçim birbirinden farklı olabilir. Örneğin bir kişinin iş akdine son verilmesi çevresel alan; "Bir daha böyle bir iş bulamayacağım, haksızlığa uğradım" düşünceleri düşünce alanı; mutsuzluk, kaygı ve öfke duygu alanı; yorgunluk ve halsizlik fizyolojik tepki alanı; gelen telefonları açmamak ve evden



Şekil 1. Biyopsikososyal perspektiften BDT modelinin anlatılması

çıkılmak davranış alanında yer alan unsurlardır. Yukarıdaki etkileşim ağını düşündüğümüzde bu alanların nasıl birbirinin etkisini artırıp azalttığını tahmin edebiliriz. Örneğin evden çıkmama davranışının kısa vadede kişinin kaygısını azaltırken uzun vadede mutsuzluğunu artırabileceğini ve bir daha iş bulamayacağı inancını pekiştirebileceğini biliyoruz (Şekil 1).

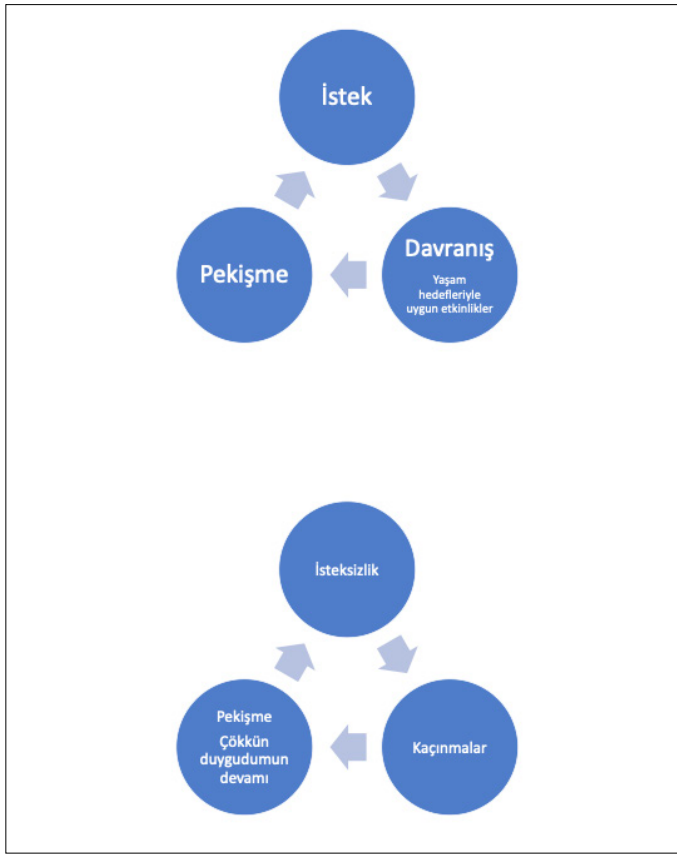
Müdahaleler

Davranışsal müdahaleler

Duygudurum izleme: Birçok bilişsel ya da davranışsal tekniğin uygulanması öncesinde hastaların duygudurum değişikliklerinin farkında olmalarını sağlaması bakımından temel bir yöntemdir. Hastalar ayın takvim günlerinde o gün için genel duygu durumlarını puanlar, onun dışında önemli olabilecek diğer duygularını, uyku miktarlarını ve ilaçlarını alıp almadıklarını işaretlerler (Çizelge 1). Duygudurum izleme çalışması, hastada, süreç içinde uygulanan diğer davranışsal ve bilişsel müdahalelerin yapılmasında kolaylaştırıcı rol oynar. BB-BDT protokollerinin hemen hepsinde bu müdahale bulunur (28). Hastalar bunu yapmaya her zaman istekli olmayabilirler. Çökkünlük dönemindeki hastaların yapmama nedenleri arasında motivasyon kaybı ve olumsuz beklentiler ön planda iken hipomani/mani dönemindeki hastalarda pekiştirici özelliği olan davranışlardan vaz geçememek bir neden olabilir (29).

Etkinlik planlama müdahaleleri: Mani, hipomani ve çökkünlük dönemlerindeki davranış müdahaleleri birbirinden farklıdır. Bu müdahaleler öğrenme kuramlarından köken alır. Öğrenme kuramına göre bir davranış sonrasında pekiştirme niteliğinde bir durum ortaya çıkarsa o davranışın sıklığı artma eğilimindedir (edimsel koşullanma: operant conditioning). Depresyonda çoğu zaman kaçınma işlevine sahip ve uzun vadede başka sorunlara neden olabilen davranışlar geçici rahatlatma ile olumsuz pekiştirilirken mani veya hipomani dönemlerinde kişi için uzun vadede önemli bedelleri olan davranışlar pozitif pekiştirilir (30). Ayrıca tek uçlu depresyon için ortaya atılan bu modele ek olarak Depue ve arkadaşlarının (31) ortaya koyduğu davranış etkinleşmesi ve ödüle yanıt vermedeki artış modeli mani ve hipomani durumlarını bireyin davranışsal katılımının artışıyla açıklar (behavioral engagement).

Çökkünlük döneminde uygulanacak davranışsal müdahaleler: Çökkünlük döneminde bireyin günlük yaşamındaki etkinliklerin büyük bir çoğunluğu sonucunda (içsel ve/veya dışsal) pekiştiriciler azalır. Hatta bazen davranış sonucunda ceza işlevi gören olumsuz sonuçlarla karşılaşılır (sosyal



Şekil 2. Ötimik döngü ve çökkünlük döngüleri

ortamlarda kişinin kaygı belirtileri yaşaması gibi). Bu durumda birey etkinlik düzeyini azaltır. Genellikle önce haz verici etkinlikler, sonrasında da yapmak zorunda olduğu etkinliklerin miktarı azalmaya başlar. Bu süreç içerisinde kişinin erteleme, sosyal yalıtım, uzun süre yatakta kalma gibi davranışları bu davranışların sağladığı geçici rahatlatma veya sıkıntılarındaki azalma nedeniyle olumsuz pekişir. Yani kişi bir çökkünlük döngüsüne girer (Şekil 2) (32).

Hem depresyon hem de yükselme dönemlerinde bu müdahalenin yapılabilmesi için etkinlik çizelgesi kullanılır. Kişinin öncelikle bulunduğu

ortam, yaptığı davranışlar ve bu sıradaki duygudurumu izlenir. Hastadan belli bir dönemde içinde bulunduğu ortam veya yaptığı eylemlerle ilgili aldığı hazı 0 (hiç haz yok) ile 10 (en fazla haz veren) arasında puanlaması istenir. Ayrıca bu etkinliklerden uygun olanlar için de 0 (hiç başarılamadı/amacına ulaşmadı) ile 10 (tam manasıyla başarılı oldu/amacına ulaştı) arasında yetkinlik/başarı puanlaması yapılır (Çizelge 2). Öncelikle doğal olarak pekiştirilme ihtimali olan ve hazla ilişkilendirilebilecek davranışlar tabloya eklenir. Hastanın bir engeli yoksa tempolu yürüyüş şeklindeki egzersiz ilk eklenecek etkinliktir. Egzersizin bağımsız olarak daha az depresyon belirtisi, daha yüksek işlevsellik ve yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (33). Daha sonraki adımda pekiştirilme olasılığı fazla olan (haz verici) etkinlikler hastayla birlikte planlanarak kişinin günlük yaşamına eklenmelidir.

Hasta yukarıdaki (hazza dönük) etkinlik planlamalarına uyum sağladığında, yapmak zorunda olduğu ancak çökkün olduğu dönemde yapmayı bıraktığı etkinlikler seçilir. Bu etkinlikler genellikle ötimik dönemde de hazza dönük etkinlikler olmaktan ziyade kişinin görev ve sorumluluklarını başarmasıyla, yaptığı etkinliğin amacına ulaşmasıyla pekişen etkinliklerdir. Bu tür etkinlik alanlarıyla ya da bu tür durumlarla ilgili iki temel yöntem işlevseldir: Basamaklandırma ve sorun çözme becerileri.

Basamaklandırmada, hastanın yapacağı etkinlikleri önce terapist ile birlikte sonra kendi kendine basamaklandırması, daha sonra bir seferde bir basamak olacak şekilde ve sadece o basamağa odaklanarak eyleme geçmesi istenir. Çökkünlük belirtilerinin şiddetine göre bu basamakta terapist desteğinin ağırlığı ayarlanabilir. İşlevselliği ileri derecede düşmüş olgularda terapistin daha fazla katkısına gereksinim duyulur.

Sorun çözme teknikleri kişinin çökkün dönemde uzak durmak istediği ancak bir şekilde ele almak zorunda olduğu durumlar için kullanılır (34). Sorun çözme çalışması her basamağı iyice anlaşılana kadar terapistle birlikte yapılmalı, daha sonra yine kişinin etkinlik programı içine yerleştirilmelidir. Sorun çözme becerileri 6 basamaktan oluşur: 1) problemin tanımlanması, 2) yapılabilişliğine, sorunlu yanlarına bakılmaksızın tüm olası çözümlerle ilgili beyin fırtınası yapılması, 3) çözüm yollarının artı ve eksilerinin değerlendirilmesi, 4) çözüm veya çözümleri seçme, 5) seçilen çözümü uygulama, 6) çözümün sonuçlarını değerlendirmek, kısmen veya tamamen çözüm yolunu değiştirmek.

Uyku ile ilgili davranışsal müdahaleler: Depresyon döneminde temel uyku hijyeni kuralları uygulanırken hipomani/mani dönemlerinde uyku miktarının artırılmasına yardımcı olan teknikler kullanılır (Tablo 2).

Tablo 2. Uyku hijyeni önerileri

Aşağıda uykuya dalmanızı kolaylaştıracak, uyku kalite ve miktarınızı artıracak önlemler sıralanmıştır. Önerilerin mümkün olduğunca tamamına uymaya çalışın. Sizde olumsuz etki yapan bir öneri olduğunda o öneriyi atlayabilirsiniz. Birbirleriyle çelişen öneriler uygun olduğu durumlarda uygulanmalıdır.

- 1) Uyku için bir rutin oluşturun. Belli bir saatte belli bir yerde sizi rahat ettirecek kıyafetlerle uyu. Bu ortam ses, ışık ve diğer uyaranlar açısından mümkün olduğunca yalıtılmış bir ortam olmalıdır.
- 2) Birinci öneriye uymanıza rağmen uyku sorunu yaşıyorsanız, uyduğunuz yeri ve ortamı değiştirin. Birkaç gün farklı yataklarda yatın.
- 3) Fizyolojeye uygun belli bir yatağa gitme saati ve yataktan kalkma saati belirleyin. Az uyumuş bile olsanız kalkmak için planladığınız saatte mutlaka kalkın. Eğer uyanma saatiniz gündüzün ileri saatlerine kaymışsa bunu kademeli olarak yapabilirsiniz.
- 4) Yatağa uyumak için çok uzun bir zaman geçirmişseniz, kalkıp sizi zihnen ve bedenen çok uyarılmayacak etkinlikler yapın, sonra tekrar yatağa gelin. Bu sürede saate bakmayın.
- 5) Akşam saatlerinden itibaren çay, kahve gibi uyarıcılar almayın, ağır egzersiz yapmayın, alkol almayın. Alkol her ne kadar uykuya dalmayı kolaylaştırırsa da uyku kalitenize olumsuz etki yapar.
- 6) Yatağı seks ve uyku dışındaki amaçlar için kullanmayın. Yatağa günlük işlerinizi halletmeyin, TV izlemeyin.
- 7) Gün içinde şekerleme (kısa hafif uyku molaları) yapmayın.
- 8) Melatonin salgısını artırdığı bilindiğinden karanlık ve hafifçe serin bir odada yatmayı tercih edin.
- 9) Uykusuzluk ve sonuçlarıyla ilgili düşüncelere dalmayın.
- 10) O gün olanlar ile ilgili muhasebe ve yarın olabileceklerle ilgili planlar yapmayı bırakın. Eğer buna ihtiyaç duyuyorsanız uyku saatine yakın olmayan bir zaman dilimini endişe ya da plan saati olarak ayarlayabilirsiniz. (Bu süre yarım saatten uzun olmamalıdır)

Çizelge 2. Etkinlik çizelgesi

Zaman dilimi		Saat:	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
Sabah		Saat:							
		Saat:							
		Saat:							
Öğlen		Saat:							
		Saat:							
		Saat:							
Akşam		Saat:							
		Saat:							
		Saat:							
Gece		Saat:							
		Saat:							
		Saat:							
Notlar:									

Bu tabloda her bir gün için günün belli vakitlerinde aktif davranışlarınız (örn., bir yere gitmek) veya pasif olarak bulunduğunuz durumlarda (örn., misafir geldiğinde salonda durmak) yaşantınızı iki açıdan puanlanmanızı istiyoruz. 1) Eğer o davranış ya da durum için uygunsuz (örneğin yemek yemek) haz bakımından o davranış ya da duruma 0 (hiç haz vermeyen) ile 10 (en haz verici) arasında puan vermelisiniz. 2) Eğer o davranış ya da durum için uygunsuz (örneğin bir odayı temizlemek) başarılı/amaçlı ulaşma bakımından o davranış ya da duruma 0 (hiç başarılı olmadı/amaçlı ulaşmadı) 10 (en başarılı/amaçlı ulaştı) arasında bir puan vermelisiniz.

Lütfen çizelgeyi olayın ya da davranışın olduğu zamana en yakın zamanda doldurunuz. Puanları o an içinizden geldiği gibi veriniz. Doğru ya da yanlış puanlama yoktur.

Mani veya Hipomani Döneminde Uygulanan Davranışsal Müdahaleler

Etkinlik çizelgesi hipomani ve mani dönemlerinde de etkin olarak kullanılabilir. Elbette çökkünlük dönemindeki davranış deseniyle bu dönemdeki davranış desenleri birbirinden oldukça farklı özellikler gösterir. Kişi için ödüllendirici olan etkinliklerin azaltılması yararlı olabilir. Ek olarak, aşağıdaki davranışsal öneriler uygulanır.

Uyku miktarını artırma: Uyku miktarının azalması hem bir mani belirtisidir hem de duygudurumun yükselmesine etki eden bir durumdur. O yüzden kişinin ihtiyaç hissettiğinden fazla, ötimik olduğu döneme yakın miktarda uyuması sağlanmalıdır. Bazı etkinlikler örneğin gece dışarı çıkmak ve gece eğlencelerine katılmak gibi, doğası gereği uykuya geçişi geciktirebileceğinden etkinlik çizelgesi üzerinden bu etkinlikler düzenlenmelidir.

Para idaresinin sıkılaştırılması: Hastayla birlikte aylık ve haftalık bütçe yapılması mümkündür. Onun dışında bireyin para kaynaklarına ulaşmasını kısıtlayan ya da yavaşlatan önlemlerin alınması yararlı olabilir. Belli bir limitin üzerindeki alışverişlerin sınırlandırılması için kişinin güvendiği kişilerin yardımı alınabilir. Banka hesabına aşırı harcamayı azaltacak engeller konabilir. Bu önlemlerin işe yarayabilmesi için yükselme sürecinde hastayla temasın sürmesi gerekebilir. Ek olarak, her atak döneminde bu girişimlerin yeniden uygulanması gerekebilir.

Önemli kararların yavaşlatılması: Yaşamı için maddi ve manevi olarak büyük değişimler içeren kararlar öncesinde üst üste iki gece yeterli miktar uyuduktan sonra kararı uygulamaya koyması istenir. Ayrıca karar vermeden önce kişinin güvendiği en az iki kişiden kararla ilgili fikir alması istenir. Hastaya bu anlatılırken büyük şirketlerin karar alma mekanizmaları ya da bilimsel araştırmalardaki hakem sistemi örnek olarak verilebilir.

Dürtüsel davranışların yavaşlatılması: Yükselmiş duygudurumu olan bireyin diğerleriyle tartışırken veya şakalaşırken bir eylemi yapmadan önce 5 saniye düşünmesi ve o eylemin birbirinden farklı iki sonucunu zihninde canlandırması istenir. Örneğin birey cinsel içerikli bir şaka yaptığında karşıdaki kişinin gülümsediği bir imge ile rahatsız olduğu bir imgeyi aklına getirmesi istenebilir.

Uyarıcı düzenlenmesi: Kişinin etkinlik çizelgesinden ya da bize verdiği bilgilerden yükselmiş duygudurumu ya da disforisiyle ilişkili olabilecek uyarıcılar tespit edilmişse bunlardan kaçınması üzerinde çalışılır. Bu tetikleyiciler belli mekânlar, kişiler ya da durumlar olabilir. Bu uyarıcılar belli bir kişiyle olan arkadaşlık ilişkisi, belli bir alanda yapılan iş (örneğin makale yazmak, proje yazmak) ya da fizyolojik bir durum (açlık, yorgunluk vs.) olabilir.

Atak Dışı Dönemlerde Uygulanabilecek Davranışsal Yöntemler

Farkındalık (Mindfulness) eğitimleri ve gevşeme teknikleri: Her iki uygulama da BB'nin (şiddetli mani ve depresyonun aktif dönemleri hariç) tüm dönemleri için kullanılabilir. Birincisi daha çok içsel yaşantılara dışarıdan bakabilme becerisini artırmaya yönelikken diğeri fiziksel gerginlik ve disforinin kontrol edilmesinde yararlıdır (35). Bunların yanı sıra özellikle rahatsız edici ya da kişinin duygudurum yükselmesini etkileyebilecek imgelerle ilgili, kişinin o imgeden etkilenme düzeyinin azalmasına hizmet eden üst-bilişsel (meta-kognitif) teknikler kullanılabilir (36).

Bilişsel Müdahaleler

Bilişsel müdahaleler çökkün veya yükselmiş duygudurumun çok şiddetli olduğu durumlarda uygulanmaya elverişli değildir. Özellikle yoğun çökkün duygudurum varlığında yetersizlik hissini ve ruminasyonu artırabileceğinden dikkatli olunmalıdır (37). Bilişsel terapinin temelinde şema teorisi yatar. Şemalar algı ve dikkati düzenleyen, bilgiyi işlememizi

sağlayan, duyu ve davranışa yön veren bilişsel yapılarıdır. Anlık düşünce ve imgeler bellek sistemi içine yerleşmiş olan bu şemalardan köken alır. Biyolojik ve çevresel etkenlerle etkinleşen şemalar bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilere yön verir. Belli bir bağlamda durum, kişi veya içsel uyarı ile ilgili duygusal ve davranışsal tepkiler, bilişsel sistem tarafından düzenlenir (38). Düşüncelerle çalışırken iki düzeydeki (refleksif ve reflektif) bilişsel sistem için yapılabilecek müdahaleler farklıdır. Refleks düşünce sistemi, daha hızlı yanıt veren ancak daha az veri kaynağı kullanan bir sistemken; reflektif sistem, daha yavaş ancak daha çok veri kullanan, daha kapsamlı çıktı üreten bir sistemdir (39). Bu amaçla düşüncelerin fark edilmesi, duyu ve davranışla bağlantısının kurulması, inançların test edilmesi bilişsel tekniklerin temelini oluşturur. Birey zihni tarafından sunulan düşünceleri gerçekçilik, duruma uygunluk ve işlevsellik açısından ele almayı ve bu durum için daha gerçekçi daha uygun ve daha işlevsel alternatifler üretmeyi öğrenecektir.

IV. I Kanıt inceleme: Üç aşamada gerçekleştirilir.

- 1) Bireyin sahip olduğu düşünceyi destekleyen "veriler" kaydedilir: Bu aşamada nesnellik aranmaz. Bireyin öyle düşünmesinin nedeni ve bu düşünceyi destekleyen düşünceleri sorulur.
- 2) Bu düşünceyi destekleyen "kanıtlar" kaydedilir: Bu aşamada hastanın düşüncesiyle ilgili nesnellik tartışılır. Elde olan nesnel verilerle nesnel bir gözlemci tarafından bu durum değerlendirilseydi karar ne olurdu? Nesnel bakışı güçlendirmek için iyi tanıdığı birisi üzerinden veya mahkeme metaforu üzerinden kişi düşüncesini değerlendirir.
- 3) Mevcut düşüncenin gerçekçi olmadığına dair "veriler" araştırılır: Bu kısımda Sokratik sorularla kişinin bilişsel yanlılığı nedeniyle hatırlayamadığı ya da sentezleyemediği bilgiler ortaya çıkartılmaya çalışılır. Kapsamlı bir düşünce inceleme formu kullanılır (Çizelge 3). Bu form verilmenden önce seans içinde hastayla bu prensipler ışığında çalışılmış olmalıdır.

Bilişsel alan içerik olarak depresif dönemlerde kişinin kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili olumsuz inançlardan oluşur. Olumsuz düşünceler bireyin sevilmemesi, yetersiz olduğu ve kötü birisi olduğu temalarına sahiptir. Ayrıca bu dönemde hem ilaç tedavisinin hem de psikoterapinin işe yaramayacağı ile ilgili düşünceler olabilir. Umutsuzluk düşünceleri hastaların tedaviye uyumlarını olumsuz etkiler. Umutsuzluk düşünceleri ayrıca intihar riskiyle de ilişkili olduğundan hem ilaç tedavisi hem de psikoterapi müdahaleleri açısından önceliğe sahiptir (40). Mani veya hipomani döneminde "Herkesten daha iyiyim", "İstedigimi yapabilirim", "Artık bundan sonra böyle güçlü ve enerjik olacağım" gibi kendisi, dünya ve gelecekle ilgili gerçek dışı olumlu düşünceler olabilir. Bunların yanı sıra hastalığı kendi "iradesiyle" yenebileceği ya da ilaçlara ihtiyacı olmadığına dair düşünceler de görülebilir. Duruma uygun olarak ilgili düşünceler yukarıdaki ilkelerle ele alınır.

Tekrarlayıcı düşünme deseniyle çalışma (Ruminasyonlar ve Endişeler): Ruminasyon daha çok geçmiş ve bugüne ilgili, endişe ise gelecekle ilgili tekrarlayıcı düşünme tarzı olarak tanımlanır. Duygusal olarak çoğu zaman, üzüntü, öfke ve disfori ile ilişkilidir. Bipolar bozukluğun yükselme dönemlerinde de tekrarlayıcı düşünme tarzının varlığı gösterilmiştir (41). Bilişsel perspektiften bakıldığında bireyin yaptığı; yeni veri almaksızın kendi bilişsel sistemi içinde aynı konuyla ilgili ayrıntılı bir düşünme sürecine girişmesidir. Bu düşünce sürecinin tetiklenmesi otomatik olsa da devam etmesinde bireyi istemli tepkileri önemli yer tutar. Tekrarlayıcı düşünce sürecinin yönetilmesiyle ilişkili olarak bireyin kullandığı bilişsel (düşünceye yanıt bulmak için uğraşma, pozitif düşünmeye çalışma veya düşünceyi bastırmaya çalışmak gibi) ve davranışçı stratejiler (geri çekilme, yalnız kalma, diğerlerinden güvence almaya çalışma gibi.) müdahalede hedef noktayı oluşturur. Birçok hasta düşünceleri üzerinde nasıl bir etkisi/kontrolü olduğunu anlamakta zorlanır. Bireyin zihinde

Çizelge 3. Düşünce kayıt ve inceleme formu

Olay Yer-zaman	Duygular/fizyolojik tepkiler Şiddeti (0-100)	Tetiklenen düşünceler inandırıcı gelme düzeyi (0-100)	Yapma isteği duyulan/ yapılan davranış	Gerçekçilik testi	Uygunluk testi	İşlevsellik testi	Alternatif düşünce & davranış	Sonuç
Tam olarak içsel ya da dışsal olay nedir? Bunu ilk kez gören bir gözün ya da kameranın göreceği bir ölçüm cihazının ölçeceği ne olurdu? Örn: kalbim hızlı ve gürültülü çarpıyor (içsel olay) Arkadaşım benimle bugün akşam çıkamayacağımı söyledi (dışsal olay)	Hissettiğiniz bedensel duyular-hisler var mı? Bunu en nesnel olarak nasıl tanımlayabilirsiniz? Örneğin, titreme, terleme, sarılma, mideye kazanma hissi, kaslarda yorgunluk gibi. Duygusal olarak ne hissediyorsunuz? Üzgün, sevinçli, heyecanlı, rahatsız, kaygılı, korkulu, coşkulu gibi. Her iki grup için 0 bu duygu ya da hissin en düşük halini 100 en yüksek halini düşünerek bir puan verin.	Bu durum ve bu hisler ne anlama geliyor? Bu durum sizin için ne anlam ifade ediyor. Gelecekle ilgili ne gibi şeyler olacağını söylüyor? Sizin nasıl birisi olduğunuzu nasıl bir durumda olduğunuzu gösteriyor? Bu düşünce size şu anda ne kadar inandırıcı geliyor? 0 hiç inandırıcı değil. 100 son derece inandırıcı.	Bu durumla ilgili henüz bir davranışta bulunmadıysanız, içimizden ne yapmak geçiyor? Böyle bir durumda genellikle ne yaparsınız? Bu durumla ilgili ne yaptınız?	İkinci sütündeki düşüncelerden duygu ve davranışlarımız üzerinde en etkili olan hangisi? 1. Bu düşünce size neden inandırıcı geliyor (aklımıza gelen tüm fikirleri yazınız) 2. Bu düşüncenin doğru olduğunun nesnel bir kanıtı var mı? Örneğin bu veri bir mahkeme kanıt olarak kullanılabilecek bir veri midir? 3. Bu düşüncenin doğru olmayabileceğini gösteren veriler var mı? Guvendığınız birisi olsa bu durumla ilgili aksi kanıt olarak neyi sunardı? (bu verilerin size ne kadar inandırıcı geldiği önemli değildir ne kadar nesnel olduğuna odaklanınız).	Bu düşünce (üçüncü sütündeki) mevcut durumu yeterince açıklıyor mu? Bir müfettiş olsanız ve bu durumla ilgili nesnel bir rapor hazırlanmanız istenseydi rapora neler yazardınız? Bu durumu açıklayacak tek bir gerçeklik olmayabileceğinizi aklınızdan çıkartmayın. Yine böyle bir durumda guvendüğünüz insanlardan oluşan bir konsey olsa bu durumu açıklayacak bir açıklama konusunda olsalar nasıl bir açıklama yaparlardı?	Bu düşünce sizi nasıl bir duruma sürüklüyor? Ne tür davranışları beraberinde getiriyor? Bu düşüncenin bu halıyla işlevi ve sonucu ne olabilir. Bakimından ve korunmasından sorumlu olduğunuz birisine bu şekilde düşünmesini tavsiye eder misiniz? Bu şekilde davranmanızda veya davranmamak istemenizde (dördüncü sütun) bu düşüncenin size ne kadar etkisi var? Bu davranışın kısa ve uzun vadeli etkileri ne olur? Bakimandan ve korunmasından sorumlu olduğunuz kişiye ne yapmasını tavsiye ederdingiz?	Bu durum için gerçekçi alternatifler neler olabilir? Alternatif olarak nasıl davranılabilir? Nasıl davranırsanız bu düşüncenin gerçekçiliği, uygulanlığı ve işlevselliği test edilmiş olur?	Duygusal açıdan şu anda nasıl hissediyorsunuz? Farklı bir şekilde davranıyorsanız sonuç ne oldu? Siz bu sonuçlardan ne çıkarttınız?

Dr. Kadir ÖZDEL tarafından hazırlanmıştır. Referans verilerle kullanılabılır.

Çizelge 4. Tekrarlayıcı düşünce çalışma formu

Tarih Saat	Tekrarlayıcı düşünmeyi ilk başlatan girci düşünce nedir? - Soru - Görüntü	Tekrarlayıcı düşüncenin içeriği - Endişe/rüminasyon sürecinde merkezi konular nelerdi?	Tekrarlayıcı düşünme süreciniz ne kadar sürdü?	Düşündüğünüz konuyla ilgili duygularınız neler?	Düşünme süresince tepkiniz neydi? - Düşünmeyi kontrol etmek için ne yaptınız? - Düşündüğünüz sırada diğer etkinliklerle ilgi neler yaptınız?	Sonuç - Sıklığı düzeyiniz nasıl etkilendi? - Somut bir karara veya sonuca ulaştınız mı? - Sorun çözme anlamında motivasyonunuz nasıldı?

Dr. Kadir ÖZDEL tarafından hazırlanmıştır. Referans verilerek kullanılabilir.

belli bir düşünce ya da imgenin belirmesi düşünce sürecinin kontrol edilemez bir unsurdur. Öte yandan birey otomatik olarak, çaba sarf etmeksizin bu süreci yaşarken diğer yandan, çoğunlukla bu düşüncenin yarattığı duygudan kaçınmak için ya da düşüncenin işaret ettiği durum veya sonuçlarla başa çıkmak için istemli davranışlarda bulunur. Çoğu zaman bu istemli davranış sürecine istemli bilişsel etkinlik eşlik eder. Bu zihinsel (bilişsel) etkinliğin problem çözmeye dönük ve sağlıklı olması bilişsel müdahalenin hedefidir. Bu müdahaleler yapılırken ya bireyin perspektifinin gelişmesine ve böylelikle daha çok veriyi kullanmasına yardımcı olunur ya da bir sonuca ulaşması beklenmeyen endişe ve ruminasyon sürecinden kişinin uzaklaşması sağlanmaya çalışılır.

Tekrarlayıcı düşünce için bilişsel müdahaleler temelde üst-bilişseldir. Üst bilişsel inançlar üç gruptadır:

A) Tekrarlayıcı düşüncenin kontrol edilemezliğine dair inançlar, B) Tekrarlayıcı düşüncenin tehlikeli olduğuna dair inançlar (bu sürecin kişinin aklına veya bedenine zarar vereceği, hastalanmasına veya delirmesine sebep olacağı gibi) C) Tekrarlayıcı düşüncenin olumlu olduğuna dair inançlar (kişinin düşünerek sorunu çözebileceği, tatmin edici ve kalıcı bir çözüme ulaşabileceği, sonucunda rahatlayacağına dair inançlar).

Müdahale kısmında bu inançlar yukarıdaki sırayla ele alınır. Hem seans içinde hem de uygulamada davranış deneyi perspektifi uygulanır (42). Davranış etkinliğinin düzenlendiği tekniklerle birlikte uygulanması etkinliğini artırır. Tekrarlayıcı düşüncelerle çalışırken tıpkı davranışlarla çalışma sırasında yapıldığı gibi bir çizelge üzerinden gitmek yararlı olur (Çizelge 4).

Şemalarla çalışma: Şemaların oluşumunda genetik ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşimi söz konusudur (38). BB olan bireylerin bu bozukluğa sahip olmayan bireylere göre olumsuz yaşam olayları yaşamış olma ihtimali yüksektir (43). Olumsuz yaşam olayları ve travmanın neden sonuç ilişkileri oldukça karmaşıktır. Genetik özellikler, aile ortamı ve bağlanmayla ilişkili problemler bu etkileşime dahil olan bazı unsurlardır. Özellikle kişilerarası ilişkilerde devam eden zorluklar olduğunda hastanın şemalarıyla çalışılması ek yarar sağlayabilir (44).

Yinelemeyi Önleme Müdahaleleri

Sürecin bu aşaması iki alana odaklanmalıdır. Birincisi, o güne kadar öğrenilen bilişsel ve davranışsal tekniklerin hasta tarafından benzer durumlar için uygulanabilecek şekilde pekiştirilmesidir. Bunun için tedavi sürecinin adeta bir özeti çıkartılır. Ayrıca bu alanda gelecekte olabilecek zorlu durumlar için bir acil durum planlaması yapılması yerinde olacaktır. Bu acil durum planlamasında kişinin kendi kendine yapacağı çalışmalar yanı sıra yakınlarından yardım isteyeceği durumlar da belirlenir. Bazen bu önlemler hipomani döneminde kredi kartının kontrolünü eşinin yönetimine vermek gibi basit önlemler olabileceği gibi depresif dönemde etkinlik düzeyini artırmak için uygun bir arkadaşından yardım istemek gibi bir tekniğin uygulanmasına dönük de olabilir. İkincisi, yinelemeyi önlemeye dönük çalışmalardır. Yinelemeyi önlemeye dönük önlemler için tedavi sürecinin sonlarında bu alana özgün psikoeğitim yapılması uygun olur. Tüm atak türleri için hastaların bireysel erken işaretlerini öğrenmesi ve bu erken işaretlerle ilgili uygun başa çıkma stratejileri geliştirmesi bu basamağın temel amacıdır. Özellikle hastalık süreci yeni başlamış olan hastaların farkındalık düzeyleri daha az olabilir. Terapistin alan yazındaki bilgilerden ve kendi tecrübelerinden faydalanarak olası erken işaretçiler üzerinde çalışması gerekir. İşe yarayan müdahalelerin pekiştirilmesi kısmında olduğu gibi yineleme önleme ve erken işaretlerle ilgili alan için de hastanın kendi yakınlarından yardım ve geri bildirim alma becerisini geliştirmeye dönük çalışmalar yapmakta yarar vardır. Terapist hastanın kişisel özelliklerini anlamak için erken dönemlerde hastanın da iznini alarak yanal bilgi kaynaklarından bilgi alabilir.

SONUÇ

Bir yandan BB'de eşik altı olguların yaşam boyu yaygınlığının %4 ila %6 arasında olduğu ileri sürülürken diğer yandan aşırı tanı koymanın yaratabileceği sorunlar tartışılmaktadır (45, 46). En iyi senaryoda bile tanısı konabilmiş hastaların küçük bir yüzdesinde, etkili bir ilacın düzenli bir şekilde kullanılmasıyla istenilen hedeflere ulaşılabilmektedir (47). BDT; ilaç tedavisine uyumsuzluk, tedaviye kısmi yanıt, bilişsel, mesleki ve sosyal işlevsellik kayıplarının ele alınması için kanıta dayalı, önemli bir güçlendirici yöntemdir (13). Depresyon döneminin akut tedavisinde, ötimik dönemde, depresyon veya mani ataklarının önlenmesinde, tedavi uyumunun artırılmasında ve BB ile birlikte ortaya çıkan madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğunun tedavisi için önerilir (8, 9, 48).

BDT süreci değerlendirme, psikoeğitim, ataklara yönelik bilişsel ve davranışsal yöntemler ve yinelemeyi önleme aşamalarını içerir. Psikoeğitim, hem terapi sürecinin başında hem de yinelemeyi önleme aşamasında sürecin en önemli ve kanıt düzeyi en yüksek olan tedavi modülüdür (10). Tüm hastalar gereksinimleri ve uygunlukları nispetinde bu sürecin bir kısmından veya tamamından faydalandırılmalıdır. Psikoeğitimin BDT ruhu içerisinde yapılması, ders anlatma tarzında yapılmasından çok daha etkili olacaktır. BDT, temelini öğrenme kuramlarından aldığından ve uygulaması bu kuramsal arka plana ve iyi tedavi ilişkisine dayandığından hem tedavi edici hem de hasta için kullanıcı dostu bir gereç olma özelliğine sahiptir. Ayrıca ortaya çıkışından itibaren ampirik yaklaşıma dayandığından yeni gelişmeleri kolaylıkla bünyesine kabul edebilir.

Her ne kadar BB ile ilgili olarak hedeflediğimiz noktaya gelememiş olsak da eğer amaç hastaların acılarını azaltmak ve yaşamlarını iyileştirmekse BDT bu amaca en duru katkısı sunacak yaklaşımlardan biridir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağısız.

Yazar Katkıları: Fikir - KÖ, AK, MHT; Tasarım - KÖ, AK, MHT; Denetleme - KÖ, AK, MHT; Kaynaklar - (-); Material: (-); Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - (-); Analiz ve/veya Yorum - KÖ, AK, MHT; Literatür Taraması - KÖ, AK, MHT; Yazıyı Yazan - KÖ, AK, MHT; Eleştirel İnceleme - KÖ, AK, MHT.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Finansal Destek: Bu yazı için finansal bir destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Provencher MD, Hawke LD, Thienot E. Psychotherapies for comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord* 2011;133:371-380. [Crossref]
2. World Health Organisation (WHO). International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10; 2010. https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®); American Psychiatric Pub; 2013. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
4. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry 2007;8:1575-1582.
5. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:72. [Crossref]
6. Bauer M, Andreassen OA, Geddes JR, Vedel Kessing L, Lewitzka U, Schulze TG, Vieta E. Areas of uncertainties and unmet needs in bipolar disorders: clinical and research perspectives. *Lancet Psychiatry* 2018;5:930-939. [Crossref]
7. Fountoulakis KN, Vieta E, Young A, Yatham L, Grunze H, Blier P, Moeller HJ, Kasper S. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 4: Unmet Needs in the Treatment of Bipolar Disorder and Recommendations for Future Research. *Int J Neuropsychopharmacol* 2017;20:196-205. [Crossref]
8. Jauhar S, McKenna PJ, Laws KR. NICE guidance on psychological treatments for bipolar disorder: searching for the evidence. *Lancet Psychiatry* 2016;3:386-388. [Crossref]

9. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, Sharma V, Goldstein BI, Rej S, Beaulieu S, Alda M, MacQueen G, Milev RV, Ravindran A, O'Donovan C, McIntosh D, Lam RW, Vazquez G, Kapczinski F, McIntyre RS, Kozicky J, Kanba S, Lafer B, Suppes T, Calabrese JR, Vieta E, Malhi G, Post RM, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2018;20:97-170. [Crossref]
10. Colom F, Vieta E. *Psychoeducation manual for bipolar disorder*: Cambridge University Press; 2006. [Crossref]
11. Parikh SV, Zaretsky A, Beaulieu S, Yatham LN, Young LT, Patelis-Siotis I, MacQueen GM, Levitt A, Arenovich T, Cervantes P, Velyvis V, Kennedy SH, Streiner DL. A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study [CME]. *J Clin Psychiatry* 2012;73:803-810. [Crossref]
12. Szentagotai A, David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2010;71:66-72. [Crossref]
13. Chiang K-J, Tsai J-C, Liu D, Lin C-H, Chiu H-L, Chou K-R. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS one* 2017;12:e0176849. [Crossref]
14. Xuan R, Li X, Qiao Y, Guo Q, Liu X, Deng W, Hu Q, Wang K, Zhang L. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2020;290:113116. [Crossref]
15. First MB. Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Wiley Online Library; 2015. p.1-6. [Crossref]
16. Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9881538/>
17. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571. [Crossref]
18. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-435. [Crossref]
19. Covin R, Dozois DJ, Ogniewicz A, Seeds PM. Measuring cognitive errors: Initial development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). *Int J Cogn Ther* 2011;4:297-322. [Crossref]
20. Weissman A, Beck A. Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Chicago, IL; 1978.
21. Allan S, Gilbert P. A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Pers Individ Dif* 1995;19:293-299. [Crossref]
22. Ozcelik HS, Ozdel K, Bulut SD, Orsel S. The reliability and validity of the Turkish version of the Beck Scale for Suicide Ideation (Turkish BSSI). *Clin Psychopharmacol B* 2015;25:141-150. [Crossref]
23. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47:343-352. [Crossref]
24. Beier H, Hanfmann E. Emotional attitudes of former Soviet citizens, as studied by the technique of projective questions. *J Abnorm Psychol* 1956;53:143-153. [Crossref]
25. Chu CS, Stubbs B, Chen TY, Tang CH, Li DJ, Yang WC, Wu CK, Carvalho AF, Vieta E, Miklowitz DJ, Tseng PT, Lin PY. The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018;225:234-245. [Crossref]
26. Simon GE, Ludman EJ, Bauer MS, Unützer J, Operskalski B. Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:500-508. [Crossref]
27. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*, 3rd ed. Guilford Press; 2012.
28. Otto MW, Reilly-Harrington N, Sachs GS. Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003;73:171-181. [Crossref]
29. Burns DD, Nolen-Hoeksema S. Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:305-311. [Crossref]
30. Dimidjian S, Barrera Jr M, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:1-38. [Crossref]
31. Depue RA, Krauss SP, Spoont MR. A two-dimensional threshold model of seasonal bipolar affective disorder. In: Magnusson D, Öhman A, editors. *Psychopathology: An interactional perspective (Personality, Psychopathology, and Psychotherapy)*, 1st ed. Academic Press; 1987. p.95-123.
32. Türkçapar H. *Depresyon; Klinik uygulamalarda bilişsel davranışçı terapi*. Ankara: HYB Basım Yayın 2009.
33. Melo MCA, Daher EDF, Albuquerque SGC, de Bruin VMS. Exercise in bipolar patients: a systematic review. *J Affect Disord* 2016;198:32-38. [Crossref]
34. Gray SM, Otto MW. Psychosocial approaches to suicide prevention: applications to patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 25):56-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11765098/>
35. Lovas DA, Schuman-Olivier Z. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord* 2018;240:247-261. [Crossref]
36. Holmes EA, Arntz A, Smucker MR. Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2007;38:297-305. [Crossref]
37. Michl LC, McLaughlin KA, Shepherd K, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *J Abnorm Psychol* 2013;122:339-352. [Crossref]
38. Beck AT, Haigh EA. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:1-24. [Crossref]
39. Beck AT, Warman DM. Cognitive insight: theory and assessment. In: Amador XF, David AS, editors. *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, 2nd ed. 2004;2:79-88. [Crossref]
40. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif* 2008;32:77-108. [Crossref]
41. McEvoy PM, Hyett MP, Ehring T, Johnson SL, Samtani S, Anderson R, Moulds ML. Transdiagnostic assessment of repetitive negative thinking and responses to positive affect: Structure and predictive utility for depression, anxiety, and mania symptoms. *J Affect Disord* 2018;232:375-384. [Crossref]
42. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2011.
43. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005;186:121-125. [Crossref]
44. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *J Affect Disord* 2013;148:118-122. [Crossref]
45. Mitchell PB. Bipolar disorder: the shift to overdiagnosis. *Can J Psychiatry* 2012;57:659-65. [Crossref]
46. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:241-251. [Crossref]
47. Gitlin MJ, Miklowitz DJ. The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *J Affect Disord* 2017;209:147-154. [Crossref]
48. Raglan GB, Swanson LM, Arnedt JT. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with medical and psychiatric comorbidities. *Sleep Med Clin* 2019;14:167-175. [Crossref]