

# **Bipolar Bozuklukta**

## **Bilişsel Davranışçı Terapi**

### *Cognitive Behavioral Therapy*

### *in Bipolar Disorder*

Zeynep Maçkalı<sup>1</sup>, Ahmet Tosun<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psik., İzmir Üniversitesi, İzmir

<sup>2</sup> Yrd.Doç.Dr., İzmir Üniversitesi, İzmir

---

#### **ÖZET**

Bipolar bozukluk, erken başlangıçlı ve kronik seyri nedeniyle kişinin mesleki, sosyal ve yakın ilişki alanlarında bozulmalara yol açan, hastalığa ve hastalığın tedavisine uyum yapmayı öğrenmenin kritik öneme sahip olduğu bir bozukluktur. Bu nedenle bipolar bozukluğun tedavisinde, biyolojik müdahalelerin yanında psikososyal müdahalelerin de gerekli olduğu görüşü giderek yaygınlık kazanmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, bipolar bozuklukta hangi psikososyal müdahalelerin etkili olduğunun belirlenmesi konusu önem taşımaktadır. Bu yazıda bipolar bozuklukta ilaç tedavisine ek olarak uygulanan bilişsel davranışçı terapi uygulamaları ele alınıp, bu uygulamaların bipolar bozuklukta etkinliğini inceleyen araştırmalar değerlendirilmiştir.

*Anahtar Sözcükler: bipolar bozukluk, bilişsel davranışçı terapi, tedavi*

#### **ABSTRACT**

Bipolar disorder is an early-onset, chronic disorder. It impairs occupational, social, and family functioning, which makes learning to adapt living with the disorder and its treatment critically important. Therefore, it has now become common knowledge that psychosocial interventions are also necessary in the treatment of bipolar disorder adjunctive to pharmacotherapy. Thus, whichever psychosocial interventions are more effective in bipolar disorder is a crucial research question. In this article, cognitive-behavioral therapy, which is applied adjunctive to pharmacotherapy, will be addressed and the findings of research about the effectiveness of these applications will be reviewed.

*Keywords: bipolar disorder, cognitive behavioral therapy, treatment*

**B**ipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı pek çok çalışmada %0.5 - %1.6 arasında değişmektedir.[1,2] Bu tabloya hipomani, siklotimi ve eşik altı belirtiler de eklendiğinde bu oran %3'den %8.8'e kadar çıkabilmektedir.[3,4] Bipolar bozukluğun yaşam boyu yineleme (relapse) oranı %80-95 arasındadır.[5] Kronik ve nüksedici (recurrent) bir seyri olan bipolar bozukluk, kendine zarar verme ve özkıyım davranışı açısından yüksek risk taşıyan ve sosyal açıdan kişiye önemli derecede zarar veren bir bozukluktur.[6] Bipolar bozukluktaki duygusal, bilişsel ve davranışsal sorunlar, uzun dönem süren ve bir ucunda depresyon öteki ucunda öfori, iritabilite, ajitasyon ve psikotik belirtilere kadar uzanan bir yelpazeye yayılmaktadır. Pek çok bipolar hasta döngüsel belirtilerden ve yaşam boyu devam eden çoklu depresif ve manik ataklardan yakındır. Ayrıca, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı ve kişilik bozukluklarıyla olan yüksek birliktelik bipolar bozukluğun heterojen yapısını daha da karmaşık hale getirmektedir.

Gerek bozukluğun akut dönemlerindeki belirtiler gerekse remisyon dönemlerinde yaşananlar, kişinin hayatının her alanına yayılan ve yaşam boyu devam eden bozucu bir etkiye sahiptir. Angst ve Sellaro bipolar bozukluk yaşayan kişilerin, bozukluğun başlangıcından itibaren hayatlarının %20'sini hastanede geçirdiklerini, bipolar atakların % 50'sinin ortalama olarak 3 ay sürdüğünü (2-7 ay), ataklar arası aralıkların bozukluk ilerledikçe kısaltmaya başladığını ve yılda ortalama 0.4 atak görüldüğünü belirtmişlerdir.[7] Perlis ve arkadaşları, Bipolar Bozukluk için Sistematik Tedavi Geliştirme Programı (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) çalışmasında ara dönemlerde eşik altı belirtilerin devam etmesi ve eşlik eden başka bozuklukların olmasının (anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları veya madde kullanımı) sık rastlanan bir durum olduğu ve yineleme riskini arttırdığı bulunmuştur.[8] Ayrıca Keck, hastalar remisyon dönemlerinde eski işlevsellik düzeylerine dönseler bile, yine de önemli ölçüde duygudurum dalgalanmaları yaşadıklarını ve bu nedenden ötürü mesleki ve sosyal işlevselliklerinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirmiştir.[9] Öyle ki hastaların sadece %40'ı bozukluk öncesi işlevsellik düzeylerine dönebilirken, %25-35'inde kısmi bozulma ve %25-35'inde de önemli ölçüde işlev yitimi gözlenmiştir.[9,10]

Bozukluğun remisyon dönemlerinde işlev bozulmasının farklı yoğunlukta devam ediyor olması, işlev bozulmanın kişinin hayatındaki pek çok alana yayılmış olması ve bozukluğun kronik seyri, kişinin bu bozuklukla yaşamayı, başa çıkmayı, önlem almayı ve ilaç tedavisine uyumu öğrenmesini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla bu bozuklukta ilaç tedavileri belirtilerin kontrolü için gerekiyken, psikolojik müdahaleler ilaç tedavisine ve hastalığa uyum, hastalık-

la birlikte yaşama ve hayat tarzını düzenleme açısından önemli görünmektedir. Bu yazıda, bipolar bozuklukta kullanılan psikososyal müdahalelerden biri olan Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) etkililiğinin gözden geçirilmesimek amaçlanmıştır. Bunun için BDT'nin bipolar bozuklukta etkililiği üzerine yapılan araştırmalar ulusal ve uluslar arası veritabanlarında taranarak yetişkinlerde Bipolar I ve II Bozukluklarıyla yapılmış olan, bilişsel davranışçı terapi, bilişsel davranışçı psiko eğitim, farkındalık odaklı bilişsel terapi ve bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiğini araştıran çalışmalar bu derlemede kapsamıştır.

### **Bipolar Bozuklukta Uygulanan BDT'nin İçeriği**

Bipolar bozukluğun genetik geçişli ve biyolojik kökenli bir bozukluk olduğu görüşü, bu bozukluğun tedavisinde bilişsel modellerin önemini anlaşılmasını geciktirmiştir.[11] Bipolar bozuklukta tedavi genel olarak biyolojik müdahaleye dayanmaktadır ve atakların sıklığını ve şiddetini azaltmak için gerek akut dönemde gerekse profilaktik olarak daha sonrasında devam etmektedir.[11] İlaçla tedavi etkili olmasına ve uygun bir doz ayarlamasıyla tedaviye uyum sağlanmasına rağmen, bir çalışmada iki yıllık takip sürecindeki hastaların %41 ile %60'ının mani ve depresyon ataklarının yinelediği saptanmıştır.[12] Yapılan çalışmalarda bipolar hastaların %40 ile %60'nın ilaç tedavisine uyum göstermedikleri ve yeterli uyumu göstereseler, tedaviye çok iyi yanıt verseler bile, ilaç tedavisinin sosyal işlevsellik üzerine etkisinin kısıtlı kaldığı bildirilmektedir.[13,14] Araştırmalar giderek bipolar bozukluğun başlangıcının ve sürecinin stres faktörleriyle (fiziksel ve sosyal faktörler ile yaşam olayları), fizyolojik ve bilişsel yatkınlıklarla ilişkili olduğunu gösterdikçe, bu bozukluğun tedavisinde ilaçla birlikte BDT'nin kullanılmasının daha faydalı olacağı görüşü yaygınlık kazanmaktadır.[15]

Bipolar bozukluğun tedavi sürecinde BDT'nin amaçları 4 başlık altında toplanabilir: 1. İlaç tedavisine uyum; 2. Erken tanı ve müdahale; 3. Stres ve yaşam stili yönetimi; 4. Eşitliklerin tedavisi.[16] Genel anlamda, bilişsel-davranışçı yaklaşım bipolar hastalarda başa çıkma becerilerini geliştirmek, tedavi sürecinde öz-yeterlilik ve sorumluluğu pekiştirmek, psikososyal stres kaynaklarını belirleyerek, bunlarla başa çıkma becerilerini desteklemek, bilişsel ve davranışsal güçlükleriyle ilgili stratejiler geliştirmek ve altta yatan şema ve temel inançları değiştirme konularında çalışmaktadır.[17]

Bipolar bozukluğun tedavisinde, BDT'nin hastanın içinde atağa özgü olarak yapılandırılması önemli görülmektedir.[18] Diğer bir ifadeyle, hastanın

içinde bulunduğu atağın gereklerine uygun müdahalelerin belirlenmesi, müdahalenin hedeflerinin hastaya bağlı olarak çok defa yeniden formüle edilmesi, sanki bir terzi gibi müdahalenin hastaya özel olarak tasarlanması BDT'nin temel ilkesidir.[18] Bu esnek yaklaşım özellikle hızlı-döngülü bipolar hastalarda daha da önemli bir hale gelmektedir.

Bipolar hastalarda ilaç tedavisine uyum ve işbirliği, hekimler tarafından sıklıkla dile getirilen bir sorun alanıdır. Yaşamı boyunca ilaç kullanmak zorunda olmak ve bununla yaşamayı öğrenmek bir yana, bazı hastalar ilaçların düzeltici etkisini olumsuz olarak değerlendirirler. Geçmişteki hipomanik ataklarda ne kadar iyi oldukları, böyle olmak istedikleri gibi yakınmalar dile getirirler. Böyle bir düşünce, kişilerin ilaç tedavilerine düzgün devam etmelerine ve hekimlerle işbirliği yapmalarına engel olabilir. Otto ve arkadaşları böyle durumlarda bütün görevin biyolojik müdahaleyi yapan kişiye düşmediğini, ilaç kullanımının gerekliliği anlatılsa bile, hastanın aklındaki soruları psikoterapistine aktarmasının, tedaviyle ilgili olumsuz düşüncelerinin ele alınmasının, tedavinin neden gerekli olduğu konusunda görüş birliğine varılmasının asıl hedef olduğunu belirtmektedirler.[16] Yazarlar, ilaç tedavisine uyumu desteklemek için “Yaşam Öyküsü Yaklaşımı” (Life-History Approach) adında bir yöntem önermektedirler. Bu yöntemde, hastadan bir yaşam çizgisi çizmesi ve geçirdiği manik, hipomanik, depresif atakları bu çizgi üzerinde işaretlemesi, sonra bu dönemlerde başından geçen olayları anlatması istenmektedir. Hastanın anlattıkları üzerinden hareketle, mevcut tedavisinin devam edip etmemesi veya yeni bir tedavi programının düzenlenmesi tartışılmaktadır. Buna benzer birçok başka yöntem, hastaların tedaviye uyumlarını bozan inançlarını ele almakta ve bunlara müdahale etmeye çalışmaktadır. Örneğin, “motivasyonel görüşme” veya “ilaç takip çizelgesi oluşturmak” ve hastanın ilaç aldığı günleri işaretlemesi gibi davranışsal yöntemler bunların arasında sayılabilir.

BDT uzun dönem etkili olması ve yinelemeleri önlemesi açısından ilaç tedavisine gösterilen uyumu da desteklemektedir. Benzer şekilde, psikoeğitim de ilaç tedavisine uyumu arttırmakta, bu nedenle giderek ilaç tedavisinin yanında standart bir uygulama niteliği kazanmaktadır.[19]

Erken farkındalık ve müdahale için hastanın duygudurumunu takip etmesi ve prodromal değişikliklerde neler yapabileceğine dair stratejiler oluşturması önem taşımaktadır. Bunun için ilk olarak hastanın psikoeğitimden geçmesi, bu sayede bozukluğu hakkında bilgi edinmesi, geçmiş dönemlerde yaşadıkları üzerinden farkındalık kazanması amaçlanmaktadır.[17] Lam ve Wong tarafından geliştirilen “Erken Uyarı İşaretleri” yönteminde, hastaya prodromal belirtiler ve yinelemenin erken belirtileri öğretildikten sonra, bunlarla başa

çıkması için davranışsal stratejiler geliştirilmesi temel alınır.[20] Ayrıca, hastanın yaşadığı duygudurum ataklarına dair geliştirdiği işlevsel olmayan inançların “bilişsel yeniden tanımlama” veya “yönlendirerek keşif” yöntemleri ile çalışılması önerilen teknikler arasındadır.[17]

Bunun yanı sıra, BDT’de hastaların duygudurumlarındaki ufak bir değişikliği bir atak başlangıcı şeklinde yanlış yorumlamaları üzerine de çalışılmaktadır. Bu yöntemde her hasta için özel hale getirilen duygudurum takip çizelgelerinde, hastaların kendilerinde yakaladıkları prodromal işaretler ile çevresel stresörler ve olaylar arasındaki ilişkilere dikkat etmeleri öğretilmeye çalışılmaktadır.[13]

Newman ve arkadaşları, hipomanik ve manik atakların etkilerini azaltmak için “İki kişiden geribildirim kuralı” ve “hareket etmeden 48 saat bekleme kuralı” şeklinde iki strateji kullanmaktadırlar.[21] Araştırmacılara göre, “verimli potansiyele karşı yıkıcı risk almalar” (productive potential vs. destructive risk takings) derecelendirmesi de yine bu dönemlerde riskleri ve zararları küçümseyen, önemsemeyen, bunların eğlence veya fayda kısımlarını ise olduğundan daha fazla gören hastalar için uygulanabilir yöntemlerdendir.

Leahy manik ataktaki bilişsel çarpıtmalarla, örneğin özel zihinsel güçlerinin olması, sınırsız finansal kaynaklarının olması, tepkiselliğe, saldırganlığa dair olumlu inançlar vb., çalışmak üzere bir yaklaşım geliştirmiştir.[22] Araştırmacı, bu yaklaşımda manik ataktaki kişilerin başkalarının tehlikeli veya aptalca buldukları işler hakkında karar verirken kazançları ve kayıpları nasıl değerlendirdiklerini, kendilerine has varsayımları üzerinden anlamak gerektiğini savunmaktadır. Bunun için, hastaların ötimik dönemlerde çarpıtılmış manik düşüncelere dair “aşılınmalarını” öneren bir teknik geliştirmiştir. Leahy, hastaların sınırsız güç ile sürekli başarısızlık kutupları arasında orta yolu bulmalarına odaklanan bazı tekniklerin de kullanılmasını önermektedir. Depresif ataklarda ise, duygudurum takibinin yanı sıra kişinin yaptığında keyif alabileceği etkinlikleri belirleyerek, etkinlik düzenlemesi yapılabileceğini belirtmiştir.

Otto ve arkadaşlarının bipolar depresyon için geliştirdikleri el kitabında, hastalarla önce “bilişsel yeniden yapılandırma” ve “aktivite düzenlemesi” üzerine çalışılmakta, daha sonra duygusal ve sosyal problem çözme becerileri kazandırma çalışmalarına geçilmektedir.[16] Kişinin sorunu, değişim süreci ve kazanması gereken beceriler hakkında bilgi sahibi olmasında terapötik öykülerin kullanılması önerilmektedir.

Bazı araştırmacılar, bipolar bozuklukta stres yönetiminin kullanılabileceğini, bu yöntem içinde problem çözme becerileri, iletişim becerileri, bilişsel-

yeniden yapılandırma çalışmalarının yer alması gerektiğini vurgulamışlardır.[13,21] Bu yaklaşımda, yaşam stili yönetimi de önemlidir ve bu yöntem içerisinde uyku yönetimi, sosyal etkinliklerin düzenlenmesi yer almaktadır. Amaç, hastanın uyku düzenini koruması, etkinliklerinde bir denge yakalaması ve etkinliklerdeki artışı takip etmesidir.

Ülkemizde yayınlanan yakın tarihli iki ayrı gözden geçirme çalışmasında, ülkemizde bu konu üzerinde yapılmış herhangi bir yayına rastlanmadığı bildirilmiştir.[23,24] Ulusal dizinlere bakıldığında, bipolar bozukluğun tedavisiyle ilgili ülkemizde yapılan yayınların hemen hepsinin ilaç tedavisiyle ilgili olduğu gözlenmektedir. Bu durum ülkemizde bipolar bozukluklarda uygulanan psikoterapötik ve psikososyal yaklaşımlarla ilgili bir görüş öne sürmeyi güçleştirmektedir.

### **Eştanıların Tedavisinde BDT'nin Etkinliği**

Bipolar bozukluk, çoğunlukla erken başlangıç ve kronik yapısı nedeniyle kişinin hayatında önemli bir bozucu etkiye sahiptir ve diğer bozuklukların eştanı olarak eşlik etmesine çok sık rastlanmaktadır. Hasta için bu eştanılar ek bir stres ve zorluk kaynağıdır. Araştırmalar BDT'nin bipolar bozuklukta eştanılı durumlar üzerinde önemli başarılar elde ettiğine işaret etmektedir. Örneğin, özellikle anksiyete bozukluğu birlikteliğinin tedavisinde BDT'nin tek başına psikofarmakolojik yaklaşımına göre daha etkin olduğu bildirilmektedir.[16] Bunun en önemli nedeni, bipolar bozuklukta eşlik eden anksiyete bozukluğunun tedavisi için kişilere antidepressan ilaç vermenin manik atağı tetikleyebilmesidir. Bu nedenle bilişsel-davranışçı teknikler bu gibi durumlarda güçlü bir alternatif strateji olarak durmaktadır.

Bipolar bozukluk ile eştanılı durumlardan dikkati en çok çeken travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olmuştur. TSSB'nin eşlik ettiği pek çok eksen I bozukluğunda BDT'nin etkinliğini araştıran araştırmalarda, bipolar bozukluk da çalışmalara dahil edilmiştir.[25-27] Bu araştırmaların hemen hepsinde de TSSB belirtilerinde iyileşme olduğu görülmüştür.

Provencher ve arkadaşları, bir başka çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu eştanısı olan 4 bipolar hastada BDT'nin etkililiğini araştırmışlardır.[28] Oniki hafta boyunca her bir katılımcı için özel oluşturulan BDT protokolleri uygulanmış ve 3 hastada yaygın anksiyeteyle ilişkili bilişsel (endişe eğilimi) ve somatik belirtilerde azalma gözlenmiştir. Dört ay sonraki takip görüşmelerinde somatik belirtilerdeki iyileşmenin devam ettiği, fakat bilişsel yakınmaların tekrarlandığı görülmüştür.

Bipolar bozuklukta birlikte bulunan anksiyete bozukluklarından panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukta (OKB) yine BDT'nin etkili olduğu bildirilmektedir.[29] Madde bağımlılığı eştanısı almış hastalarla yapılan çalışmalarda ise sonuçlar tutarlı görünmemektedir. Schmitz ve arkadaşları[30] bipolar hastalarda madde bağımlılığı konusunda BDT uyguladıkları çalışmalarında önemli bir etki elde etmemişken, Weiss[31] BDT'nin madde kullanan bipolar hastaların daha uzun süre ayık kalmalarında etkili olduğunu bildirmiştir.

Bipolar hastaların %6-30'unda görülen sınırda (borderline) kişilik bozukluğuna dair iyi yapılandırılmış çalışmalar olmasa da BDT'nin değişik çeşitlerinin (örneğin dialektik davranışçı terapi) umut vaat etmektedir.[29] Öte yandan Gonzalez-Pinto ve arkadaşları, kişilik bozukluğu eştanısı olan 10 bipolar kadın hastada psikoeğitimin hiçbir etkisi olmadığını bildirmişlerdir.[32]

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bipolar bozukluk tanısı almış hastaların %10'unda görülmektedir.[33] BDT her iki bozukluğa sahip kişilerde kullanılan psikososyal müdahalelerden biri olmakla birlikte bu konuda yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Benzer bir durum yeme bozuklukları için de geçerlidir. BDT yeme bozukluklarında en çok kullanılan müdahale yöntemlerinden biri olmasına rağmen, bipolar bozukluk ile birlikte görüldüğü durumlarda nasıl bir protokol uygulanacağı görece araştırılmamış bir konudur. Rizvi ve Zaretsky, etkili tedavinin uygun dozda ilaç tedavisi ile psikoterapinin kişinin ihtiyacına göre dengelenmesinde yattığını belirtmişlerdir.[29]

Bir başka zorluk alanı ise uykusuzluk sorunudur. Bauer ve arkadaşları, geceler arasında 3 saatlik uyku farkının olmasının manik veya depresif atağı tetiklediğini göstermişlerdir.[34] Yıllardır ilaçla tedavi edilmeye çalışılan uykusuzluk sorunu için BDT güçlü bir alternatif yöntem haline gelmiştir. Uykusuzluk sorunu için geliştirilen BDT protokolü uyku hijyeni eğitimi, rahatlama egzersizleri, uyku sınırlaması eğitimi, uyarıcı kontrol terapisi ve bilişsel terapiyi içeren müdahaleleri kapsamaktadır. Psikiyatrik bozukluğa ikincil gelişen uyuyamama sorunu yeterince araştırılmasa da araştırmacılar uyku sorunu için BDT protokolünün uygulanabileceği ileri sürülmüştür.[35]

Özkıyımın en sık görüldüğü gruplardan biri bipolar bozukluk hastalarıdır. Bu konuda BDT'den yüksek beklentiler vardır, ancak BDT'nin özkıyım üzerine etkilerini çalışan araştırmalar tutarsız sonuçlar bildirmektedir. Şimdilik elde sonuçlar bu alanda daha fazla araştırma yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

## Bipolar Bozuklukta BDT Uygulamaları

Bipolar bozuklukta BDT'nin etkili olup olmadığını değerlendiren çalışmaların çok azı akut dönemdeki hastalarla yapılmıştır. Çalışmalar genellikle kısmi remisyonadaki veya ötimik dönemdeki hastalarla gerçekleştirilmiştir. Ulaşılabilen kaynaklar içerisinde sınırlı sayıdaki çalışmadan bir tanesi, bipolar bozukluğun manik dönemiyle ilgili olarak Scott ve arkadaşlarının çalışmasıdır.[36] Bu çalışmada BDT adına olumlu sonuç elde edilememiştir. Bununla birlikte bipolar bozukluğun depresif dönemindeki hastalarda daha umut verici sonuçlar bulunmuştur.[37] Koruyucu ve önleyici tedavi açısından bakıldığında, BDT'nin yinelemeleri önlemekte etkili olduğu görülmektedir.[38] Ayrıca, kalıntı (rezidüel) belirtileri azaltmada da BDT'nin etkili olduğu gösteren bulgularda mevcuttur.[38,39]

Bipolar bozuklukta kullanılan ve etkililiği incelenen BDT'ye dayalı uygulamaları, dört bölümde ele almak mümkündür: Bunlar sırasıyla bireysel BDT; bilişsel davranışçı psikoegitim; farkındalık-odaklı bilişsel terapi ve bilişsel-davranışçı grup terapisi.

### *Bireysel BDT*

Bipolar bozukluğun tedavisinde klasik BDT tekniklerine dayalı müdahalelerin etkinliği üzerine ilk çalışma Cochran'a aittir.[40] Bu çalışmada ilacın yanında, ilaç tedavisine uyuma yönelik 6 seanslık BDT uygulanmasının etkilerine bakılmıştır. Altı aylık takip döneminin ardından, BDT alan grubun sadece ilaç tedavisi alan gruba göre lityuma uyumlarının arttığı, hastaneye yatış sayılarının ve yineleme sayılarının azaldığı görülmüştür.

Perry ve arkadaşları, bipolar bozukluk tanılı 34 hasta ve 35 kişilik kontrol grubundan oluşan örnekleme BDT uygulamışlardır.[41] Prodromal belirtilere odaklanan çalışma iki aşamadan oluşmuştur. İlki 7-12 seans süren "belirtilerin belirlenmesi" konusunda hastaların eğitildiği psikoegitim aşaması, ikincisi ise hasta tarafından fark edilen belirtilere karşı bir eylem planı oluşturulması aşamasıdır. Prodromal belirtilerin neler olduğu ve zamanlamalarıyla ilgili standart bir belirti listesi ve kart-seçme egzersizi kullanılmıştır. Sonuçta sosyal işlevselliğin önemli derecede arttığı, manik belirtilerin azaldığı ve manik yinelemeler öncesindeki ara dönemlerin sürelerinin uzadığı bulunmuştur. Aynı zamanda, prodromal belirtilerin erken tespitinin manik belirtileri azaltmasına rağmen depresif belirtiler üzerinde bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Lam ve arkadaşları buna neden olarak, bipolar hastaların büyük çoğunluğunun depresif belirtileri bildirmekte güçlük çekmelerini göstermiştir.[42] Perry ve



arkadaşları, depresif belirtileri azaltmada, depresif belirtilerle başa çıkma becerileri geliştirilmeden sadece depresif belirtilere dair farkındalığın artırılmasının bir anlamının olmadığı sonucuna varmışlardır.[41] Öte yandan, tedavi grubunun antidepresan kullanımında artış olduğu göze çarpmaktadır. Zaretsky ve arkadaşlarına göre, bunun olası nedeni katılımcıların “anormal duygu durumlarına” duyarlı hale getirilmeleri, bu yüzden depresif belirtilere karşı daha sık tedavi almalarıdır.[43]

Zaretsky ve arkadaşları, Basco ve Rush tarafından oluşturulan el kitabındaki BDT tekniklerini kullandıkları çalışmalarında, kontrol grubundaki 11 tekrarlayıcı unipolar depresyon hastasına sadece BDT, 11 bipolar depresyon hastasına ise ilaç tedavisine (duygudurum düzenleyiciler) ek olarak BDT uygulamışlardır.[37] Yirmi dokuz seansın sonunda her iki grupta da belirti düzeyleri ve işlevsel olmayan tutumlar takip edilmiştir. BDT sonrasında bipolar depresif hastalarda unipolar hastalarla benzer oranda depresif belirtilerde azalmalar ve olumsuz otomatik düşüncelerinde de başlangıca göre azalmalar görülmüştür. İşlevsel olmayan tutumlar açısından ise anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hızlı döngülü bipolar bozuklukta BDT'nin etkisini araştıran ilk çalışmada Satterfield tek bir hızlı döngülü bipolar bozukluk hastası ile çalışmıştır.[44] İlaç tedavisinin yanı sıra 12 ay süreyle duygudurum ataklarının öngörmesi, önlemleri ve tedavisini temel alan BDT uygulanmıştır. Bipolar bozukluk üzerine hazırlanan tedavi protokollerinden psikoeğitim, duygudurum takibi, atakların erken tespiti, stres yönetimi, etkinlik düzenlemesini ve bilişsel yeniden yapılandırma kullanılmıştır. Sonuç olarak, tedaviden önceki 14 aylık dönemle karşılaştırıldığında, 12 aylık süre boyunca duygudurum ataklarının sıklığında ve şiddetinde azalma, umutsuzluk ve kaygı puanlarında azalma ile genel işlevsellikinde iyileşme gözlenmiştir. Ancak elde edilen verinin istatistiksel analizinin yapılmamış olması, takip çalışmasının yapılmaması, ön ve son testlerde mani için farklı ölçeklerin kullanılmış olması, yapılan çalışmanın bulgularını yorumlamayı güçleştirmektedir.[45]

Hızlı döngülü bipolar bozuklukta BDT'nin uygulanması üzerine bir başka çalışmada Reilly-Harrington ve Knauz, 4 bölümden oluşan bir tedavi protokolü kullanmışlardır.[46] Birinci bölüm tedaviye uyum ve hızlı-döngülü bipolar bozukluk üzerine psikoeğitimden oluşmaktadır. İkinci bölüm kriz yönetimi becerileri ve duygudurum dalgalanmaları ile başa çıkma stratejileri üzerine odaklanmaktadır. Daha sonra depresif ve manik düşüncelerin ve inançların bilişsel yeniden yapılandırılması üzerine çalışılmakta, en son aş-

mada ise anksiyete bozuklukları ve madde kullanımı gibi eştanılarla başa çık-maya yönelik bilişsel-davranışçı müdahaleler kullanılmıştır.

Reilly-Harrington ve arkadaşları, 10 hızlı döngülü bipolar bozukluk hasta-sı ile yaptıkları pilot çalışmada, hızlı döngülü bipolar hastaların ihtiyaçlarına yönelik hazırladıkları BDT protokolünün sonucunda, depresif duygudurumda önemli azalmaların olduğunu, 2 ay sonraki takip değerlendirilmesinde de iyileşmelerin stabil kaldığını görmüşlerdir.[47] Bir diğer çalış-mada Scott ve arkadaşları, iki yıllık sürede en az 1 yineleme yaşamış Bipolar I ve II toplam 42 hastayla çalışmışlardır.[48] Hastaların yarısı ilaç tedavisi ve BDT grubuna, diğer yarısı ise sadece ilaç tedavisi grubuna ayrılmıştır. BDT grubu 6 ay boyunca 45 dakikalık 25 grup seansı almışlardır. Uygulanan pro-tokol üç adımdan oluşmuştur: İlk olarak, bipolar bozukluğun bilişsel-davranışçı modeli hakkında eğitim verilmiştir. Daha sonra, önceden elde edilen bilgiler ışığında, seanslarda başa çıkma stratejilerini kullanmak için kendini gözleme ve öz-düzenleme teknikleri, örneğin düzenli uyku örüntüleri, etkinlik düzenlemeleri, zaman yönetimi, olumsuz otomatik düşünce yakalama öğretilmiştir. Üçüncü olarak, ilaç tedavisine uyumda yaşanan problemler ve tedavinin diğer yönleri üzerine tartışılmıştır. Son olarak da, yinelemenin erken dönem işaretleri ve başa çıkma stratejileri üzerine çalışılmıştır. Hastalardan belirtilerini takip edip, kendileri için risk oluşturan durumların listelerini yapmaları ve her durumla nasıl başa çıkabileceklerine dair bir hiyerarşi oluşturu-lmaları istenmiştir. Uygulanan tedavi protokolünün sonunda depresif belir-tilerin azaldığı, tedaviye uyumun arttığı, hastaneye yatışların sayısında azalma ve genel işlevselliklerinde iyileşme olduğu bulunmuştur. Manik belirtiler azalmasa da manik yinelemelerin sayısında azalma eğilimi gözlenmesi, bu çalışmanın dikkat çekici diğer bir bulgusudur.

Lam ve arkadaşları, duygudurum dengeleyici kullanmalarına rağmen yine-leme yaşamaya devam eden 25 bipolar hasta ile randomize kontrollü BDT çalışması yapmışlardır.[49] On üç katılımcı 6 ay boyunca ilaç tedavisinin yanı sıra, 12–20 seanslık BDT'ye devam etmişlerdir. Kontrol grubundaki 12 katılımcı ise standart ilaç tedavisi almıştır. Terapi grubunda yinelemeyi önleyici müdahalelere yer verilmiştir. Tedavi sonrasında ve 6 aylık takip sürecinde, terapi grubundakilerin kontrol grubundakilere göre daha az bipolar atak yaşa-dıkları, farmakoterapiye daha iyi uyum gösterdikleri, sosyal işlevselliklerinde iyileşmenin olduğu ve prodromal belirtilerle daha iyi başa çıktıkları görülmüş-tür. Ayrıca, manik ve depresif dalgalanmalarda ve umutsuzluk duygularında azalma olduğuna dair veriler elde edilmiştir.

Lam ve arkadaşları, tam veya kısmi remisyonda, yineleme riski yüksek Bipolar I hastası 103 kişideduygudurum düzenleyiciler ve BDT'nin birlikte uygulaması ile sadece ilaç tedavisini karşılaştırmışlardır.[38] Çalışmanın ilk 6 aylık döneminde 14 seans boyunca BDT uygulanmış, ikinci 6 aylık dönemde 2 takip seansı yapılmıştır. On iki aylık dönemde BDT grubundaki hastaların %44'ü yineleme yaşarken; kontrol grubundakilerin %75'i yineleme yaşamışlardır. Takip çalışmasında, BDT grubundaki hastaların atak sürelerinin 1/3 oranında azaldığı, hastaneye yatış oranlarının yarıya düştüğü ve daha iyi bir sosyal işlevsellik gösterdikleri görülmüştür.[39]

Daha büyük örneklem ile birden fazla merkezde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada BDT adına olumsuz sonuçlar elde edilmiştir.[36] 253 bipolar hastanın %40'ında başka bir ruhsal bozukluk, %47'sinde madde kullanımı, %32'si ise akut dönemde olan heterojen bir hasta grubuyla çalışmışlardır. Yapılan post-hoc analizleri sonucunda, 12'den daha fazla atak geçirmiş bipolar hastalarda BDT'nin beklendiği kadar etkili olmadığı görülmüştür. Bu araştırma ile ilgili olarak Zaretsky ve arkadaşları, BDT'nin çoklu atak yaşayan hastalarda etkili bulunmamasının nedenini, örneklemin ekolojik olarak geçerliliğini arttırmak için eştanılar veya madde kullanımı gibi faktörlerin kontrol edilmemesine bağlamışlardır.[43] Öte yandan, örnekleimde akut dönemde olan hastaların olmasının BDT'nin etkisini zayıflatabileceğine de dikkat çekilmektedir.[36]

Fava ve arkadaşları ise kalıntı belirtilerin azaltılmasında BDT'nin uzun dönemli etkisini araştırmışlardır.[50] Örneklem lityum kullanmalarına rağmen yineleme yaşayan 15 bipolar hastadan oluşturulmuş, karşılaştırma için herhangi bir kontrol grubu kullanılmamıştır. On hafta boyunca 30 dakikalık BDT seansları uygulanmıştır. Takip değerlendirmesinde kalıntı belirtilerde önemli bir azalma ve yineleme öncesinde geçen sürede önemli bir uzama görülmüştür. On beş hastanın hepsinde terapi öncesinde lityum tedavisine rağmen 30 hafta içinde yineleme gözlenirken, BDT uygulandıktan sonra 30 hafta içinde sadece 5 hastanın yineleme yaşadığı bildirilmiştir. Kontrol grubunun olmaması görülen olumlu etkinin BDT'ye özgü olup olmadığı sorusunu cevapsız bırakmaktadır.

Ball ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmaya ötimik veya hafif belirtileri olan 52 Bipolar I ve II hasta alınmıştır.[51] Bu çalışmada, hastaların bir kısmına ilacın yanında 6 ay boyunca 20 seanslık bilişsel-davranışçı ve duygusal teknikleri (imgeleme, öyküler, geçmiş deneyimlerin yeniden yaşanması) içeren şema odaklı bilişsel terapi uygulanmış, diğer yarısına ise ilacın yanında kısa psikoeğitimin verildiği rutin tedavi uygu-

lanmıştır. Sonuçta, terapi grubundakilerin daha düşük mani ve depresyon puanları aldığı, depresif yinelemeler arasındaki dönemlerin süresinin uzadığı, tedaviye uyumun arttığı, yineleme oranlarının düştüğü görülmüştür. Ancak elde edilen bu etki 12 aydan sonra azalmaya başlamış, 18. ayda ise iki grupta benzer sonuçlar görülmüştür.[52] Bu çalışma, değişimin devam etmesi açısından takip seanslarının gerekli olduğuna dikkat çekmektedir.

Bernhard ve arkadaşları ise bilişsel-psikoeğitim programını bipolar hastalara ve onların ailelerine uygulamışlardır.[53] Altmış iki hasta 7 hafta boyunca, haftada iki kez, 90 dakikalık oturumlara katılırken, aile üyelerinden oluşan kırk dokuz katılımcı ile iki kez 4 saatlik atölye çalışmaları yapılmıştır. Her iki grupta da amaç bozukluğun ne olduğuna dair bilginin artırılması ve tedavinin önemini vurgulanmasıdır. Süreç sonunda gerek hasta gerekse aile üyelerinin tedavi öncesi ve sonrasındaki bozukluğa dair bilgilerinde artış gözlenmiştir. Duygu dışavurumunda tedavi sonrasında bir değişim gözlenirse de, 12 ay sonraki takip seanslarında aile üyelerinin bu konuda olumlu değişimler ifade ettikleri görülmüştür.

Zaretsky ve arkadaşları, bireysel psikoeğitimin yanında BDT'nin etkilerini araştırmışlardır.[54] Düzenli ilaç tedavisine devam eden 79 tam veya kısmi remisyonundaki Bipolar I ve II hastasından yarısı, yapılandırılmış BDT elkitabından alınmış 6 bireysel psikoeğitim seansına katılmış, diğer yarısı ise bu 6 seansın yanında 14 seans boyunca BDT almışlardır. Kırk altı katılımcıyla tamamlanan çalışma sonucunda, psikoeğitim yanında BDT alanlarda bir yıllık sürede depresif duygudurum yaşadıkları günlerde % 50 azalma; sadece psikoeğitim alan grupta BDT alanlara kıyasla antidepresan kullanımında artma görülmüştür. İki grup arasında hastaneye yatış, tedaviye uyum ve psikososyal işlevsellikte herhangi bir fark bulunmamıştır. Araştırmacılar sadece kısa süreli psikoeğitimden öte daha uzun dönemli BDT uygulamasının bipolar bozuklukta daha etkili olacağı sonucuna varmışlardır.

Totterdell ve Kellett, siklotimide BDT kullanarak, günlük duygudurum ve uyku örüntüsünü değiştirmişler, bunun duygudurum dalgalanmalarını ne derece etkileyeceğine bakmışlardır.[55] Tek denekli bu çalışmada katılımcı 49 hafta boyunca her 4 saatte bir duygudurumunu derecelendirmiş ve ayrıca günlük uyku süresini kaydetmiştir. Dört hafta süren değerlendirme görüşmelerinin ardından kişiye 20 hafta boyunca BDT uygulanmıştır. Kayıtlar üzerinden oluşturulan grafikler ile bilişsel, davranışsal ve şemalarla ilişkili formülasyonlar yapılmış, seans süresince katılımcı ile paylaşılmıştır. Yirmi hafta sonunda ve takip seanslarında katılımcının duygudurumundaki değişimleri fark edebildiği ve bu dalgalanmalarla başa çıkmak için geliştirdiği işlevsel

olmayan davranışlarını (Örneğin kendini çok üzgün hissettiği zaman yatağa sığınmak gibi) değiştirmeye başladığı gözlenmiştir. Ayrıca, daha düzenli uyumaya başladığı, akut kaygı seviyesinin düştüğü, kompulsif yıkama davranışının azaldığı, sosyal işlevselliğinde iyileşme olduğu gibi bulgular elde edilmiştir.

### ***Bilişsel Davranışçı Psikoeğitim***

Psikoeğitim, biyopsikososyal modele dayanan ve hastaya bozukluğu ve bozukluğunun sonuçlarıyla başa çıkmak için teorik ve pratik bilgiler veren bir psikososyal müdahale yöntemidir.[30] Amacı, hastanın belirtilerini tanımasına ve bunlarla uyuma yönelik başa çıkmasına yardımcı olacak stratejiler geliştirmesini sağlamaktır.[43] Psikoeğitim bireysel olarak verilebileceği gibi gruplar halinde de verilebilir. Son 20 yılda sosyal işlevselliği de desteklemek adına, psikoeğitimdeki müdahaleler hastanın bozukluğunu anlamasını ve farklı ilaçların olası yararlarının öğretilmesini de içerecek şekilde çeşitlendirilmiştir.[32]

Kontrollü bir çalışmada ayaktan tedavi olan 60 bipolar hastaya lityum konusunda broşür dağıtılmış ve videolar izlettirilmiş, daha fazla bilgi vermek için ev ziyaretleri yapmışlardır.[43] Yirmi dört hafta süren çalışmanın sonunda katılımcıların lityum hakkında bilgilerinin arttığı ve lityuma karşı tutumlarının değiştiği, sonuçta tedaviye uyumlarının arttığı bulunmuştur. Colom ve arkadaşları, Bipolar I ve II tanılı 120 hastayı randomize bir şekilde psikoeğitim ve kontrol grubuna dağıtarak bir çalışma yapmışlardır.[56] Dokuz ay süren, 21 oturumu kapsayan ve psikoeğitimin grup halinde verildiği çalışmada, psikoeğitim grubundaki hastalarda yinelemeler arasındaki dönemin uzadığı, depresif belirtilerin ve atakların azaldığı bulunmuştur. İki yıllık izleme çalışmasında bu grubun lityum seviyelerinde artış olduğu gözlenmiştir. Bu son bulgu, psikoeğitimin ilaç tedavisine uyumu da arttırdığına işaret etmektedir.

Colom ve arkadaşları bir başka çalışmada grup psikoeğitiminin olduğu ve olmadığı ilaç tedavilerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, ayaktan tedavi gören remisyondaki 120 tane Bipolar I ve II hastalarıyla çalışmışlardır.[57] İlaç tedavisine ek olarak, katılımcıların yarısı 21 oturumluk grup psikoeğitimine, diğer yarısı ise 21 oturumluk yönlendirmesiz grup toplantılarına katılmışlardır. Psikoeğitim alan grup 2 yıl boyunca takip çalışmasına da katılmıştır. Bu çalışmanın sonunda, grup psikoeğitimine katılanlarda yineleme sayısında azalma, manik, depresif, hipomanik ve karma belirtilerin olmadığı dönemlerin sayısında artma, hastaneye yatış sayısında ve süresinde azalma olduğu bulunmuştur. Rea ve arkadaşları, Bipolar I tanısı almış 53 yatan hastanın 28 tanesine aileleriyle birlikte psikoeğitim vermiş, 25 kişilik kontrol grubuna ise sadece bireysel psikoeğitim vermişlerdir.[58] Yirmi bir oturumluk

çalışma yaklaşık 9 ay devam etmiş, sonrasında 2 yıllık bir takip çalışması yapılmıştır. Sonuçta aileleri psiko eğitim almış gruptaki hastalarda yineleme sayısı ve hastaneye yatış sayısında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur.

Colom ve arkadaşları, Bipolar II bozukluğunda psiko eğitimin etkisini araştırdıkları çalışmalarında, toplam 20 kişilik gruptan 8 hastayı psiko eğitim grubuna, 12'sini ise yapılandırılmamış destek grubuna yönlendirmişlerdir.[59] Bu küçük örneklemin 5 yıllık sonuçları üzerinden post-hoc analizlerini yaptıklarında, psiko eğitim grubundaki hastalarının atak sayılarında azalma, hipomani ve depresyon nüks oranlarında azalma, duygudurum belirtilerinin görüldüğü gün sayısında azalma ile işlevsellik düzeylerinde artma olduğunu görmüşlerdir.

Bu çalışmalar, bipolar bozuklukta psiko eğitimin hastalar üzerinde oldukça olumlu sonuçlar yarattığını bildirmektedirler. Bununla birlikte, bazı araştırmalar psiko eğitimin bipolar bozuklukta etkili olduğunu destekler yönde kanıt bulamamışlardır. Miller ve arkadaşları akut dönemdeki 92 tane Bipolar I hasta (%75'i manik) ile yaptıkları çalışmalarında, hastaların bir kısmını ilaç grubuna, bir kısmını ilaç ve 12 seanslık aile terapisi grubuna, bir kısmını da ilaç ve 6 haftalık çoklu aile psiko eğitim grubuna atamışlardır.[60] Yirmi sekiz hafta sonunda üç grup arasında anlamlı farklar bulunmamış, aileye psiko eğitim verilmesi sonucu değiştirmemiştir.

### ***Farkındalık Odaklı Bilişsel Terapi***

Üçüncü nesil bilişsel terapilerden, Farkındalık Odaklı Bilişsel Terapinin (mindfulness-based cognitive therapy) kullanımı henüz çok yenidir. Bu yüzden, yöntemin etkililiğini araştıran çalışmaların sayısı henüz çok az ve yetersizdir. Yine de ulaşılabilen sınırlı sayıdaki araştırmanın sonuçlarını özetlemekte fayda olacağı düşünülmektedir.

Unipolar depresyon ve bipolar bozukluk tanılı hastalardan oluşan örnekleimde farkındalık odaklı bilişsel terapinin etkisini araştıran randomize-kontrollü bir çalışmada, daha çok kaygı belirtilerine odaklanılmıştır. Kırk sekiz katılımcıdan oluşan örneklemin 14'ü bipolar hastalardan seçilmiş, bunların yedisi terapi grubuna, diğer yarısı ise kontrol grubuna dahil edilmişlerdir. Terapi grubundakiler, 8 hafta boyunca haftada iki kez seanslara katılmış ve her gün farkındalık egzersizleri yapmışlardır. Tedavinin son döneminde tam gün süren yoğunlaştırılmış meditasyon seansına katılmışlardır. Sadece bipolar hastaların kaygı değerleri tedavi sonrasında önemli derecede azalmıştır. Kont-

rollerle karşılaştırıldığında, hem bipolar hem unipolar hastalarda depresyon puanlarının düştüğü görülmüştür.[61]

Miklowitz ve arkadaşları farkındalık odaklı bilişsel terapi temelinde özellikle bipolar hastalar için uyarladıkları bir tedavi protokolü hazırlamışlardır.[28] Bu protokolde bipolar bozuklukla ilgili psikoeğitim ve duygudurum dalgalanmalarına yönelik farkındalık uygulamaları bulunmaktadır. Ondört bipolar I ve 8 bipolar II hastanın katıldığı, fakat 16 katılımcının tamamladığı 8 haftalık çalışmada, depresyon ve mani belirtileri ile intihar düşüncelerinde iyileşme ve katılımcıların kendileri tarafından bildirilen kaygıda azalma görülmüştür. Bununla birlikte, örneklemin küçük olmasından dolayı sonuçlarda istatistiksel bir anlamlılık elde edilemediğinden, Miklowitz ve arkadaşları daha sonra tek katılımcılı bir vaka çalışması yapmıştır. Farkındalık egzersizlerini başarı ile uygulamayı öğrendiği bildirilen kadın katılımcı, bu tekniklerin durduramadığı düşüncelerini yavaşlattığını, prodromal belirtileri fark etmesine yardımcı olduğunu ve duygularındaki yoğunluğu azalttığını belirtmiştir.[28]

Weber ve arkadaşları farkındalık odaklı bilişsel terapinin bipolar bozuklukta uygulanabilirliğine değerlendirdikleri bir çalışmada, ayaktan tedavi gören 23 bipolar hastanın hipomanik ve depresif belirtileri ile farkındalık becerileri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.[62] Katılımcılar 8 hafta boyunca, haftada 2 saat süren seanslara devam etmişler ve 3 ay sonra yine 2 saat süren takip seansına katılmışlardır. On beş katılımcı en az 4 oturuma gelmiştir. Katılımcıların pek çoğu programdan faydalandıklarını belirtse de, farkındalık becerilerinde önemli bir değişim görülmemiş ve bildirdikleri değişimlerin depresif belirtilerdeki azalmayla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Elde edilen sonuçlar umut verici olsa da, hipomanik/manik ve depresif yinelemelerin önlenmesinde bu tekniğin ne kadar etkili olduğunu gösterecek daha büyük örneklemlili, seçkisiz-kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

### ***Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi***

Bu konuda yapılmış en erken çalışmalardan biri olan Palmer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ayaktan tedavi gören 40 bipolar hasta ile 6 ay süren 17 haftalık seanslardan oluşan bilişsel-davranışçı grup terapisi yürütülmüştür.[63] Bu süreç sonunda katılımcıların manik ve depresif belirtilerinde değişim ve sosyal uyumlarında artış olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak araştırmanın takip çalışması yapılmamıştır. Bipolar hastalarda belirtilerin azalması ve yinelemelerin önlenmesi amacıyla 11 haftalık bilişsel-davranışçı grup terapi programının etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, atılganlık ve problem çözme eğitimi, etkinlik düzenleme ve ilaç

tedavisine uyum gibi tekniklere yer verilmiştir.[16] Programın, sadece ilaç kullanan kontrol grubuyla kıyaslandığında yeni atakların sayısında azalmaya ve ötimik dönemlerin artmasına etkisi olduğu gözlenmiştir.

Patelis-Siotis ve arkadaşları, kırk dokuz tane bipolar hastayı bilişsel-davranışçı grup terapisine almışlardır.[64] Psikososyal işlevselliği iyileştirmeyi amaçlayan, psikoeğitim ve bilişsel-davranışçı müdahaleleri içeren programı 38 hasta tamamlamıştır. 7–12 kişilik gruplar 14 hafta boyunca 2 saat süren oturumlara katılmışlardır. Süreç sonunda psikososyal işlevsellikte önemli değişimler görülmüşse de, terapi öncesi ve sonrası arasında belirtiler açısından bir değişiklik bulunmamıştır. Araştırmacılar bunu, katılımcıların çalışmaya hafif derecede depresif veya ötimik oldukları bir dönemde dâhil oldukları ve bu sebeple belirtilerde daha farklı bir değişimin olamayacağı şeklinde açıklamışlardır. Bu çalışma, bilişsel-davranışçı grup terapisinin bipolar hastaların yaşam kalitelerini arttırmada faydalı bir müdahale yöntemi olabileceğini göstermektedir.

Bir diğer araştırmada, bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı eştanısı olan 45 ayaktan tedavi gören hasta, Birleştirilmiş Grup Tedavisi (Integrated Group Treatment) adı verilen yöntemle tedavi edilmeye çalışılmıştır.[21] Bu yöntem her iki bozukluk için ortak olan iyileşme ve depresifleşme belirtilerine odaklanıp, bilişsel-davranışçı teknikler kullanarak depresifleşmenin önlenmesini hedeflemektedir. Birer saat süren ve önce 12, daha sonra 20 seansın sonunda katılımcıların hiçbir ek tedavi görmeyen hastalarla karşılaştırıldığında madde ve alkol kullanmadıkları dönemlerin sayısında artış, duygudurum belirtilerinde azalma bulunmuştur. Grubun tedaviye uyum oranı yüksek olduğu ve gruplar arasında bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Hastaneye yatış oranlarında ise bir fark elde edilmemiştir.

## Sonuç

Yapılmış araştırmalar özette BDT'nin bipolar hastalar için önemli bir takım tedavi çıktılarına sahip olduğuna işaret etmektedirler. Görüldüğü üzere, bipolar bozuklukta BDT, hiçbir zaman ilaç tedavisinin bir alternatifi değil, daha çok bir tamamlayıcısıdır.[57,65] Ancak BDT'nin bunu aşan bir rolü de vardır. BDT, bir yanda ilaç tedavisinin belirtiler üzerindeki etkisini arttırmak amacıyla tedaviye uyumu ve işbirliğini arttırmaya çalışırken, öte yanda hastanın bir ömür boyu sürecek olan bozukluğunun akut ve remisyon dönemlerinde neler yapabileceği ve bu bozuklukla birlikte nasıl yaşayacağını düzenlemeye çalışır. Bu psikososyal müdahale BDT'nin farmakolojik müdahalelere yaptığı



en büyük destek olarak görünmektedir. Dolayısıyla BDT, bipolar bozuklukta hem akut dönemleri, hem remisyon dönemlerini, hem de genel olarak hastanın hayatını kapsayan bir çalışma alanına sahiptir.

Bozukluğun akut dönemleriyle ilgili çalışmalar hem az sayıdadır hem de pek çok kısıtlılığa sahiptirler. Buna rağmen akut dönemle ilgili çalışmalar, BDT'nin daha çok depresif atakta ve bipolar bozukluğa eşlik eden bozukluklarda kayda değer bir etkisi olduğuna işaret etmektedir. Bipolar bozukluğun depresif döneminde elde edilen başarılar, unipolar bozuklukta elde edilenlere benzer bulunmuştur.[37] Birlikte bulunan bozukluklardan anksiyete bozuklukları kümesinde, özellikle de TSSB, yaygın anksiyete bozukluğu, OKB ve panik bozukluğun tedavisinde BDT'nin önemli başarı gösterdiği bilinmektedir.[25-29] Yine alkol bağımlılığı ve sınır kişilik bozukluğu eştanılarının bulunduğu durumlarında BDT'nin gelecek vaat ettiği düşünülmektedir.[29,30] Bununla birlikte bipolar bozukluğun akut döneminde manik atakta hem yeteri kadar çalışma yapılmamış, hem de BDT lehine önemli bir sonuç elde edilememiştir.[53]

BDT'nin akut dönemlerle ilgili en önemli başarısı, özellikle hastanın ve hasta ailesinin uygulanan ilaç tedavilerine yönelik işbirliğini ve uyumunu arttırma konusundadır. Bipolar hastaların %40 ile %60'nun tedavilerinin herhangi bir noktasında tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri bilinmektedir.[13] Bu bulgu, biyolojik temelli tedavilerin yanı sıra psikososyal tedavilerin de kullanılmasının önemli ve gerekli olduğunu göstermektedir.

BDT'de bipolar bozukluğun akut dönemleri dışında, remisyon dönemleri de önemli bir çalışma alanıdır. 2000'li yıllara kadar bipolar hastaların ötimik dönemlerde tamamen iyileştikleri düşünülse de, artık ötimik dönemlerde bile eşik altı veya kalıntı belirtilerin var olduğu ve kişinin işlevselliğini etkilediği yaygın şekilde kabul edilmektedir.[38,39] Remisyon dönemlerinde BDT, özellikle kalıntı belirtiler ve bu belirtilerdeki değişimleri tanıma, yakalama, bu belirtilerdeki artışa yönelik önlem alma (çevresini uyarma, doktorunu arama, farmakolojik işlemleri devreye sokma vb. gibi), idame tedavisine uyum ve işbirliği gibi alanlarda hem hasta hem de ailesine yönelik müdahaleler vermektedir. Aynı zamanda bu işbirliğine veya tedaviye uyuma engel olacak bir takım inanç ve düşünceleri tespit edip bunları işlevsel olanlarıyla değiştirmek önemli bir çalışma alanıdır. Araştırmalar, özellikle psikoegitim ve klasik BDT yöntemlerinin bu alanda önemli başarılar elde ettiğini göstermektedir. Ayrıca, henüz bu alanda çok yeni olmasına ve çok kısıtlı sayıda araştırma yapılmasına rağmen, farkındalık odaklı bilişsel terapinin özellikle eşlik eden anksiyete

belirtilerini azaltmada etkili olduğuna dair umut verici sonuçlar dikkati çekmektedir.[28,61]

BDT'nin remisyon dönemlerindeki önemli bir diğer çalışma alanı ise kişinin bozukluk dolayısıyla sürekli etkilenen ve yıpranan iş, aile ve kişilerarası ilişkileri gibi sosyal hayatıdır. Süregen bir bozukluk olan bipolar bozuklukta bu alanlardaki bozulmalar neredeyse kaçınılmazdır ve ele alınmadığı durumda kişi için son derece etkili birer stresöre dönüşmektedirler. BDT'nin içinde yer alan problem çözme, stresle başa çıkma, etkili iletişim, atılganlık eğitimi, depresyonla başa çıkma, hayat tarzını programlama, etkileşim grupları gibi pek çok program bipolar hastanın bozukluğa ve bu bozuklukla birlikte hayata uyumu açısından önemli başarılar elde etmektedir. Yukarıdaki çalışmalarda da gösterildiği gibi, ilaca uyumun artması, belirtilerin şiddetinin azalması, yinelenmelerin azaltılması, remisyon dönemlerinin uzaması, kişilerarası ve psikososyal işlevselliğin artması gibi sonuçlar BDT'nin önemli katkılarını göz önüne sermektedir.

Bu bağlamda, son dönemde araştırmacılar BDT'nin maliyetinin etkinliğini de tartışmaya başlamışlardır. Kontrol grubu ile karşılaştırdıklarında, farmakoterapinin yanı sıra BDT alan kişilerin daha iyi bir klinik seyir gösterdiklerini, belirti yaşadıkları günlerin sayısının azalması ile psikososyal işlevselliğinin iyileştiğini görmüşlerdir[39].Terapiler başlangıç dönemlerinde daha maliyetli gözükseler de, uzun vadede getirdiği klinik ve sosyal kazançlarla kişiye geri vermektedir denilebilir. Çünkü kişinin bozukluğuna dair içgörüsü arttıkça, hipomanik/manik veya depresif belirtilerini tetikleyebilecek olaylara dair farkındalık ve başa çıkma becerisi geliştirdikçe, yinelenmelerin önlenmesinin yanı sıra, kişinin yaşam kalitesi de artmaktadır.[66,67]

BDT'nin geniş teknik çeşitliliği, bipolar bozukluğun değişken, karmaşık ve heterojen doğası için zengin alternatif müdahaleler sunma potansiyeline sahip görünmektedir. BDT'de, bir yandan hastanın ve ailesinin bu bozukluğun kronik tekrarlayıcı yapısı ve ilaç tedavisinin bu mücadeledeki önemi hakkında bilgi edinmeleri sağlanırken, öte yandan prodromal ve kalıntı belirtilerin tanınması, başa çıkma ve problem çözme stratejileri geliştirilmesi ve duygudurum takibine yönelik müdahalelerin yapılması ile klinisyen için önemli bir hareket alanı sağlamaktadır. Bu açıdan BDT'de çalışılan konulara bakıldığında; bozukluğun kabulü, duygudurum ve belirtilerde oluşan dalgalanmaların fark edilmesi, psikososyal stresörlerin belirlenmesi, bozukluğun belirtileri ve çevre stresörleriyle başa çıkma stratejilerinin oluşturulması, işlevselliği bozan düşüncelerin, sayıltuların, inançların belirlenmesi ve değiştirilmesi, ilaç tedavisine uyum, bozuklukla yaşamak vb. gibi çok geniş bir alanı kap-

sadığı görülür.[36] Bipolar bozukluğun terapötik müdahalelerinde, her kişinin kendine özgü sürecinin göz önünde bulundurulması, diğer bir deyişle her hastanın farklı bir atak ile bozukluklarının başlaması ve seyrinin farklı olması, hazırlanacak tedavi planının bu özelliklere göre şekillendirilmesi ihtiyacını doğurmaktadır. BDT, bu ihtiyaca yanıt vermesi açısından da önemini korumaktadır.

Diğer taraftan, yapılan araştırmalar BDT'nin kısıtlı yönlerini de ortaya çıkarmaktadır. Bipolar bozukluğun akut depresif ataklarında BDT'nin etkili olduğu pek çok araştırmacı tarafından onaylansa da, manik atakta BDT'nin ne kadar etkili olduğu veya olabileceği tartışılan konulardan biridir. Manideki kognitif stillerden örneğin hedefi elde etmeye yönelik gerçekçi olmayan düşünceler veya "hiperpozitif kendilik", bu kişilerin BDT'den daha az faydalanmalarına neden olmaktadır. Yine de bu kişilerin manik ataklar öncesinde risk oluşturabilecek faktörlere dair farkındalık kazanmaları sağlanabilir ve bu stresörlerle başa çıkmalarına yardımcı olacak örneğin "aşılama yöntemi" gibi teknikler öğretilir.[68] BDT, manik atakta yeterince etkili olmasa da, maninin prodromal belirtilerinin takip edilmesi ile manik yinelemelerin azalmasında anlamlı düzeyde etkisinin olduğu araştırmacılarca ortaya konmaktadır.[32,36]

Bir diğer kısıtlılık, 12'den daha çok atak geçirmiş kişilerde BDT'nin etkililiğinin azalmasıdır.[36] Bu sonuçtan hareketle, BDT'nin daha erken dönemde olan ve daha az kompleks bipolar bozukluklarda daha etkili olabileceği ileri sürülmektedir. Ancak 12'den fazla atakla kastedileninin ne olduğu bu öneriyi ortaya koyan Scott ve arkadaşları tarafından net bir şekilde açıklanmamıştır.[36] Daha sonra, Miklowitz ve Scott BDT gibi yoğun yöntemlerin çoklu atak yaşamış kişilerden, bozukluğunun erken dönemlerinde olan bipolar hastalar için daha uygun olabileceğini dile getirmişlerdir.[67] Yine de, böyle bir sayı üzerinden daha az etkilidir ya da değildir demek için daha fazla çalışma yapılması gerekli görünmektedir. Ayrıca, kronik bir tablo oluşturan durumlarda depresyon veya ötimik dönemlerde temel inançlar üzerine yapılacak çalışmaların öneminin altı çizilmektedir.[68]

Dünya değiştiğçe, hastaların belirtilerinin değiştiği ve hatta zaman zaman "ezberi bozduğu" bilinmektedir. Bu tip belirtiler "atipik" veya "başka türlü adlandırılmayan" şeklinde tanımlansalar da araştırmaların bu belirtileri de kapsayıcı şekilde genişletilmesi BDT'nin etkinliğini değerlendirmeye yardımcı olacaktır. Ayrıca, bipolar bozuklukla birlikte diğer psikiyatrik bozuklukların görüldüğü durumlarda BDT'nin etkiliği konusunda daha fazla araştırma yapılmasına da gerek vardır. Özellikle özkıyım üzerine yapılan çalışma sayısı çok

azdır. Bu alanda geliştirebilecek tedavi protokolleri bipolar bozukluğun prognozu açısından değerli olacaktır.

Bipolar bozukluk, yapısı gereği araştırmacıya meydan okuyan bir çalışma konusudur. Ancak yapılan araştırmaların birçoğunda bu meydan okumaya yöntemsel açıdan önlem oluşturabilecek düzeyde kontrol koşullarının sağlanmadığı göze çarpmaktadır. Bu araştırmalarda özellikle karşılaştırma grubu oluşturma, denek sayısının yeterliliği, müdahale sonrası etkinin seyrini gösterecek takip çalışmalarının yapılması, yöntemsel açıdan dikkat edilmesi gereken özellikler olarak göze çarpmaktadır.

Son olarak, daha önce de değinildiği gibi ulusal ve uluslararası veritabanlarında yapılan taramada, ülkemizde bipolar bozukluğun tedavisinde BDT kullanımı konusunda herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bipolar bozuklukta genel olarak tüm psikoterapötik müdahaleleri tarayan bazı ulusal yayınlar da benzer bir gözlem bildirmektedir.[23,24] Bu durumun ülkemizde bipolar bozuklukta kullanılan psikoterapötik uygulamalarla ilgili fikir edinmeyi güçleştirdiği, ülkemizde bu konuda yapılacak araştırma ve yayınlara önemli düzeyde ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## Kaynaklar

1. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30:279-292.
2. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2:206-236.
3. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. Epidemiology of Mood Disorders. In The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders (Eds DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg):33-54. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2005.
4. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. J Clin Psychiatry 2002; 63:120-125.
5. Power MJ. Psychological approaches to bipolar disorders: A theoretical critique. Clin Psychol Rev 2005; 25:1101-1122.
6. Solomon RL, Keitner GI, Miller IW, Shea MT, Keller MB. Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorders. J Clin Psychiatry 1995; 56:5-13.
7. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biol Psychiatry 2000; 48:445-457.
8. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Am J Psychiatry 2006; 163:217-224.

9. Keck PE. Long-term management strategies to achieve optimal function in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:19-24.
10. Bauer MS, Kirk GF, Gavin C, Williford WO. Determinants of functional outcome and healthcare costs in bipolar disorder: A high-intensity follow-up study. *J Affect Disord* 2001; 65:231-241.
11. Dent J, Close H, Ryder J. Bipolar affective disorders. In *Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy* (Eds J Benneth-Levy, G Butler, M Fennell, A Hackman, M Mueller, D Westbrook):225-242. NewYork, Oxford University Press, 2004.
12. Roth A, Fonagy P. *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, 2nd edition. UK, Guilford Press, 2005.
13. Basco MR. Cognitive-behavior therapy for Bipolar I Disorder. *J Cogn Psychother* 2000; 14:287-305.
14. Clarkin JF, Glick IR, Haas LG, Spencer JH, Lewis AB. A randomized clinical trial of inpatient family intervention vs. results of affective disorders. *J Affect Disord* 1990; 18:17-28.
15. Scott J. Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2001; 178:164-168.
16. 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.
17. Schwannauer M. Cognitive behavioral therapy for bipolar affective disorder. In *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice* (Ed. M Power):259-273. England, Wiley, 2004.
18. Henin A, Otto MW, Reilly-Harrington NA. Introducing flexibility in manualized treatments: Application of recommended strategies to the cognitive-behavioral treatment of bipolar disorder. *Cogn Behav Pract* 2001; 8:317-328.
19. Vieta E, Pacchiarotti I, Scott J, Sanchez-Moreno J, Di Marzo S, Colom F. Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: A critical review. *Curr Psychiatr Rep* 2005; 7:449-455.
20. Lam D, Wong C. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychol Med* 1997; 27:1091-1100.
21. Newman CF, Leahy RL, Beck AT, Reilly-Harrington NA, Gyulai N. *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach*. Washington DC, American Psychological Association, 2002.
22. Leahy RL. Clinical implications in the treatment of mania: Reducing risk behavior in manic patients. *Cogn Behav Pract* 2005; 12:89-95.
23. Çakır S, Özerdem A. Bipolar bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: Sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:143-154.
24. Sütçügil L, Cansever A. Bipolar bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal girişimler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri* 2006; 2(29):46-51.
25. Rosenberg SD, Mueser KT, Jankowski MK, Salyers MP, Acker K. Cognitive-behavioral treatment of PTSD in severe mental illness: Results of a pilot study. *Am J Psychiatr Rehabil* 2004; 7:171-186.

26. Hamblen JL, Jankowski MK, Rosenberg SD, Mueser KT. Cognitive-behavioral treatment for PTSD in people with severe mental illness: Three case studies. *Am J Psychiatr Rehabil* 2004; 7:147-170.
27. Mueser KT, Rosenberg SD, Xie H, Jankowski MK, Bolton EE, Lu W, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:259-271.
28. Provencher MD, Hawke LD, Thienot E. Psychotherapies for comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord* 2010; doi:10.1016/j.jad.2010.10.040.
29. Rizvi S, Zaretsky AE. Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: Evidence for general efficacy and differential effects. *J Clin Psychol* 2007; 63:491-506.
30. Schmitz JM, Averill P, Sayre S, McCleary P, Moeller, GF, Swann A. Cognitive-behavioral treatment of bipolar disorder and substance abuse: A preliminary randomized study. *Addict Disord Their Treat* 2002; 1:17-24.
31. Weiss RD. Treating patients with bipolar disorder and substance dependence: Lessons learned. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27:307-312.
32. Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, Fernandez de Corres B, Lopez B et al. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: An update. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:93-90.
33. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1467-1473.
34. Bauer M, Grof P, Rasgon N, Bschor T, Glenn T, Whybrow PC. Temporal relation between sleep and mood in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006; 8:160-167.
35. Plante DT, Winkelman JW. Sleep disturbance in bipolar disorder: Therapeutic implications. *Am J Psychiatry* 2008; 165:830-843.
36. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T et al. Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *Br J Psychiatry* 2006; 188:313-320.
37. Zaretsky AE, Segal ZV, Gemar W. Cognitive therapy for bipolar depression: A pilot study. *Can J Psychiatry* 1999; 44:491-493.
38. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:145-152.
39. Lam DH, Hayward P, Wright ER, Bright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after two years. *Am J Psychiatry* 2005; 162:324-329.
40. Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52:873-878.
41. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; 318:149-153.

42. Lam DH, Wong G, Sham P. Prodromes, coping strategies, and course of illness in bipolar affective disorder: A naturalistic study. *Psychol Med* 2001; 31:1397-1402.
43. Zaretsky AE, Rizvi S, Parikh SV. How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2007; 52:14-19.
44. Satterfield JM. Adjunctive cognitive-behavioral therapy for rapid-cycling bipolar disorder: an empirical case study. *Psychiatry* 1999; 62:357-369.
45. Jones S. Psychotherapy of bipolar disorder: A review. *J Affect Disord* 2004; 80:101-114.
46. Reilly-Harrington N, Knauz RO. Cognitive-behavioral therapy for rapid cycling bipolar disorder. *Cogn Behav Pract* 2005; 12:66-75.
47. Reilly-Harrington NA, Deckersbach T, Knauz R, Wu Y, Tran T, Eidelman P et al. Cognitive behavioral therapy for rapid-cycling bipolar disorder: A pilot study. *J Psychiatr Pract* 2007; 13:291-297.
48. Scott J, Garland A, Moorhead A. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 2001; 31:459-467.
49. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D et al. Cognitive therapy for bipolar illness-a pilot study of relapse prevention. *Cogn Ther Res* 2001; 24:503-520.
50. Fava GA, Bartolucci G, Rafanelli C, Mangelli L. Cognitive-behavioral management of patients with bipolar disorder who relapsed while on lithium prophylaxis. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:556-559.
51. Ball J, Mitchell P, Malhi G, Skillecorn A, Smith M. Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37:41-48.
52. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1408-1419.
53. Bernhard B, Schaub A, Kummeler P, Dittman S, Severus E, Seemüller F et al. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry* 2006; 21:81-86.
54. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh SV. Is cognitive-behavioral therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2008; 53:441-447.
55. Totterdell P, Kellett S. Restructuring mood in cyclothymia using cognitive behavior therapy: An intensive time-sampling study. *J Clin Psychol* 2008; 64:501-518.
56. Colom F, Vieta E, Martinez A, Jorquera A. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychother Psychosom* 1998; 67:3-9.
57. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martinez-Aran A, Torrent C, Goikolea JM et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1101-1105.
58. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:482-492.
59. Colom F, Vieta E, Moreno-Sanchez J. Psychoeducation for bipolar II Disorder: An explanatory, 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disord* 2009; 112:30-35.

60. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: Family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:732-740.
61. Williams JMG, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer MJV, Fennell DS, Duggan DS, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord* 2008; 107:275-279.
62. Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility study. *Eur Psychiatry* 2010; 25:334-337.
63. Palmer AG, Williams H, Adams M. CBT in a group format for bi-polar affective disorder. *Behav Cogn Psychother* 1995; 23:153-168.
64. Patelis-Siotis I, Young LT, Robb JC, Marriott M, Bieling PJ, Cox LC et al. Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: A feasibility and effectiveness study. *J Affect Disord* 2001; 65:145-153.
65. Tomba E, Fava GA. The sequential combination of pharmacotherapy and psychotherapy in mood disorders. *J Contemp Psychother* 2009; 39:101-109.
66. Basco MR, Ladd G, Myers DS, Tyler D. Combining medication treatment and cognitive-behavior therapy for bipolar disorder. *J Cogn Psychother* 2007; 21:7-15.
67. Miklowitz DJ, Scott J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disord* 2009; 11:110-122.
68. Riskind JH. Bipolar disorder and cognitive therapy: A commentary. *Cogn Behav Pract* 2005; 12:99-101.

---

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Ahmet Tosun, İzmir Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İzmir, Turkey. E-mail: ahmet.tosun@izmir.edu.tr