T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINA VERİLEN PSİKOEĞİTİM SONRASI YAŞAM KALİTELERİNİN VE İŞLEVSELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ahmet FIRINCIOĞULLARI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA

HATAY – 2020

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINA VERİLEN PSİKOEĞİTİM SONRASI YAŞAM KALİTELERİNİN VE İŞLEVSELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ahmet FIRINCIOĞULLARI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINA VERİLEN PSİKOEĞİTİM SONRASI YAŞAM KALİTELERİNİN VE İŞLEVSELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ahmet FIRINCIOĞULLARI

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)……
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)……
Doç.Dr. Mustafa ARI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)..……
Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Doç. Dr. Mustafa ARI

2. Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA

3. Prof.Dr. Lut TAMAM

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER III
IV. TABLO LİSTESİ V
V. ŞEKİL LİSTESİ VI
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ VII
VII. TEŞEKKÜR VIII
VIII. ÖZET IX
IX. ABSTRACT XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1 Bipolar bozukluk 4
2.1.1 Tanım 4
2.1.2 Tarihçe 4
2.1.3 Epidemiyoloji 6
2.1.4 Etiyoloji 7
2.1.5 Bipolar Bozukluklar İçin Dsm - 5 Atak Ölçütleri 9
2.1.6 Klinik Bulgular 10
2.1.7. Bipolar Bozukluğun Doğası Ve Klinik Seyri 15
2.1.8. Bipolar Bozukluk Tedavisi 17
2.2. Psikoeğitim 23
2.2.1. Psikoeğitimin Önemi 24
2.2.2 Psikoeğitimin Etkinliği 25
2.2.3. Psikoeğitimin Amaçları 27
2.2.4. Bipolar Bozuklukta Bireysel Psikoeğitim Programı 28
3. GEREÇ ve YÖNTEM 30
3.1. Evren ve Örneklem 30
3.2. Çalışmaya Dahil. Edilme. Ölçütleri 30
3.3. Dışlama Ölçütleri 30
3.4 Veri Toplama Araçları 31
3.4.1 Hasta İzlem Dosyası 31
3.4.2 Hamilton. Depresyon. Derecelendirme. Ölçeği (HAM-D) 32
3.4.3 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS) 32
3.4.4 Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (MUÖ) 33

3.4.5 Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu(WHOQOL-BREF) 33
3.4.6 Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BPİÖ).....33
3.4.7 Sosyodemografik Veri Formu 34
3.5 Araştırmanın Uygulanması 34
3.6 Araştırmanın Takvimi.....38
3.7 Verilerin Analizi.....39
4. BULGULAR 40
5. TARTIŞMA.....47
6. SONUÇLAR.....52
8.EKLER.....60
8.1.EK-A 60
8.2.EK-B 71
9.ÖZGEÇMİŞ.....74

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Araştımanın Takvimi…… 39

Tablo 2 Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri…… 40

Tablo 3 Tüm Hastaların Ortalama Hastalık Süresi ve Başlangıç Yaşları…….. 41

Tablo 54 Hastalrın Klinik Özelliklerinin Dağılımı…… 42

Tablo 5 Hastaların YMR-S,HAM-D ve CGI-S Skorları…….. 43

Tablo 6 Hastaların Duygudurum Düzenleyici Kullanım Oranları……..… 43

Tablo 7 Antipsikotik İlaç Kullanım Oranları…… 43

Tablo 8 Morisky Tedavi Uyumlarının Karşılaştırılması……44

Tablo 9 Hastaların Bipolar Bzukluktaki İşlevsellik Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması…….. 46

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Yaşam Kalitesi ile Psikoeğitimin Karşılaştırılması…… 45

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AOT : Aile Odaklı Terapi

BAB : Bipolar Affektif Bozukluk

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

BTA : Başka Türlü Adlandırılamayan

CGI : Clinical Global İmpression

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorderes

EKT : Elektrokonvülsif Terapi

FDA : Food and Drug Administration

GABA : Gama-aminobütirik Asit

HAM-D : Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

ICD : International Classification of Diseases

İUB : İki Uçlu Bozukluk

KASRT : Kişilerarası Sosyal Ritimler Terapisi

MAOI : Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

NCS-R : National Comorbidity Survey Replication

PE : Psikoeğitim Öncesi

RTMS : Repetetif Transkiraniyel Manyetik Stümilasyon

SCID : Şiddetli Kombin İmmün Yetmezlik

SNRI : Sertonin-Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri

SSRI : Serotonin Selektif Gerialım İnhibitörleri

VPA : Valproik Asit

YMRS : Young Mani Değerlendirme. Ölçeği

VII. TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yardımlarını hiç esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Mustafa Arı'ya, Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA'ya teşekkür ederim.

Tüm asistanlık sürecinde yanımda olan ve tezimi yazmam konusunda bana destek ve özverisini esirgemeyen, değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA 'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca birbirimizin yanında olduğumuz, acı tatlı tüm günlerimizde birbirimize destek olup sırt sırta verdiğimiz asistan grubuma teşekkür ederim.

Belki de hayatımın en uzun ve en yorucu dönemi olan asistanlık eğitimi sürecinde desteklerini esirgemeyen, aileme, her zaman koşulsuz bir şekilde yanımda olan eşime ve sevgili oğluma sonsuz teşekkürler.

Dr. Ahmet Fırıncıoğulları
Hatay / 2020

VIII. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı bipolar bozukluk tanılı hastalara verilen psikoeğitimin; hastaların işlevselliklerine, yaşam kalitelerine, sosyal destek algılarına, yaşam olayları ile başa çıkma becerilerine ve tedavi uyumlarına etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma 2019-2020 yılında Hatay'da yaşayan 18 yaş üzeri bipolar bozukluk hastalarına yapıldı. Çalışmaya 01 Aralık 2019-01 Şubat 2020 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (HMKÜSUAH) psikiyatri polikliniğine ve servisine başvuran ve dahil edilme kriterlerini sağlayan,-DSM-5'e göre bipolar bozukluk tanısı almış hastalar çalışmaya alınmış olup 42 kişiye ulaşıldı. 42 hastanın tümümün sosyodemografik verileri alındı; plazma ilaç düzeyleri kaydedildi ve ölçekler verildi. Hastalara Bipolar İşlevsellik Ölçeği, WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği, Morisky İlaç Uyum Ölçeği verildi. Hastalar psikoeğitime davet edildi; 42 hastadan 31 hasta psikoeğitime katılmayı kabul etti. Psikoeğitimden 3 ay sonra hastalara (n=31) aynı ölçekler tekrar verildi, en son bakılan plazma ilaç düzeyleri ve bu zaman zarfında olan yeni ataklar, ilaç değişimleri vb. klinik gelişmeler kaydedildi.

Bulgular: Araştırmamızdaki 31 hastanın %45,2'si kadın, %54,8'i erkekti. Hastaların yaş ortalaması 34,06±10,2 idi. Hastaların ortalama hastalık süresi 10,26±9,44, ortalama hastalık başlangıç yaşı 23,81±7,71 ve aldıkları ortalama psikiyatrik tedavi süresi 8,10±6,47 yıldı. Hastaların ortalama YMRS puanı 2,61±1,25, ortalama HAM-D puanı 4,19±2,18 ve ortalama CGI-S puanı 4,26±0,51 idi. Hastaların %67,7'si lityum, %16,1'i valproik asit ve %16,1'i hem lityum hem valproik asit kullanmaktaydı. Psikoeğitim öncesi tedaviye uyumlu olmayan 20 hastadan 19'unun (%95,0) psikoeğitim sonrası tedaviye uyumlu hale geldikleri tespit edildi ($p<0,001$). Psikoeğitim öncesi hastaların Yaşam Kalitesi Anketi'nden aldıkları puan ortalaması 38,61±9,22 iken psikoeğitim sonrası ise 46,81±6,65 olduğu görüldü ($p<0,001$). Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği'ne göre hastaların psikoeğitim

sonrası işlevsellik düzeylerinin psikoeğitim öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. ($p<0,001$).

Sonuçlar: Hastaların yaşam kalitelerinde; psikolojik sağlıkta ve sosyal ilişkilerde anlamlı derecede yükselme saptandı. Hastaların (damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, sosyal ilişkiler) işlevselliklerinde artış, intihar düşüncelerinde, hastaneye yatış süresi ve sayısında azalma saptandı. Hastaların tedavi uyumlarında ve etkin dozda ilaç kullanım oranlarında artış görüldü.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, psikoeğitim, yaşam kalitesi, işlevsellik, ilaç uyumu.

IX. ABSTRACT

Aim: The aim of this study is psychoeducation given to patients diagnosed with bipolar disorder; to investigate the effect of patients on their functionality, quality of life, perceptions of social support, their ability to cope with life events, and treatment compliance.

Methods: This cross-sectional study was conducted in Bipolar Disorder patients over 18 years of age living in Hatay in 2019-2020. Patients who applied to the psychiatry outpatient clinic and clinic of Mustafa Kemal University Health Practice and Research Hospital (HMKÜSUAH) between 01 December and 1 February 2020 and who met the inclusion criteria,were diagnosed with bipolar disorder according to DSM-5 andreached 42 people.Sociodemographic data of all 42 patients were obtained; plasma drug levels were recorded and scales were given. The patients were given Bipolar Functionality Scale, Whoqol-Bref Quality of Life Scale, Morisky Drug Compliance Scale. Patients were invited to psychoeducation; 31 of 42 patients participated in psychoeducation. The patients (N: 31) were given the same scales 3 months after the psychoeducation, the last viewed plasma drug levels and new attacks during this time, drug changes, etc. clinical advances were made.

Results: 45,2% of the 31 patients in our study were women and 54,8% were man. The mean age of the patients was 34,06 ± 10,2. The mean disease duration of the patients was 10,26 ± 9,44, the average age of was 23,81 ± 7,71 and the mean duration of psychiatric treatment was 8,10 ± 6,47 years. The mean YMRS score of the patients was 2,61 ± 1,25, the average HAM-D score was 4,19 ± 2,18 and the average CGI score was 4,26 ± 0,51. 67,7% of patients use lithium, 16,1% use valproic acid and 16,1% use both lithium and valproic acid. It was found that 19 (95,0%) of 20 patients who were not compatible with pre-psychoeducation treatment became compatible with post-psychoeducation treatment ($p < 0,05$). While the average score of the patients before the psychoeducation from the Quality of Life Questionnaire was 38,61 ± 9.22, it was found to be 46,81 ± 6,65 after the psychoeducation ($p < 0.05$). According to the Bipolar Disorder Functionality Scale,

the levels of functionality of patients after psychoeducation were found to be significantly higher than that of pre-psychoeducation.

Conclusion: In the quality of life of patients; there was a significant increase in psychological health and social relations. There was an increase in the functionality of patients (stigma, introversion, in-home relationships), there was a decrease in Suisidal thoughts, hospitalization time and number. An increase was observed in patients' compliance and effective dose drug use.

Key words: Bipolar Disorder, psychoeducation, quality of life, functionality, drug compliance

.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (iki uçlu bozukluk), manik depresif psikoz olarak tanımlanmasından çok evvel duygudurum değişiklikleriyle giden ruhsal bir hastalık olarak bilinmektedir. İki uçlu bozukluğun tanımlama sistemindeki karşılığı, en az bir hipomanik, manik ya da karışık(mikst) bir atağın ortaya çıkmasıyla karakterizedir (1). Bipolar bozukluk, gerek bireysel gerek ise toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte olup özellikle yaşam kalitesi üzerine etkileri ile ilişkili çok boyutlu çalışmalara önem verilmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı ortalama % 1 civarındadır. Bipolar bozukluk, kronik gidişli olup kesin olarak ilaç tedavisini gerektiren (akut atak ve koruyucu amaçlı) bir hastalıktır. Bipolar bozukluk kişinin aile yaşantısını, iş yaşantısını, sosyal ilişkilerini tereddütsüz yaşamının her yönünü etkilemekte olan şiddetli ve oldukça kalıcı bozukluklara yol açan bir hastalıktır (2).

BB'de genetik ve nörobiyolojik temellerin günden güne daha iyi ortaya konmasına ve ilaç tedavisindeki gelişmelere karşın atak tekrarlama olasılıkları fazladır. Uzun süreli izlem verilerine göre, tam remisyon gösteren hastaların oranı yaklaşık %25'tir (3). Düzenli ilaç kullanımda bile beş yıl içinde yineleme oranı yaklaşık %74'tür (2). Hastaların yaşam sürelerinin yarısında hastalık belirtileri bulunmakta olup bu durum, işte,okulda, ilişkilerinde net bir şekilde yeti yitimine neden olmaktadır (4).Tedavide ilaç uyumun düzensiz ve yetersiz olması ciddi bir sorundur ve hastaların neredeyse %45'inde ilaç tedavisine uyumsuzluk görülmüştür (5). İlaç uyumunun düzenli ve iyi olduğu tedavilerde belirtilerin önemli ölçüde azaldığı görülse de yaşam kalitesi ve işlevsellikte aynı düzelmeler saptanamamıştır (6,7). Çağımızda ilaç tedavileri belirtilerin kaybolmasında etkilidir lakin relaps ve rekürrenslerin önlenmesinde, hastalık yükünün azaltılmasında ve işlevselliğin tekrardan kazanılmasında çok etkili değildir. Son dönemlerde çeşitli psikoterapi yöntemleriyle ortaya çıkan bu boşlukların doldurulmaya çalışılmaktadır.

BB'nin biyolojik temellerine ek olarak stresli yaşam olayları, ailesel kavgalar, toplumsal ilişkiler, uyku uyanıklık döngüsündeki bozulmalar, ilaç uyumundaki bozukluklar gibi tetikleyiciler atakların tekrarlanmasında önemli rol oynar (8). Bipolar bozukluğun yönetiminde, iyileştirilmesinde, diğer tüm ruhsal bozuklardan daha fazla ayrıntılı ve bütüncül bir yaklaşıma gereksinim vardır. Bipolar bozuklukların tedavisinde sadece "doğru" farmakoterapiyi bulmayı içeren sınırlı bakış açısı büyük ölçüde terkedilmiştir. Günümüz pratiğinde kullandığımız araştırmalarda yararlılığı kanıtlanmış bir dizi ilaç bipolar bozukluğun seyrini değiştirmemiştir. Kanıtlar etkililik- etkinlik arasındaki bu farkın bir yandan bipolar hastaların reçete edilen ilaç tedavisine uymakta zorlanmasının, diğer yandan araştırma kapsamına alınmayan klinik ortamlarda yer alan heterojen popülasyonlarda bipolar bozukluğun seyrini etkileyen yaygın olarak görülen sosyal ve psikolojik faktörlerin ürünü olduğunu göstermektedir. İlaç tedavisi, hem akut mani hem depresyon hem de sürdürüm tedavisinin devamlılığında oldukça önemlidir (9). Bununla birlikte, son yıllarda ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikoeğitim, Kişilerarası Sosyal Ritimler Terapisi (KASRT), Aile Odaklı Terapi (AOT) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gibi farklı terapiler ciddi anlamda önemli hale gelmiştir. KASRT, AOT ve BDT gibi terapi yöntemlerinin uygulanabilmesi için deneyimli psikiyatristler gerektirdiği için maliyet anlamında ciddi bir yük oluşturacağı bildirilmiştir. Psikoeğitim ise daha ucuz ve kolaylıkla hastalara uygulanbilmesi gibi nedenlerle ülkemiz koşulları için uygun görülmektedir (10). BB hastalarında psikoeğitim, hastalıkla ilgili bilgilendirme, tedavisi hakkında önemli oranda bilgilendirilmeyi, hastalığa karşı olan tutumunda yumuşamayı, tedavi uyumunda önemli derecede artışları, hastalık belirtilerinin iyileştirilmesini, depresif, manik, hipomanik ya da karma atakları önlemeyi, hastanedeki yatış sayılarını ve yatış sürelerini azaltmayı, sosyal ve mesleki işlevsellikte düzelmeyi, intihar riskini azaltmayı, yaşam kalitesini ciddi anlamda yükseltmeyi ve ailenin tedaviye katkısını artırmayı hedeflemektedir (11,12). Psikoeğitimin medikal tedaviye ve diğer tedavilerle kombine edilerek uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (13). Hastalığın biyolojik, sosyal ve psikolojik kayıpları çoğalmadan, psikoeğitimlere ve/veya çeşitli terapilere mümkün oldukça erkenden başlanılması, hem ilaç tedavisinde hem de yaşam kalitesinde hayati bir öneme sahip olacağı

belirtilmektedir. Bipolar bozuklukta psikoeğitimin, hastalığın erken safhalarında olan ve ötimik duygudurumu bulunan hastalara verilmesine dikkat çekilmektedir (10,14) . Bizim çalışmamızın amacı bipolar bozukluk tanılı hastalara verilen psikoeğitimin; hastaların işlevselliklerine, yaşam kalitelerine, sosyal destek algılarına, yaşam olayları ile başa çıkma becerilerine ve tedavi uyumlarına etkisini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bipolar bozukluk

2.1.1 Tanım

Bipolar Bozukluk; belli bir düzene sahip olmadan tekrarlayan depresif, manik ya da karma ataklarla gitmekte olan ve epizodlar arasında kişinin sağlıklı duyguduruma (ötimi) dönebildiği, kronik ve yaşam boyu sürebilen erken başlangıçlı bir duygudurum bozukluğudur (15).

2.1.2 Tarihçe

Babil, Eski Mısır, İbrani ve Çin uygarlıklarında depresif (melankolik) ve manik durumlara ait tasvirlemelerle karşılaşılsa da, bunun tanımlamasını ilk kez sıralı bir şekilde yapan kişi, MÖ 400'lerde, Hipokrat'tır. Hipokrat melankoliyi, 'kara safranın beyin üzerindeki etkisiyle ruhun kararması' na benzetmiştir. Bu benzetme sonrası ilk kez, akıl hastalığı ile beyin biyokimyası arasında bir bağlantı kurulmuş olsa da, günümüzde mani kavramına en çok yakınlaşan (öfori, grandiyözite, psikomotor eksitasyon, irritabilite, psikotik özellikler), hem de mani ve melankoli etiyoloji odaklarının aynı ve bunların tek bir hastalığın iki farklı görüntüsü olduğundan söz eden şahıs Kapadokya'lı Aretaeus olmuştur. Bundan dolayı Aretaeus BB'nin babası sayılabilir (16).Aretaus'un bu görüşleri neredeyse 18.yy'ye kadar tıp dünyasına hakim olmuştur. 18.yy'ın sonlarında ve 19.yy'de, akıl hastanelerinin yeni yeni kurulmasıyla hastalar sistematik olarak incelenebilmiştir. Esquirol 1840'da, bir konuşmasında "yüceltilmiş bir keder alışkanlığı" anlamına gelen melankoli kelimesinin, edebiyatçılara teslim edilmesi gerektiğini, bu bozukluğun çok fazla bir kederle irtibatlı bir beyin hastalığı olduğunu ve bu hastalığın temelinde bir 'affektif bozukluğun' yer aldığını açıklayan ilk psikiyatri uzmanı olmuştur. Esquirol'un bu söylemleri, Anglo-Sakson kaynaklarına Henry

Maudsley'in 'afektif bozukluklar' tanımlaması ile geçmiştir. Griesinger 1845'te, depresyondan (melankoli) manik ataklara kaymalara ve mevsimsel afektif değişmelere dikkat çekmiştir. Delasiauve, bu durumun depresyonun sürekli ve abartılı bir şekilde yaşandığını belirterek , 'depresyon' kavramını teknik anlamda ilk vurgulayan şahıs olmuştur (17). Bu tanımlama artarak yaygınlaşmaya başladı ve yüzyılın sonuna doğru 'mental depresyon' kavramı, melankolinin yerini almaya başladı. Fransa'da psikiyatri hekimi olan Falret, 1854'te, her iki ruh halinin birbirini takip eden durumlar olduğunu ve bu durumların birleştirilerek döngüsel delilik kavramı olarak, Baillarger de hemen hemen aynı zaman diliminde mevcut durumu deliliğin ikili formu kavramı şeklinde tanımlamışlardır. Melankoli ve maninin kişide var olan döngüsel bir hastalığın evreleri olduğu görüşü, çağımızda iki uçlu(bipolar) bozuklukla ilgili nasıl düşünmemiz gerektiğinin temelini oluşturmuştur. Daha sonraki dönemlerde Pinel "Nosografi" ismini verdiği kitabında maniden söz ederken ilk defa hezeyanlı ve hezeyanlı olmayan iki farklı tablodan bahsetmiştir. Heinroth ise 4 farklı manik tabloyu tariflemiştir: Simplex (saf öfke), ecstatica (delilik), ecnoa (öfkeye eşlik eden delilik) ve catholica (adi öfke) (18). Geride bırakılan yüzyılda daha fizyolojik bir tanımlama olarak kullanılan depresyon, ara sıra melankoliyle eş anlamlı, ara sıra da biri diğerinin göstergesi olarak kullanılmıştır (17).Bir hayli görüşün tersine Kraepelin, depresyonun bir belirti değil de, depresif bozukluklar çatısı altında ayrı bir kategori de sınıflandırmıştır (19).

Bütün tartışmaları bitirense, 1921'de Kraepelin olmuştur ve bu 3 hastalık (aralarından biri ise sonradan önemini kaybetmiş amentia'dır) kategorisinin farklılık göstermediğini, hastalığın dönemsel gidişli ve döngüsel boyutta olduğundan bahsetmiştir. Çağdaş psikiyatrinin babası olarak görülen Kraepelin, 1896'da endojen psikozları, dementia praecox ve manik-depresif delilik olacak şekilde, daha sonra 1899-1915 arasındaki yıllarda uzunlamasına yapılan izlem sonucunda, bütün melankoli ve mani formlarını 'manik-depresif hastalık'çatısı altında toplarken, hastalığın eksiksiz düzelen ara periyodlarla gittiğini, bu gidişat esnasında hastaların çeşit çeşit hastalık formları ortaya koyabileceğini ve hastalığın genetik bir yük olabileceğini vurgulamıştı (19). Bu şekilde Kraepelin, o döneme kadar parçaları üzerinde yoğunlaşılan mozaik tabloya geriden bakarak birleştirici bakışını ortaya koymaktaydı.

Ancak ilk defa Falret'nin mani ve aile hikayesinin mevcut olmasıyla ayrıştırdığı manik-depresif hastalık terimi, "iki uçlu bozukluk" olarak tasvirleyici yaklaşımın alt yapısını kuran International Classification of Diseases (ICD) ve DSM klavuzlarındaki konumunu zar zor 1980'lerde alabildi (20).Böylelikle, ardımızda bıraktığımız yüzyıl duygudurum bozukluklarının sınıflandırılması kapsamında gelişmelerin hızlıca şekil aldığı bir yüzyıl olmuştur.

2.1.3 Epidemiyoloji

İki uçlu bozukluk (BB) sıkça karşılaşabileceğimiz hastalık grubundandır. BB'nin prevalansı, bipolar I ve II bozukluklarının bağımsız olarak görülmesi ya da bipolar spektrum bozuklukları çatısı altında tanımlanmasına bağlıdır. Bununla beraber, yakın zaman diliminde ortaya konulan geniş çaplı epidemiyoloji çalışmalarında bipolar I bozukluğunun yaşam süresince yaygınlık oranının % 1-1,5 sınırlarında olduğunu göstermiştir (21,22). Bipolar II bozukluğunda oranlar başka bir şekilde seyretmekte iken Ulusal Komorbidite Araştırmalarında (NCS-R) % 1.1 bandında olduğunu ve bu oranın neredeyse bipolar I bozuklukla aynı olduğunu belirtmiştir (23).

Avrupa genelinde değerlendirilen çalışmalarda ise, bipolar I bozukluk ve bipolar II bozukluk yaygınlıkları benzer şekilde, %1.3-1.8 aralığında gösterilmiştir (24).Ek olarak, NCS-R, eşiğin altında kalan vakaları da dahil ederek, % 4,5'lik iki uçlu bozukluk (bipolar) spektrum oranını ortaya koymuşlardır (23). Avrupa genelinde az sayıda çalışmada bipolar spektrum bozukluk oranının yaklaşık % 6 olduğu ve bundan dolayı hastalık sıklığının tahmin edildiğinden fazla olabileceği öngörülmüştür (24).

BB'nin cinsiyetler kapsamında değerlendirildiğinde dağılım oranının anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bu oran E=K'dır. Fakat hastalığın özellikleri göz önüne alındığında kadınlar ve erkekler arasında ciddi anlamda farklılıkların olabileceği görülmektedir. Örneğin; karma dönemde, antidepresanlara bağlı manik kaymada, hızlı döngülü iki uçlu bozuklukta, komorbid hastalıklarda, psikotik belirtili ataklarda, erkeklere kıyasla kadınlarda bu oranın daha yüksek olduğu ve yaşla birlikte depresyon belirtilerinin sıklığının artarak ilerlediğini bildirilmiştir (25,26).

İki uçlu bozukluk (BB) tip 2'nin ise kadın cinsiyetinde daha fazla oranda olduğu bilinmektedir (27).

BB'nin başlangıç yaşı çoğunlukla erken sayılabilecek 20 li yaşlardır. Bipolar I ve bipolar II bozukluğun başlangıç yaşları neredeyse birbirleriyle aynıdır (28). Aile hikayesi mevcut olanlarda bipolar bozukluk, daha erken yaşlarda ortaya çıkar. Yaş artıkça ise daha fazla miktarda organik beyin hastalıklarından kaynaklanan iki uçlu bozukluk görülmektedir (29). Ailesel bazda bakıldığında, birinci derece yakınlarında iki uçlu bozukluk görülen kişilerde normal prevalansa oranla 10 katlık bir artış söz konusudur. Bu oranda yaklaşık olarak %12'dir (30). Riskli gruplar ise evlenmemiş olmak, dul olmak, ayrı yaşıyor olmaktır. Kaynaklarda bipolar I bozukluğunun azalmış sosyoekonomik düzeyle ilişkisinin az seviyede olduğu görülmüştür. Bipolar II bozuklukta ise eğitim seviyesi ve sosyoekonomik seviye toplum ortalamasının üzerindedir (31).

İki uçlu bozukluk, hastaların neredeyse %65'inde orantısız bir mevsimsel seyir göstermektedir. Manik atak daha sık yaz mevsiminde, depresif ataksa ilkbahar ve sonbaharda daha sıkça görülmektedir (31).

2.1.4 Etiyoloji

İUB'un etiyolojsindeki faktörler biyolojik ve çevresel olmak üzere iki ana çatı altında incelenebilir: Biyolojik faktörler; genetik, biyokimyasal faktörler ve nöroendokrin sistemdir.

2.1.4.1 Biyolojik Faktörler

2.1.4.1.1 Genetik

Bir asırdan fazla zamandır BB'nin bir kısım ailede çok daha fazla görüldüğü ve ciddi anlamda bir kalıtımsal boyutunun varlığı bilinmektedir (32). Kalıtımsal süreç BB ile alakalı yapılan neredeyse tüm çalışmalarda çeşitli oranlarda tescillenmiştir. BB'nin kalıtımıyla alakalı fazla miktarda aile, ikiz, çocuk sahiplenme ile kromozomal kesim ve aday gen olguları vardır. BB'nin kalıtımsal boyut kısmında ısrarla moleküler genetikte son dönemlerde yapılan bağlantı ve ilişkilendirme

çalışmaları yüksek oranda ümit aşılamaktadır. Kalıtımsal boyutun BB gelişiminde hemen hemen %60-80 oranında var olduğu aktarılmıştır (33). Çağımızda birinci derece yakınlarında BB mevcut olanlarda hastalık görülme oranı %3-8 civarındadır. Ailesel hikayenin varlığı bu riski tek başına 4-8 kat yükseltebilen ciddi bir sebeptir (27). Anne ve babanın her ikisinde BB olması durumunda hastalığa yakalanma oranı %50-75 seviyelerinde olmaktadır (34).BB tip 1'le ilgili çalışılan ikiz olgularında monozigotlarda gen konkordansının tek yumurta ikizlerinde neredeyse %40, çift yumurta ikizlerindeyse neredeyse %5 civarında olduğu gösterilmiştir (35). Monozigot ikiz kardeşlerde konkordansın %100'ü bulmaması psiko-sosyal etkenlerin ciddi anlamda etkili olduğuna bir işarettir. İkizlerden birinin BB olması diğerinin olmamasıyla ilgili yapılan bir çalışmada bu kardeşlerin çocuklarında BB ortaya çıkma olasılığı eşit bulunmuştur (36).

2.1.4.1.2 Biyokimyasal Etkenler

Çalışılan bir sürü araştırmaya karşın İUB patofizyolojisiyle alakalı az miktarda veriye ulaşılmıştır. Şu ana kadarki biyokimyasal sebepler incelendiğinde üzerinde durulan şey monoaminerjik sistem, monoaminerjik sistemde serotonin, noradrenalin ve minimal düzeyde de dopamin gibi nörotransmitterlere odaklanılmıştır. Özellikle maninin ortaya çıkmasında noradrenerjik uyarılmadan ve "Noradrenerjik-kolinerjik" sistemlerde gelişen dengesizlikten, kolinerjik yetersizliğin bahsi geçmektedir (37). Serotonin öncüsü L-triptofan, fazla miktarda bir kişiye uygulandığında manik atağa benzeyen bir olay geliştirmektedir (38,39). Serotoninin uyku- uyanıklık, iştah, cinsel istek artışı, vücut sıcaklığı vb. işlevlerde ciddi boyutta düzenleyici vazifesi mevcuttur.

Manik atakta dopaminerjik sistem uyarılması vardır (40). Monoaminerjik nörotransmitterlerin ekspresyonundaki azalmanın depresyona neden olduğu, artışın ise manik atağı alevlendirdiği ileri sürülmüştür (38).Bunlara ek olarak, asetilkolin, GABA ve glutamatın İUB'nin etiyolojisinde etkili olabileceği düşünülmektedir (40).Sinaptik boşlukta asetilkolin miktarında artma depresif nöbetle, miktarda azalma ise manik atak ile ilişkilendirilmiştir (41).

2.1.4.1.3 Nöroendokrin Sistem

Melatonin nokturnal sekresyonunun düşüklüğü, triptofana yetersiz prolaktin yanıtı, folikül stimülan hormon (FSH) bazal salınımı ve erkeklerde testesteron seviyesinin düşüklüğü, Cushing sendromu kortizol salınımının sirkadiyan ritminde bozulma bildirilen nöroendokrin düzensizliklerdir ve bunlar kişilerde duygudurum bozukluklarına neden olabilirler. Ayrıca çok sayıda çalışmada hızlı döngülü bipolar hastalığı olanlarda klinik ve subklinik tiroid hastalığı yaygınlığı araştırılmış ve çoğunda subklinik hipotiroidi bulunmuştur. Hızlı döngülü hastalarda tiroperoksidaz otoantikorları yüksek saptanmıştır. Bunlara ek olarak beyin yapısından kaynaklanan bazı hastalıklar (Multipl Skleroz (MS), inme, temporal lob epilepsisi, beyin tümörleri, alzheimer vb.) ile kafa travmaları iki uçlu bozukluk gibi duygudurum bozukluklarına neden olabilirler (42).

2.1.4.2 Çevresel Etkenler

Çevresel faktörlerin İUB'nin ortaya çıkışında ve hastalık gidişatında rol aldığı bilinmektedir. Genetik faktörlerin var olmadığı vakalarda bile, kişinin günlük alışkanlıkları, alkol kullanım bozukluğu, maddeyi kötüye kullanımı, medikal tedavi amacıyla kullanılan ilaçlar ve psikososyal faktörler BB'nin ortaya çıkmasında ve/veya klinik tablonun bozulmasında etkili olabilir. BB'nin ilerleyen zamanlarında psikososyal faktörlerin varlığının atakların ortaya çıkmasıyla direk bir ilişkisi gösterilmemiş olsa da bilhassa ilk ataklar için, mani ya da depresyon, psikososyal olayların, stres içeren günlük yaşantıların mühim tetikleyiciler olabilecekleri savunulmaktadır. Fakat, kişinin geçirdiği atak sayısı ve genetik yatkınlık düzeyindeki artış bu korelasyonu zayıflamaktadır (27).

2.1.5 Bipolar Bozukluklar İçin Dsm - 5 Atak Ölçütleri

2.1.5.1 Sınıflandırma

2013'te DSM- 5(*Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders*) in açıklanmasıyla çeşitlendirmede birçok değişikliğe gidilmiştir. BB tip I, BB tip II, siklotimi bozukluğu ve BTA BB şeklinde düzenlenmiş ve son atağının şiddetine göre ağır–orta–hafif ve klinik belirtileri değerlendirilerek; psikotik özellik

gösteren(duygudurum ile uyumsuz veya uyumlu), bunaltılı, atipik özellik gösteren, mevsimsel özellik gösteren, mikst (karma) özellik gösteren, katatoniyle ilerleyen, peripartum başlangıçlı olarak tarif edilmiştir. Manik atakta, öforik ruh hali, grandiyöz belirtiler, psikomotor etkinlikte artış ile uyku gereksiniminde azalma gibi belirtiler görülmektedir. Manik hecme tanısı için DSM- 5'e göre belirtilerin en az bir hafta sürmesi ve işlevselliğin ciddi düzeyde bozulması gereklidir. Yatış endikasyonu mevcutsa şiddetlidir ve geçen zaman değerlendirilmeye alınmaz, tanı konulabilir. Bipolar II tanısı; bir veya daha fazla majör depresif hecmeye eşlik eden en az bir hipomanik hecmenin varlığıyla belirlenir. Diğer BB durumlarından herhangi birinin tanı kriterleri karşılanmıyorsa bunlar BTA BB olarak isimlendirilmiştir.

2.1.6 Klinik Bulgular

DSM 5'e göre BB tip tanı ölçütleri şunlardır (43) .

2.1.6.1 Bipolar I Bozukluk

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmalıdır.

B. Manik atak ya da major depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısal bozukluk veya tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

2.1.6.2 Manik Atak Ölcütleri

A. Kabarmış, taşkın veya çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta veya hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte veya etkinlikte artış olduğu dönemin sürekliliğinde, aşağıdaki belirtilerden üçü veya daha fazlası, çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli derecede değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış veya büyüklük düşünceleri.
2. Uyku ihtiyacında azalma
3. Konuşma miktarında ciddi artış olması ya da konuşmaya tutma.
4. Düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
5. Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir veya diğerleri tarafından farkedilir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma veya psikomotor ajitasyon ya da amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik.
7. Olumsuz sonuçlanabilecek aktivitelere aşırı katılma

C. Bipolar, işlevsellikte belirgin düzeyde azalmaya neden olacak seviyede veya kişinin kendisine veya diğer kişilere bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek düzeyde ağırdır veya psikotik özellikler mevcuttur.

D. Bu dönem, bir maddenin veya sağlık durumunun fizyolojiyle ilişkilendirilmesinden bağımsızdır.

2.1.6.3 Bipolar II Bozukluk

Bipolar II tanısı; bir veya daha fazla majör depresif hecmeye eşlik eden en az bir hipomanik hecmenin varlığıyla belirlenir.

2.1.6.4 Hipomanik Atak Ölcütleri

A. En az dört ardışık gün ve hemen hemen tüm gün süren duygudurum Değişikliği (taşkınlık, irritabilite, yükselme)

B. Duygudurum mevcutsa aşağıdakilerden en az üçünün (duygudurum irritabl ise

- ✓ Büyüklük hissi, benlik Saygısında artma
- ✓ Uyku ihtiyacında azalma(örneğin; birkaç saat uyuyup dinlemiş uyanmak)
- ✓ Logore (çok konuşma, gevezelik)
- ✓ Fikir Uçuşması, düşüncelerin yarışması
- ✓ Distraktibilite
- ✓ Amaca yönelik etkinlik artışı
- ✓ Zevk veren etkinliklere aşırı ilgi, katılım, risk alma

C. Bu dönem, hastanın şikayetlerinin aktif olmadığı süreçlerden farklı, işlevselliğinin anlamlı derece bozulduğu bir evredir.

D. Duygudurumun bozuk olması ve işlevselliğinin bozuk olması çevresince fark edilir.

E. İşlevsellikte belirgin bozulmaya neden olmayan, hospitalizasyon gereği duyulmayan ve psikotik belirtinin olmadığı dönemdir.

F. Belirtiler bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı olmamalıdır.

2.1.6.5. Depresif Atak Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştu ve önceki işlevsellik durumunda bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum veya ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir veya durum başkalarınca gözlenir.
2. Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.
3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme veya kilo alma
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme veya aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon veya yavaşlama
6. Neredeyse her gün, bitkinlik veya içsel enerji düşüklüğü
7. Neredeyse her gün, değersizlik veya uygunsuz suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün, düşünmekte veya odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (suisid) düşünceleri veya kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya çeşitli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilişkili etkilerinden bağımsızdır.

Bipolar I bozukluk için, o andaki veya en son atağın türü için uygulanabilecek tüm terimler:

- Bunaltılı sıkıntılı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Melankoli özellikler gösteren
- Atipik özellikler gösteren
- Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duyguudurumla uyumsuz psikoz özellikler gösteren
- Katatoni ile giden
- Peripartum başlayan
- Mevsimsel özellik gösteren

2.1.6.6. Bipolar Bozuklukla İlişkili Belirleyiciler

Karma özellikler gösteren: Bu belirleyici, bipolar bozuklukta, o sıradaki mani ya da depresyon dönemine uygulanabilir.

Mani dönemi, karma özellikler gösteren:

A. Mani dönemi dönemi tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıştır ve o sıradaki veya en son mani döneminin çoğu gününde aşağıdaki belirtilerden en az üçü vardır:

1. Belirgin disfori veya çökkün duygudurumun kişinin kendisi tarafından bildirilmesi veya başkalarınca gözlenmesi.
2. Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk alamama.
3. Neredeyse her gün, psikomotor yavaşlama.
4. Halsizlik yorgunluk şeklinde içsel enerji düşüklüğü.
5. Değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.
6. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

Depresyon dönemi, karma özellikler gösteren:

A: Major depresyon dönemi için tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıştır ve o sıradaki veya en son depresyon döneminin çoğu gününde aşağıdaki mani belirtilerinden en az üçü vardır:

1. Kabarmış, taşkın duygudurum.
2. Benlik saygısında abartılı bir artış veya grandiyöz düşünceler.
3. Konuşma miktarında ciddi artış olması ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce Uçuşması veya düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine dair öznel yaşantı.
5. İçsel güçte veya amaca yönelik etkinlikte artış.
6. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere katılımda artış.
7. Uyku gereksinimde azalma.

2.1.6.7. Bipolar Bozukluk Spektrumu

Klinikte hasta grubunun büyük bir bölümünün tam olarak tanı alamaması durumu söz konusudur. Bu gruptaki hastalar resmi olarak başka türlü adlandırılamayan (BTA) şeklinde tanımlanmaktadır. Buna rağmen bu durum semptomların zenginliği kompleksliğini gözden kaçıracak düzeyde tek bir grup oluşmasına neden olmaktadır. Bu hasta grubunda tanının, sıklıkla "bipolar spektrum bozukluğu"na ve bilhassa Akiskal gibi otörler tarafından tarif edilen birçok ilave tanımlayıcı grupla ilişkili olarak kabul görmesi söz konusu olmaktadır (44).

Akiskal'e göre BB sınıflaması şöyledir:

İki uçlu ¼ : Depresif hecmeler ile birlikte antidepresan tedaviye yanıtın hızlı sonlanması şeklinde tanımlanır.

İki uçlu ½ : Şizobipolar bozukluk şeklinde tanımlanır. Psikozun pozitif semptomları ile depresif – hipomanik – manik hecmelerden biri birlikte bulunmaktadır.

İki uçlu I½ : Depresif hecme bulunmaksızın yineleyen hipomaniler ile karakterizedir.

İki uçlu II½ : Majör depresif hecme geliştiren siklotimik hastaları tariflemektedir.

İki uçlu III : Antidepresan tedaviye bağlı manik / hipomanik hecme geliştiren grubu tanımlamaktadır.

İki uçlu III½ : Madde kullanım bozukluğu ile bağlantılı bipolar bozukluğu tanımlar.

İki uçlu IV :Önceden var olan hipertimik mizaç ile depresif dönemlerin birleşimidir.

İki uçlu V : Karma hipomani ile birlikte depresyon.

İki uçlu VI : Demans zemininde bipolarite gelişmesidir (44).

2.1.7. Bipolar Bozukluğun Doğası Ve Klinik Seyri

Başlangıç yaşı daha çok geç ergenlik dönemiyken, ortalama tanı yaşı geç yirmili yaşlardır. Tanı düzeyinde gecikmeler olması, manik hecmelerin çoğunun duygudurum bozukluğunun bir belirtisi sayılmamasından öne gelmektedir. Başka bir pencereden bakıldığındaysa, erken hecmelerin büyük bir kısmı depresiftir ve mani tablosu görünene kadar İUB su yüzeyine çıkmamıştır. Mani hecmeleri 4 - 6 ay kadar sürebilir, fakat bu tablo anlamlı derecede farklılıkla karşımıza çıkabilir. Hecmelerin sayısı ve özellikleri kişiler arasında çok ciddi farklılıklarla seyretmektedir. Hecmeler arasındaki remisyon süresi zaman içinde azalma eylemi göstererek devam etmektedir.

BB'si var olanların çok büyük bir bölümününde depresif nöbet hakimdir, fakat mani dönemleri son derece yıkıcı geçebilmektedir. Söz konusu şey, BB I ve II için geçerli olsa da, BB II için çok daha anlamlıdır. BB ile anksiyete birlikteliğinden yüksek oranda bahsedilmektedir. İntihar riski, %10'larda iken, depresif ve mikst hecmelerde en yüksektir. BB II'de özkıyım riski daha da fazladır (45).

Tedavi uygulansa da, BB'ye sahip kişilerin % 85-95'inde epizodlar yinelemektedir. Lityum sürdürüm tedavisinde, epizod sayısı ve hastalıklı olarak geçirilen süre neredeyse % 50 oranında azalmaktadır. Manik ve depresif atakların artış göstermesi ve atakların tedavi edilmemesi durumunda mesleki ve sosyal işlev kayıpları önemli derecelerde bozulmaktadır (46).

Psikotik şikayetler, kişilik bozuklukları ve madde kullanımı kötü prognoz işaretlerindendir. Mikst atak ve psikotik özellikler de aynı kategoride sayılabilirler.

Geç yaşta başlayan, manik epizotların süresinin az olması, psikiyatrik ve/veya ek hastalıkların olmaması ya da az olması, özkıyım düşüncelerinin az olması veya olmaması iyi prognoz işaretleri olarak kabul edilmektedir. BB neredeyse %50-80 oranında depresif nöbet şeklinde karşımıza çıkmaktadır. İlk epizod yirmili yaşlardan önce ve manik epizotla karşımıza geliyorsa ailesel etkenlerin varlığı düşünülmelidir. Belirli bir zamandan sonra 1 yılda neredeyse %50,4 yılda %70,5 yılda %90 tekrarlayabileceği bildirilmektedir (47).

Manik epizodlar bir anda ortaya çıkarken, depresif epizodlar ortaya çıkmadan önce çeşitli belirtiler gösterirler ve sinsi başlangıçlıdırlar. Depresif epizodların hemen hemen 3-5 ayda, manik epizodların 2 ayda ve karma epizodların 5-12 ayda yatışacağını gösteren çalışmalar vardır (48,49).

Hastalığın ilk başlangıç evrelerinde çevresel etmenler ve tetikleyici olayların birlikteliği söz konusuyken (ilk manik epizotların neredeyse %47'si ciddi yaşantısal olayların ardından patlak vermektedir), bundan sonraki dönemlerde gelişen epizotlar tetikleyicilerden alakasız bir şekilde görülebilmektedir (47).İUB'si olan kişilerde %7-10 unda yineleme ortaya çıkmazken , % 45-50 civarında birden fazla hecme, %40-45 civarında kronik hastalık durumu görülebilmektedir. Hastalarda ortalama 9 manik hecme ortaya çıkmasına karşın bu sayı 2 ila 30 arasında değişkenlik gösterebilmektedir. 10 ve üstü hecme geçirenlerin oranı tüm hasta grubunda hemen hemen %40'tır. Bu hasta grubunda tam salah oranı %15,sık yineleme neredeyse %45, kısmi iyileşmelerin görülmesi %30 civarında iken,%10 bir grupta ise kronikleşme söz konusudur (50).

Bipolar bozuklukta gidiş göstergeleri

Olumlu Belirteçler

- Manik hecmelerin baskınlığı
- Hasta ve ailesinin tedaviye uyum göstermesi
- Ötimik dönemlerin uzunluğu
- Aile, iş ve uğraşı şartlarının uygunluğu
- Ailede düşük duygu dışavurumu

Olumsuz Belirteçler

- Hastalığın genç yaşlarda çıkması
- Hastalığın ileri yaşlarda çıkması
- Ara dönemde kalıntı mani ve depresyon belirtilerinin varlığı
- Ek olarak diğer psikiyatrik bozuklukların bulunması
- Geçirilmiş manik hecmelerin sayısının 10'dan fazla olması
- İlk hastalık döneminin mani ya da karma dönem olması
- Karma dönemler
- Alkol ve ilaç/madde alışkanlıklarının bulunması
- Depresif hecmelerin uzun süre devam etmesi
- Hızlı döngülülük
- Kişilik bozukluğu ek tanısı
- Ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü
- Ailede duygu dışa vurumunun yüksek olması

2.1.8. Bipolar Bozukluk Tedavisi

Bu hasta grubundaki akut hecmelerin tedavisi, yeni hecmelerin oluşumunun engellenmesi ve kişinin ötimik zamanlarındaki işlevsellik düzeyinin yükseltilmesi kavramlarını ana hedef olarak benimsenmektedir. BB'de **ilaç tedavisi olarak** duygudurum düzenleyicileri ve antipsikotikler tedavinin temel hatlarını oluştururken, bunlara direnç gösteren vakalarda elektrokonvülsif terapi (EKT),troid ilaçları, omega-3 yağ asitleri ve gabapentin gibi moleküller ek olarak ana tedaviye eklenebilmektedir (51).BB'de ilaç tedavileri belirtilerin kontrol altına alınmasında gerekliyken, psikolojik müdahaleler ilaç tedavisine ve hastalığa uyum, hastalıkla birlikte yaşama ve hayat tarzını düzenleme açısından önemli görünmektedir. Günümüzde uygulanan psikolojik müdaheleler; **kişilerarası sosyal ritimler tedavisi, aile odaklı terapi, bilişsel davranışçı terapi, ve psikoeğitim** şeklinde gruplandırılabilir.

2.1.8.1 Manik Atak İlaç Tedavisi

Lityum öncelikle 1970'lerin ilk yıllarında yaygın bir biçimde kullanılmaya başlanmıştır. Esasen, Efes Antik ROMA hekimi Soranus, duygudurum sorunları mevcut olan kişilerin alkali kaynaklardaki suları tükettiklerinde, ruhsal durumlarında iyileşmeler olduğunun farkına varmıştır (52). Lityum iki uçlu bozuklukların tüm çeşitlerinde duygudurum değişimlerini kontrol altında tutmaya tesir etmektedir. Bununla birlikte, lityum kullananların yüzde 60 ila 70'inde etkiliği açıkça fark edilmiştir, lakin doğal yollarla açığa çıkan bu elementin manik hecme ve depresyon döngüsünü kontrol altına almada niçin yüksek oranlarda etkili olduğu tam olarak açığa çıkarılamamıştır (53).Yargılama ve uyum bozukluğu mevcut vakalarda, kendine ve/veya başkasına zarar verme ihtimali mevcut vakalarda tam terapötik etkinliği sağlamada lityumun 1-4 hafta arasında kullanılması uygundur. Mevcut vakalarda benzodiazepinler ve/veya antipsikotiklerle ciddi oranlarda kombinasyon gerekebilmektedir (54).Lityumun terapötik dozu 300 ila 1.800 mg / gün arasında değişiklik göstermektedir. Dar terapötik indeksi sebebiyle, tek tek hasta bazında doz ayarlaması amacıyla düzenli bir şekilde serum düzeyleri takip altında tutulmalıdır. Bildirilen terapötik serum düzeyleri 0.5 ila 1.5 mEq / L arasındadır; lakin akut hecmelerde, 0.8 ve 1.1 mEq / L arasında tutulması önerilmektedir (55,56). Valproat, iki uçlu bozukluğun manik hecmelerinde günde 750 ila 1500 mg dozlarında tedavi amacıyla FDA onayı almıştır. Terapötik plazma seviyeleri 45 ila 125 mg / mL sınırlarında olmalıdır ve klinik yanıtla doğrusal bir korelasyon olduğu gözlenmiştir. Karbamazepin ile kombinasyon, valproatın serum seviyelerini azaltır. Tedavi literatürlerinin görüsü, manik hecmelerin sağıltımında birinci sıra ajanlardandır ve antipsikotik ajanlarla emniyetli şekillerde kombinasyonu sağlanırsa etkinliği arttırılabileceği yönündedir (57,58).Bu ilacın kendine özgünlüğü, CYP1A2, CYP2C9 ve CYP3A4 enzimatik sistemlerinin inhibisyonunu sağlayarak kendi metabolizmasının bir uyarıcısı olabilmesidir. Bundan dolayı, dikkatli doz ayarlaması gerektirir. Özellikle oral kontraseptifler, varfarin, teofilin, doksisiklin, haloperidol, trisiklik antidepresanlar, valproat ve diğer ajanların serum seviyeleri, karbamazepin ile eşzamanlı alındığında azalır (56,58). Başka bir FDA onayı bulunan ajan lamotrijinin manik hecmelerin engellenmesinde etkinliği lityuma nazaran daha azdır, lakin depresif hecmeleri engellemede etkinliği lityumdan çoktur (59).Belirtilerin

yatışmasının ardından antipsikotik tedaviler aşamalı azaltılarak bıraktırılır ve duygudurum dengeleyicilerle tedavinin devamlılığı sürdürülür. Suisid düşüncelerin varlığı gibi riskli gruplarda, sıve ve/veya katı gıda alınamamansa bağlı ortaya çıkan fiziksel durumlarda, kullanılan ajanlara yetersiz yanıtlarda, çok fazla ve süreğen ajitasyolarda, katatoni ve gebelik gibi durumların mevcut oluşunda elektrokonvulzif tedavi yöntemi uygulanabilmektedir (60). Tekli ilaç kullanımında akut manik hecme/hipomanik hecme tedavisinde ilk grup ilaçlar lityum, sodyum valproat, ketiapin, asenapin, aripipirazol, risperidon, paliperidon(>6mg)dur. İlkgrup kombinasyon tedavileri ketiapin / aripipirazol / risperidon / asenapin + lityum/VA olacak biçimdedir. İkinci grup tekli ilaç kullanımında olanzapin, karbamazepin, haloperidol, ziprasidon veya EKT, kombinasyon tedavisinde lityum+VPA veya lityum/VPA+olanzapin olacak biçimde önerilmektedir. Üçüncü grup tekli ilaç kullanımında klorpromazin, klonazepam, klozapin, tekrarlayıcı transkranial manyetik stimülasyon (rTMS), tamoksifen; kombinasyon tedavisinde karbamazepin/oxkarbazepin + lityum/VA, haloperidol + lityum/VA, tamoksifen + lityum/VA olacak biçimde önerilmiştir. Allopurinol, gabapentin, lamotrijin, topiramat ve zonisamid tedavilerinin uygulanmaması önerilmektedir (61).

2.1.8.2 Depresif Dönem İlaç Tedavisi

Lityum, antikonvülzanlar, atipik antipsikotikler ve antidepresanlar gibi ajanların tamamı iki uçlu bozukluğun depresif hecmesinde araştırılmıştır. Hastaların tamamında, farmakoterapinin bir ya da birden çok birinci grup ajanla başlatılması önerilmektedir. İki uçlu bozukluğun depresif hecmesinin tedavisinde önerilen birinci grup tedavi seçenekleri ketiapin, lityum, lamotrijin ve lurasidon monoterapileri ile lurasidon+lityum/VA kombinasyon tedavisidir. Kullanılabilecek ikinci grup tedavi seçenekleri valproat, EKT ve kariprazin monoterapisi, SSRI/buprapiyon antidepresan güçlendirme tedavileri ile olanzapin+fluoksetin kombinasyon tedavisidir. Aripiprazol, armodafinil, asenapin, karbamazepin, eikozapentaenoik asit (EPA), IV ketamin, levotiroksin, modafinil, n-asetilsistein, pramipeksol, rTMS ve SNRI / MAOI güçlendirme tedavileri ile olanzapin monoterapisi üçüncü grup tedavi yöntemi

olarak kabul görmektedir. Uygun olmayan tedavilerse antidepresan monoterapisi, aripipirazol monoterapisi ve lamotrijin+folik asit kombinasyonudur (61).

2.1.8.3 Karma Özellikli Dönemlerin İlaç Tedavisi

Olguların %10 - %30'unda depresif hecmelere manik hecmeler eşlik etmektedir; mikst semptomların var olması, daha ağır seyretmesi ve işlevselliği olumsuz etkilemesinin yanında ciddi oranlarda intihar riskiyle ilişkilendirilmiştir. Araştırma sonuçları bu olgularda ilk olarak atipik antipsikotiklerin ve valproik asit'in, elzem olgularda bu ilaçların kombinasyonunu desteklemektedir. Asenapin, aripiprazol, olanzapin ve ziprasidon gibi atipik antipsikotiklerin, klasik mani ve mikst özellikleri olan manik hastalarda manik semptomların iyileştirilmesinde eşit oranlarda etki ettiği gösterilmiştir (61).

Fakat her ne kadar üstte anlatıldığı gibi farmakoterapi ve/veya kombinasyonları koruyucu tedavide kurtarıcı olabilse de, hasta ve yakınlarının bu sürece adapte olabilmesi oldukça zor bir durumdur. Farmakoterapide var olan duygudurum dengeleyiciler zaman zaman hastanın yaşantısında negatif algılara yol açabilmekte ve ilaç kullanımını olumsuz etkileyen yan etkiler yaratabilmektedir (62).Pratikte farmakoterapide bazen zorunda kaldığımız birden çok ilaç kullanımı ve günlük doz aralıklarının sıklığı göz önüne alındığında, hasta açısından ilaç uyumu ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Bundan dolayı hasta ve yakınlarına verilecek psikoeğitim ilaç uyumununda, işlevselliği artırmada, yaşam kalitesini artırmada, Suisidal düşüncelerin azalmasında, hastalıkla başa çıkabilmede ciddi anlamda önem arz etmektedir.

2.1.8.4. Kişilerarası Sosyal Ritimler Tedavisi

Klerman ve Weissman'ın (1984) tekrar eden depresyon ataklarına uyguladığı bu model Frank ve ark. (2000) tarafından BB hastalarına uyarlanmasıyla açığa çıkmıştır. Duygudurum bozukluklarını açıklamayla uğraşan psiko-kronobiyolojik kuram (63,64,65) ile Goodwin ve Jamison'un (1990) BB hastaları için uygulamaya

çalıştığı düzensiz yaşam modelinden esinlenerek stresli yaşam olayları ilişkisi üzerine geliştirilmiş bir yöntemdir. Psikolojik ve kronobiyolojik etkenler, biyolojik saatlerine dokunarak alevlenmelere yol açabilir. Bu görüşlere dayanan KASRT'ın sosyal ritmi dengeye getirdiği, relapsları ve duygudurum belirtilerinde azalmaya yol açtığı düşünülmektedir. Bu yöntem, en azından semptomatik aşamada kişiliği yeniden inşa etme çabasında değildir, fakat yeniden doğrulama, duygusal durumların aydınlatılması, kişilerarası iletişimlerin geliştirilmesi, algıda nesnellik ve kişilerarası durumlarda yeterli performansı gösterme gibi becerilere vurgu yapan bir yaklaşımdır.

2.1.8.5. Aile Odaklı Terapi

Goldstein ve Miklowitz tarafından geliştirilen aile odaklı terapi PE ile ilgili bir yöntemdir. Aile bireyleri, eş ve bakım verenlerin belirtileri, uyarıcı işaretleri tanımasını ve bunlarla başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlar. Hastaların ve bakım verenlerin yüksek duygu dışavurumu, duygusal tepkileri ve Çatışmaları üzerinde Çalışarak, duyguları kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası iletişimi arttırma, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma provaları ile işlevselliği artırmayı amaçlar. Akut atağın hemen arkasından uygulanmaya başlanır.3 modül şeklinde 21 seans olarak,9 ay boyunca uygulanır. Birinci modülün büyük bir kısmı PE ile ilgilidr, ikinci modül iletişimi geliştirme çalışmaları içrerir, üçüncü modül ise problem çözme tekniklerini içerir. Şimdiye kadar, bir dizi çalışma ilaç tedavisi ile birlikte yürütülen aile müdahalelerinin bipolar hastaların sonlanımlarını iyileştirmede etkili bir araç olduğunu göstermiştir. İlk çalışmada (Rea ve ark. 2003) AOT ve eşit süre uygulanan bireysel terapi karşılaştırılmış, ilk yıl sonunda tekrar etme hızları bakımından gruplar arasında fark görülmemiştir. Ama terapinin bitmesinin ardından AOT uygulanan grupta tekrar etme sıklığında azalma, hospitalizasyon ve tekrar etme süresinin uzadığı saptanmıştır. Daha detaylı ve geniş bir çalışmada (Miklowitz ve ark. 2003), yüksek duygu dışavurumu mevcut ortamlarda yaşayanların, ilaçla tedaviye ek olarak kriz yönetimi ya da AOT uygulanmış, iki yıllık izlem süresince AOT uygulanan grupta hastalığın tekrar etme sayısının daha az olduğu, ilaç uyumunun yüksek olduğu ve tekrar etmeye kadar uzanan sürenin daha uzun olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada AOT'un depresyon ataklarını engellemede etkisinin

manik atakları engellemeye kıyasla belirgin olduğu görülmüştür. Depresyon ataklarını engellemesindeki etkinin aile içi iletişimin artmasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür. Etkinliğinin sınırlı olduğu manik atakların engellenmesinde ise, ilaç uyumunda artış önemlidir.

AOT'nin yüksek duygu dışa vurumunun olduğu ailelerde daha da fayda sağlayacağı beklenmekle birlikte hangi modülünün sağaltımda önemli olduğu, ya da hangi hastalara verilmesi gerektiği gibi konular henüz yanıtlanmamıştır.

2.1.8.6. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel-davranışçı müdahaleler, duygudurum bozukluklarının tedavisinde uzun yıllardır yaygın olarak kullanılan, etkinliği özellikle unipolar depresyonda defalarca gösterilmiş bir terapi modelidir.

Bilişsel-davranışçı terapide rahatsızlıkla alakalı olumsuz otomatik düşünceler ve rahatsızlık günceleri üzerinde durulur. BB hastaları için, bilişsel terapiler 20– 25 oturumluk bir programla uygulanmaktadır. PE, tekrar etmeyi engelleme, işlevsel olmayan 20 düşünce ve inanışları düzeltme, ilaç kullanımını düzeltme, sosyal ritmi dengeleme, stres yönetimi, duygudurum dalgalanmalarını tanıma ve başa çıkma vb. konuları ele alır (66,67,68).

Bu terapi yöntemiyle alakalı ilk örneklerden olan pilot çalışmada (68), ilaç tedavisi altında 22 oturumluk terapi uygulanan hastaların, altıncı ay sonunda kontrollere kıyasla genel işlevselliğinde iyileşme ve depresif semptomlarında azalma olduğu görülmüştür. Bir yıllık izlem sürecinde ise terapinin manik atakların tekrarlamasında etkinliği daha az olsa bile, bütün dönemlerde kontrol grubuna kıyasla tekrar etme sıklığında azalma görülmüştür. Lam ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir başka çalışmada (69), 12-20 oturumluk bireysel bilişsel ile bir yıllık süreçte hastalığın tekrar ettiği hasta sayısının azaldığı, hastalık dönemlerinin süresinde kısalma olduğu, hastaların aylık duygudurum muayenesinde şikayetlerinin azaldığı, ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Bu grubun neredeyse 3 yıllık izlem sürecini takip eden çalışmada ise (29),bilişsel

terapinin manik atakların tekrarlamasını engelleyemediğini ama depresyon ataklarının tekrarlamasını azalttığı göstermiştir. Lam'ın (67) BB'de uyguladığı yöntem, Beck tarafından geliştirilen geleneksel bilişsel terapiden daha farklı olup, gece-gündüz ritmini düzenlemek, hastalık ataklarını açığa çıkaracak etkenleri engellemek, erken belirtileri tanımak, yönetmek ve tekrar etmeyi önlemek gibi birden çok psikoeğitim kuramını içerir.

2.2. Psikoeğitim

Psikoeğitim; hasta ve yakınlarına; bilişsel, davranışçı ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını; başa çıkma becerilerini kazandırmak maksadıyla geliştirilmiştir (70). Yapılandırılmış eğitim programları ise; hasta ve ailesinde; hasta, aile ve uzmanların yüzyüze, planlı olarak amaçlanan tanımlar üzerinden gelişim ve değişiklik sürecinin hedeflendiği programlar olarak tanımlanmaktadır.

Ana ilkeleri; ilaç kullanımını düzenli hale getirmek, hastalığı tanımak ve yönetmek, yinelemeleri erken tanımak, belirtilerle etkili baş etme yöntemlerini geliştirmek, suisid riskinin azaltmak, işlevselliği artırmak, hastaneye yatışları azaltmak, yaşam kalitesini artımaktır. Grup psikoeğitimi (71,72) ya da bireysel psikoeğitim (73) şeklinde uygulanabilir. Bu eğitimin farmakoterapiye ve/veya öteki tedavilere ek biçimde uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (16).

İki uçlu bozukluk hastalarında hastalığı yadsıma duygusu olabilmektedir. Damgalanmayı yenebilmek ve farkındalığı artırmak bu eğitimin ilk basamaklarını oluşturmaktadır. Hastaların farmakoterapiye olan uyumsuzluğunu azaltıp, ilaç uyumunu artırmada da son derece yararlıdır. İUB si olanların haberci belirtileri, kalıntı belirtilerden ayırt etmeleri zor olduğundan belirtilerini düzenli gözlemleyip izlemeleri öğretilir. Hastalığın anlatılması, ataklarla ilgili yeterince bilgi verilmesi hem sağaltım uyumunu artırmakta hem de içgörü ve farkındalık kazanmasını sağlamaktadır.

Bu eğitim programının duyguduygudurumu normal hastalara uygulanması, dikkat dağınıklığının ortadan kaldırılması ve öğrenmenin sağlanması amacıyla elzemdir.

2.2.1. Psikoeğitimin Önemi

Psikiyatrik rehabilitasyon; psikotik bozukluklar ve affektif bozuklukların çoğunun süreğen belirtilerle devam etmesi, alevlenme ve hecmelerin kısa aralıklarla ve uzun süreli seyretmesiyle ciddi zararla sebep olmasının ortaya çıkmasıyla önem kazanmıştır (74).

Ruh ve akıl sağlığı bozuk kişilere eğitim verilmesi, hastalıkların sağaltımında önemli bir yer almaktadır. PE çağımızda önemli bir etken olarak terapötik yaklaşımın ciddi bir parçası olarak yer almaktadır. Bundan dolayı ilk andan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin ciddi bir kanadını oluştururlar. Çağımızda, geçmişteki içgörünün önemine dikkat çekilmesinin ardından, psikiyatrik hastalığı mevcut bireylere ve ailelerine eğitim vermeğe, destek sağlamaya doğru bir sapma görülmektedir (75,76).

Farmakoterapiyle oluşturulan sağaltıma paralel olarak, iki uçlu bozukluğun tedavisinde, psikososyal müdahalelerde de farkedilebilecek seviyelerde gelişmeler görülmüştür (77). Aile ilişkilerinin sağlam olması ve sosyal yardımların varlığı, iki uçlu bozukluğun seyrinde önemli bir yere sahiptir (78,79). Erim ve Hornung, 1990 da, bireylerin hastalıkları ve tedavide kullanılan ilaçlarla ilgili eğitildiklerinde, kendi sorumluluklarını almayı ciddi anlamda önemsedikleri ve bu konudaki yaşantılar, doğru olmayan düşünceler ve sorunların paylaşılması ile farmakoterapiye uyumun arttığını ortaya koymuşlardır (80). İUB ta, "Psikoeğitim Kanada Duygudurum ve Anksiyete Ağı" gibi çağımız uzman uzlaşı kılavuzlarında anahtar rol alabileceği vurgulanmaktadır (81).

PE'ye yönelişin bir sürü sebebi bulunmaktadır. Biyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok etkenin psikiyatrik rahatsızlıkların temelinde yer aldığı ve ardından ortaya çıkışında rol oynadığı çalışmalarda gösterilmektedir. Bu bireylerin ve ailelerinin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesinin, hastalık semptomlarını azalttığını ortaya çıkarmasıyla psikoeğitime yönelimi artırmaktadır. Buna ek olarak ruh sağlığı sistemlerinin ve sosyal güvenlik ekiplerinin hastanelerde kalış sürelerini kısaltmayı amaçlaması ve ekonomik sebeplerle bu sürelerin daha da kısaltılması, bu eğitimlere yönelimi daha da artırmaktadır (82,83).

Bu eğilime artışın diğer sebepleri, psikiyatrideki hastalıkların ciddi anlamda tekrarlama riskinin varlığı ve süreğenleşiyor olabilmeleridir. Bu bireylerin mükerrer yatış sebepleri; hastalık mevcudiyetini kabullenmemek, yakın ilişkilerde problemler, Suisidal düşünceler, farmakoterapiye uyumsuzluk, işindeki problemler ve öteki sosyal streslerdir. Sık sık yatışı olan bireylerin tedaviye uyumları iyi değildir (84). Hastaneye yatış sonrasında farmakoterapiyle, düzgün hazırlanmış psikososyal desteklerin bir arada uygulanması, bir yıllık sürede hastaneye yatışları önemli seviyelerde azaltmaktadır (85). Bu uygulamalar relapsları ve rekürrensleri azalttığı gibi, ortaya çıkabilecek hastalık semptomları hakkında bilgilendirmekte, ortaya çıkabilecek hecmelerin süresini azaltmakta ve hafif semptomlarla geçirilmesine fırsat tanımaktadır.

Ayrıca, bu hastalık grubunda Suisid riski çok önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. İUB ta bu risk oranın %15 civarında olduğu bilinmektedir. Tamamlanmış Suisidlerin %45'inden çoğunu affektif bozukluk grubu oluşturmaktadır. Affektif bozuklukların, özellikle akut dönemde, tüm aile bireyleri üzerinde negatif etkilerinin olduğunu açığa çıkaran onlarca literatür bulunmaktadır (71).

Suisid, İUB ta korkulan en riskli olay olmasına rağmen, psikoeğitim bu olayı direkt etkileyen faktörler arasında sayılmaz; lakin tedavi uyumunu artırarak farmakoterapinin (lityum) koruyucu etkisini güçlendirebileceğinden bu eğitimler dolaylı yollarla bu riskli olayda etkili olabilmektedir (86).

2.2.2 Psikoeğitimin Etkinliği

İUB ta farmakoterapinin ön planda olduğu gerçeği göz ardı edilemez. Lakin tedavide bu eğitimlerin oldukça faydalı olduğu da.

Çağımızda grup eğitimleriyle alakalı çalışmalar iyi tanımlanmış seçkisiz kontrollü yöntemler kullanıp, farmakoterapiyle sağaltımı artırmak gibi relaps sayısı, relapsa kadar uzanan zamanı artırma, hospitalizasyonu önleme ya da azaltma gibi hedef ve ölçütler kullanmış ve belirgin etkililik göstermiştir. BAB ta ilk eğitim 1991 de Peet ve Harvey ile uygulanmıştır. İUB ve farmakoterapisi (lityum) konusunda

bilgilendirilen bireylerde lityuma ilişkin tutumlarında değişkenlikler yaşanmıştır lakin çalışmada psikoeğitimin klinik değerlere etlinliğine bakılamamıştır.

Bu eğitimlerin incelendiği bir çalışmada, 7-12 seanslık eğitim uygulanmasının ardından manik hecme tekrar etme sayılarının neredeyse üçte biri oranında azaldığı, ondan sonra ortaya çıkan ilk manik hecme ortaya çıkana kadar geçen sürenin arttığı, hospitalizasyonun azaldığı, daha İyimser klinik süreç ve sosyal işlevsellik kazanıldığını gösterilmiştir (74).Bu eğitimin ardından manik hecmelerin haberci belirtilerini farkedebiliyorken, depresyon açısından öyle bir veri açığa çıkarılamamıştır. Diğer bir çalışmada eğitimle hasta bireylerin uyumsuz davranışlarında ve hospitalizasyonunda azalma olduğu gösterilmiştir (87). "Yaşam hedefleri programı" ise çok modelli bir programdır ve İUB ta iyi yapılandırılmış grup psikoeğitim modelidir (88). Bu programda var olan psikoeğitim tekniğiyle, tekrar edişlerin engellemesi amaçlanmış, eğitim alan terapi topluluğunda geçirilen manik hecme sürelerinin kısaldığı, sosyal işlevsellik seviyelerinde artmanın olduğu, yaşam kalitesi ve sağaltım memnuniyeti gösterilmiştir (89).

Psikoeğitimin etkinliği ile alakalı epey güvenilebilir sağlam yöntemli seçkisiz kontrollü çift kör çalışma ise Colom ve Vieta (72) tarafından "Barselona İki Uçlu Bozukluk Projesi" adıyla yayınlanmıştır. Bu eğitim son altı aylık zaman diliminde ötimik olan 8-12 bireyin oluşturduğu hasta gruplarına, haftada bir 90 dakika süren grup psikoeğitimiuygulanmıştır. 120 hastadan 21 seanslık eğitime katılanlar 2 yıllık izlemde bütün İUB ataklarında daha az yinelemeye maruz kalmıştır. Hastane yatışları, süresi azalmış lakin yatışa ihtiyacı olan kişi sayısı azalmamıştır. Bu eğitimlerde vurgulanan şeyler; İUB ile alakalı temel bilgiler, nüks sayıları, farmakoterapi ve istenmeyen etkileri, açığa çıkarıcı etkenler, farmakoterapiye uyumun etkinliği, semptomları tanıma, stres yönetimi, Suisidal düşüncelerin kontrolü, hamilelik, damgalanma gibi sosyal konular, öncül semptomları tanımak, alkol ve madde kullanımından kaçınma, hayatını düzenli hale getirmektir. Mevcut ekip, ilaç uyumu bayağı iyi ama hasta sayısı daha az olan bir gruba bu eğitime yakın etkinlikte bilgiler vererek, bu eğitimin katkısının sadece farmakoterapiye uyumu arttırarak olmadığını göstermeye çalışmıştır (73).

Bireylerin yanında ailelere de bu eğitim programlarının uygulanması son derece önerm arz etmektedir. Clarkin ve ark. (90) az sayıda seride hasta eşlerine eğitim programını uygulamış ve kontrol grubuna kıyasla semptomlarda farklılık ortaya konulmasa da işlevselliklerinin ve iyilik hallerinin anlamlı derecede daha iyi olduğunu göstermiştir. Barcelona heyeti de hasta bireylerle yaşayan ailelere 12 seanslık eğitim programını uygulamış, bu aile eğitimlerininin manik hecme ve hipomaninin yeniden ortaya çıkma sayısını azaltmakta ve bu süreyi uzatmaktadır. (91). Buna karşın, depresif hecmelerde ve mikst hecmelerde aynı etkinlikte bulunamamıştır.

Kişilik bozukluğu da mevcut İUB li bireylerde de bu eğitiminlerin hastalık nüksünü engellemede başarılı olduğu gösterilmiştir (92). Klinik gidişatı iyi olmayan ve sağaltım uyumsuzluğu olan, kişilik bozukluğunun da eşlik ettiği hastalarda bu eğitimlerin etkinliğinden söz edilirken günümüzde çalışılan bir araştırmada total hospitalizasyon ve İUB atak sayısı fazla olan, farmakoterapi uyumu ve klinik gidişatı iyi olmayan hastalarda, bu eğitimlere katılımın da yeterli olmadığı ortaya koyulmuştur (93).

2.2.3. Psikoeğitimin Amaçları

Yapılan çalışmalarda, bu eğitimlerin bir dizi olumlu göstergelere etki ettiğini saptamıştır.

1. İUB nin birden çok belirtisini iyileştirmek
2. Aileye üzerindeki yükü ve stresi azaltmak
3. Suisid riskinde azalma
4. Nüksleri engellemek
5. Hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak için yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek
6. Bilişsel, afektif ve davranış değişiklikleri yapmak
7. Duygusal ve davranışsal yardım sağlama
8. Farmakoterapiye uyumu fazlalaştırmak (75,76,83).

Hatfield'a göre süreğen ağır psikiyatrik rahatsızlığı mevcut bireylere sahip ailelere bu eğitimleri vermenin diğer bir amacı iyi birer bakıcı olabilmelerini sağlamaktır. Bir sürü hasta elzem durumlarda tedaviye ihtiyaç duyan aileler ile yaşamlarını idame ettirmektedir. PE de rol almak, ailelere hasta bireylerle yaşarken ortaya çıkabilecek problermleri yenebilmede kolaylık sağlamaktadır (70).

2.2.4. Bipolar Bozuklukta Bireysel Psikoeğitim Programı

Çalışmamızda verilecek olan bu eğitimler, literatür doğrultusunda (94,95) ve "birey önceden planlanmış öğrenim faaliyetlerini izlerse, bireyde beklenen davranış değişikliği meydana gelir görüşünü temel alan Sistem Yaklaşımı"ndan yararlanılarak hazırlanmıştır (96).Eğitim programımız, haftada bir kez olacak şekilde dört haftada uygulanmıştır. Eğitimize 18–65 yaşlarında, BB tanısı mevcut, polikliniğimizde takip edilen ve en az üç aydır duygudurumu normal olan (ötimik) (YMRS'si 4 puanın altı ve HAM-D'si 7 puanın altında olan),BB için doğru farmakoterapisi olan (duygudurum düzenleyici, antipsikotik veya antidepresan) ve normal klinik takibi olan hastalar dahil edilmiştir. Eğitim programlarımız 30-40 dakika sürmüştür. Hasta ihtiyaçlarına göre oturumlara 15–20 dakikalık aralar verilmiştir. Oturumlarım tamamında bilgisayarda hazır bulunmakta olan yansılar kullanıldı. Bununla birlikte oturumlarda bilginin yanında yaşantılar üzerinde de durulmuş ve eğitimde öğrenilen konu ile karşılaştırma gerçekleştirilmesine olanak sağlanmıştır. Eğitim programlarının saatleri hastaların uygun olacağı şekilde planlanmıştır. Psikoeğitim oturum başlıkları ve içerikleri aşağıda sunulmuştur.

1. **Oturum-Psikoeğitim programına giriş ve hastalık hakkında bilgi**: Bu oturumda amaç hastaların, psikoeğitim programı ve bipolara bozuklukları hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktadır.

2. **Oturum-Haberci belirtiler, hastalığın yinelemesini önleyici acil plan geliştirme ve yasal haklar:** Bu oturumda amaç hastaların, kendi haberci belirtilerini tanımaları ve bunları yöntebilmeleri, hastalanmadan önce yardım alabilecekleri kurum ve kuruluşları belirlemektir. Ayrıca hastalıkları ile ilgili yasal hakları hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.

3.Oturum- İlaç etki ve yan etkilerini değerlendirme: Bu oturumda amaç hastaların, tedavilerindeki ilaç etki ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları ve ilaç yan etkileri ile başa çıkabilmelerini sağlamaktır. Görüşme öncesinde eğitimci hastaların dosyalarından daha önce kullandıkları ve kullanmakta oldukları ilaçları, varsa daha önce tedavi uyumsuzlukları ve nedenleri hakkında bilgi edinir.

4. Oturum- İletişim ve Sorun çözme becerileri: Bu oturumda amaç hastaların, kişiler arası ilişkilerinde iletişim becerileri hakkında temel düzeyde farkındalık oluşturmak ve hayatlarında yaşadıkları sorunların çözümüne yaklaşımda sistematik bir yol kullanabileceklerini bilmelerini sağlamaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Çalışmamız kesitsel nitelikte olup, çalışmamıza Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde izlenmekte olan, DSM-5 tanı ölçütlerini karşılayan BB tanısı mevcut ve yapılandırılmış izlem formu ile izlenen, çalışmayla ilgili bilgilendrilmiş yazılı onayı alınmış ve çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan 42 hasta davet edildi. Her hastaya çalışma hakkında detaylı bilgi verildi ve psikoeğitime davet edildi. 31 hasta çalışmaya katılmayı kabul etti.

3.2. Çalışmaya Dahil. Edilme. Ölçütleri

1. 18-65 yaşları arasında olmak
2. Herhangi bir atak döneminde olmamak (ötimik olmak)
3. DSM-5 e göre İUB tanısı mevcut olması
4. Araştırma hakkında bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermiş olmak
5. Kişilik ya da mental durumu etkileyecek psikiyatri dışı organik ya da sistemik bir rahatsızlığı olmaması

3.3. Dışlama Ölçütleri

1. Okuryazarlığı olmaması
2. Alzheimer ve diğer beyinsel organik bozuklukların olması
3. Romatolojik hastalığı olanlar
4. Ağır endokrinopatiler
5. Ağır kardiyak yetmezlik
6. Kranial veya medulla spinalis travması
7. Anlamlı iletişim kuramayacak düzeyde anlık yeti yetiminin olması
8. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nde 5 ten fazla skor mevcutiyeti

9. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nde 7 den fazla skor mevcutiyeti
10. Alkol-madde bağımlılığı olması

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Hasta İzlem Dosyası

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Duygudurum Polikliniğinde BB tanısıyla izlenen her hastanın;

- Sosyodemografik verileri
- Birinci ve ikinci derece akrabalardaki psikiyatrik hastalık öyküleri
- Psikiyatrik ve fiziksel hastalık ek tanıları
- Travma öyküsü (fiziksel, ruhsal, cinsel, adli olay vb)
- Suisid varlığı
- İlk atak ait bilgiler (yaş, hastalık dönemi türü ve şiddeti, ortaya çıkartan olay, psikotik belirti varlığı, ilaç tedavisine yanıt süresi, faydalanılan ilaç)
- Duygudurum dengeleyici kullanımı öncesi hastalık seyrine ait bilgiler (dönem özellikleri, tam iyileşme olup olmaması, tedaviye yanıt v.b)
- Duygudurum dengeleyici kullanımı sonrası hastalık seyrine ait bilgiler
- Başvuru anındaki belirtiler
- Son hastalık dönemi, remisyon süresi
- SCID-I ve bazı durumlarda SCID-II ve DSM-5'e göre eksen tanıları
- Günlük Poliklinik izlemde ise CGI-S (Clinical Global Impression Severity score), YMRS (Young Mania Rating Scale), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği,

KULLANILAN ÖLÇEK VE İZLEM FORMLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (MUÖ)

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BPİÖ)

Whoqol Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği

3.4.2 Hamilton. Depresyon. Derecelendirme. Ölçeği (HAM-D)

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), depresif dönem belirtilerini değerlendirmek için en yaygın kullanılan araçtır. Depresyon ve tedavisi ile ilgili birçok anahtar çalışmada kullanılmıştır. HAM-D,semptomlarını belirlemek için hastanın yapılandırılmış veya yapılandırılmamış bir görüşmesinden sonra klinisyenler tarafından uygulanacak şekilde tasarlanmıştır. Toplam puan, her sorudan ayrı ayrı puanların toplanmasıyla hesaplanır. Her item için 0–4 arası puanlar verilir. Tanı koydurmaz, depresif dönem seyrini değerlendirmek için kullanılır. En çok kullanılan formu 17 maddelik olanıdır. Diğer formları ise zaman zaman kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (97).

- ✓ 7'nin altındaki puanlar genellikle depresyonun yokluğunu veya remisyonunu temsil eder.
- ✓ 7-17 arası skorlar hafif depresyonu temsil eder
- ✓ 18-24 arası puanlar orta derecede depresyonu temsil eder
- ✓ Skor 25 ve üstü şiddetli depresyonu temsil eder

3.4.3 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)

YMRS, öncelikle araştırma için kullanılan manik durumların şiddetini değerlendiren bir klinik görüşme ölçeğidir. 1978 yılında mani şiddetini ölçmek için özel bir ölçek bulunmaması nedeniyle geliştirilmiştir. On bir sorudan oluşan bu ölçek tanısal bir araç olarak kullanılmak üzere tasarlanmamıştır, bunun yerine manik durumların şiddetini ölçmek üzere tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve

güvenirlilik çalışması 2002 yılında Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (98).

3.4.4 Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (MUÖ)

Morisky Uyum Ölçeği (Morisky's Questions Self Report Measure of Adherence): Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Green ve Levine tarafından 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılmıştır (99). Ölçek "evet", "hayır" olabilecek şekilde cevaplanmakta ve hastanın ilaç uyumunu "tedaviye bağlı" ve "tedaviye bağlı değil"olarak ortaya koymaktadır. Güven Bahar ve arkadaşları tarafından İUB de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2013 yılında yapılmıştır.

3.4.5 Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu(WHOQOL-BREF)

Orijinal ölçek Kanada'da (Michalak ve Murray (2010)) geliştirilmiştir ve 12 madde içermektedir (bu 12 madde, toplamda 56 maddeden oluşan araçtaki 12 esas yaşam kalitesi alanına karşılık gelmektedir). Söz konusu 12 maddenin her biri, son yedi günde yaşam kalitesinden duyulan memnuniyetle ilgilidir. Likert yanıt ölçeğine göre puanlanan maddelerde "Kesinlikle Katılmıyorum" yanıtı 1, "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtı 5 ile puanlanmaktadır.(100) Ölçekten alınabilecek toplam puan 12–60 arasında değişmekte ve yüksek puanlar daha iyi bir yaşam kalitesine işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışması 1999 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.4.6 Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BPİÖ)

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BB-İ)'nin Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek: duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler,

toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş olmak üzere 11 alt ölçek ve 58 maddeden oluşmaktadır (101).

3.4.7 Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu; hastaların yaşını, cinsiyetini, medeni halleri, eğitim düzeyleri, mesleki durumları, hastaneye yatış hikayeleri, kullandıkları tedaviler, geçirilmiş hecme sayısı ve hecmelerin özellikleri ile hastalığın ortaya çıkış yaşını içermektedir. Bu verilere hastaların kendileri, yakınları ve/veya hastane tıbbi kayıtlarından ulaşılmıştır.

3.5 Araştırmanın Uygulanması

Araştırma; literatür taraması, anket formlarının oluşturulması, gerekli izinlerin alınması, ekip oluşturulması gibi ön hazırlıklar tamamlandıktan sonra yürütüldü. Araştırmanın yürütülmesinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi ve bir araştırma görevlisi doktor görev aldı. Araştırma etik kurul izini Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan alındı (Tarih/Sayı: 02.11.2017/06).

Araştırmanın uygulama aşamasında çalışmanın yapılabileceği uygun bir zaman dilimi ayarlandı. Katılımcılarla görüşme HMKÜSUAH Psikiyatri poliklinik ve servisinde yapıldı.

Uygulama öncesi katılımcılara çalışma ile ilgili kısa bir bilgi verildi. Sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden onamları yazılı olarak alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anketler, yine araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle katılımcılara sorularak doldurudu. Anketler 01.11.2019-01.02.2020 tarihleri arasında toplam 31 kişiyle görüşülerek yapıldı ve veri toplama tamamlanmış oldu.

Psikoeğitimin uygulanması

Çalışma kriterlerine uyan her hastaya çalışma hakkında bilgi verildi ve psikoeğitime davet edildi. Çalışmaya katılan her hastaya ilk görüşmelerinde

Hamilton Depresyon Ölçeği ve Young Mani Ölçeği uygulanarak ötimik dönemde olanlar araştırmaya dahil edildi, herhangi bir atak döneminde olan hastaların rutin takip ve tedavisine devam edildi. Bu şekilde hastaların 31 tanesi psikoeğitime katıldı. Psikoeğitime katılan 31 hasta ile çalışma sürdürüldü. Araştırmaya katılan her hastaya ilk görüşmelerinde Whoqol-Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği, Morisky İlaç Uyum Ölçeği, Bipolar Bozukluk Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Ölçeği verildi. Psikoeğitim programı, haftada bir olmak üzere ardışık olan dört haftada tamamlandı. Her bir psikoeğitim oturumu 45-60 dakika sürdü. Psikoeğitim programı hastaların uygunluğu göz önüne alınarak genellikle mesai saatlerinde verildi. Ancak, bazı hastalara, hastaların iş ve özel durumları nedeniyle, psikoeğitim mesai saatleri dışında uygulandı. Oturum saatleri ve günleri hastalarla birlikte planlandığından hastalar oturum saatlerine uyum gösterdiler ve psikoeğitim uygulandı. Buna ek olarak hastaların sordukları sorular cevaplandı ve yüz yüze görüşme imkanı olmayan zamanlarda telefon görüşmeleri ve sms yazışmaları, gerekli dönemlerde aileleri ile de telefon görüşmeleri yapıldı. Hastaların rutin aylık kontrolleri devam ederken psikoeğitimden 3 ay sonra, ilk görüşmede verilen ölçekler (Whoqol- Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği, Morisky İlaç Uyum Ölçeği, Bipolar Bozukluk Sosyal İşlevsellik Ölçeği) tekrar verildi ve doldurmaları istendi; 3 aylık sure zarfında olan yeni ataklar ve en son bakılan ilaçların plazma düzeyleri kaydedildi. Tüm verilerin psikoeğitimden önce ve sonra şeklinde karşılaştırılarak istatistiksel analizleri yapıldı.

1. **Oturum-Psikoeğitim programına giriş ve hastalık hakkında bilgi (45-60 Dk.):**

Hasta ayakta karşılandı. Eğitim odasında hasta ve eğitimci göz teması kuracak şekilde karşılıklı oturdu. Hasta barkovizyonu görecek şekilde oturtuldu. Eğitimci kendisini (Ad-soyadı, mesleği, iş yeri ve mesleki deneyimi gibi) tanıttı ve araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Hastaya bilgilerinin gizli kalacağı özellikle vurgulandı. Yalnızca, yaşamını tehdit edecek ya da tehlikeye sokacak durumlar olursa, bu durumların kendi hekimi ya da birimin sorumlu hekimiyle paylaşılabileceği bilgisi verildi. Psikoeğitim sırasında hastaya, herhangi bir atak yaşaması durumunda birimin sorumlu hekimi tarafından ya da kendi hekimi

tarafından müdahale edilebileceği ifade edildi. Eğitimci, hastadan görüşme hakkında kısa notlar almak için izin istedi. Hastanın kendisini (Ad-soyadı, mesleği, medeni durum gibi) tanıtması istendi. Ölçekler uygulandı. Psikoeğitim programına (programın amacı, içeriği, süresi, her bir oturumun süresi vb.) giriş yapıldı. Hastanın daha önceki hastalık deneyimlerini (ilk hastalık deneyimini, gördüğü tedavileri, varsa daha önceki hastane yatışları, varsa destek durumları, vb.) paylaşması istendi. Daha sonra hastaya hastalık bilgisi ve hastalıkla ilgili kavramlar (mani, hipomani, depresyon, vb) hakkında bilgi verildi. Hastaya hastalığını hangi nedene bağladığı soruldu ve hastalık nedenleri hakkında bilgi verildi. Hastanın hastalık belirtileri soruldu, hastalıkta en sık görülen belirtiler hakkında bilgi verildi. Hastaya, hastalıkla ilgili en çok bilinen 10 mit söylendi. Bu mitler arasında hastanın inandığı mit olup olmadığı sorularak hastanın soruları cevaplandı. Hastanın konuşulanları özetlemesi istendi. 56 Hastanın psikoeğitim programı hakkındaki görüşleri alındı. İkinci oturumun konusu hakkında bilgi verildi. Hasta ile ikinci oturum için gün ve saat belirlendi. Hasta eğitimci tarafından kapıdan uğurlanarak oturum kapatıldı.

2.Oturum-Haberci belirtiler ve hastalığın yinelemesini önleyici acil plan geliştirme (45-60 Dk.):

Görüşmeye hastanın bir önceki haftayı nasıl geçirdiği sorularak başlandı. “Hastalanmaya başlamadan önce ne gibi şikâyetleriniz oluyor?” sorusu sorularak hastanın öznel haberci belirtileri öğrenilmeye çalışıldı. Hastaya, bipolar bozuklukta en sık karşılaşılan haberci belirtiler hakkında bilgi verildi. “Hastalanmaya başladığınızda neler yaparsınız?” sorusu sorularak hastanın öznel yaklaşımı öğrenilmeye çalışıldı. Hastaya acil bir durumda uyulması gereken acil eylem planı anlatıldı. Hastalıkla ilgili acil bir durum ile karşılaştıklarında başvurabilecekleri kurum ve kuruluşlar belirlendi. Hastayla birlikte acil durumda aranabilecek yakını belirlendi. Alınan bilgiler doğrultusunda, hastayla birlikte acil eylem planı hazırlandı ve hastaya verildi. Hastanın ihtiyacı doğrultusunda, bipolar bozuklukta yasal haklar ile ilgili bilgi verildi. Hastanın konuşulanları özetlemesi istendi. Üçüncü haftanın oturumu hakkında bilgi verildi. Hasta ile üçüncü oturum için gün ve saat belirlendi. Hasta eğitimci tarafından kapıdan uğurlanarak oturum kapatıldı.

3.Oturum- İlaç etki ve yan etkilerini değerlendirme (45-60 Dk.):

Görüşme öncesinde eğitimci hastaların dosyalarından daha önce kullandıkları ve kullanmakta oldukları ilaçları, varsa daha önce tedavi uyumsuzlukları ve nedenleri hakkında bilgi edindi. Görüşmeye hastanın bir önceki haftayı nasıl geçirdiği sorularak başlandı. Hastanın daha önceki tedavi deneyimleri soruldu. Hastaya öncelikle hastalığın genel tedavisi (farmakoterapi, psikoterapi, EKT, gerekli durumlarda hastane yatışı, ayaktan tedavi, vb) hakkında bilgi verildi. Hastanın kullanmakta olduğu ilaçları soruldu. Bipolar bozuklukta koruma tedavisinde kullanılabilen dört ilaç grubu (duygudurum dengeleyiciler, antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler) hakkında bilgi verildi. Hastanın kullandığı koruyucu tedavisindeki ilaçların grupları ve etkileri hakkında bilgi verildi. Hastanın ilaçla ilgili yaşadığı olumsuz durumları/yan etkileri soruldu. Hastaya hafif yan etkilerle nasıl başa çıktığı soruldu, diğer olası başetme yöntemleri hakkında bilgi verildi. İlaçlara dair inanılan en yaygın 10 mit yansıyla hastaya gösterildi, hastanın bu inançlardan herhangi birine sahip olma durumu soruldu. Hastanın ifade ettiği yanlış inanç, terapötik tekniklere bağlı kalınarak hastayla tartışıldı. Hastanın konuşulanları özetlemesi istendi. Dördüncü haftanın oturumu hakkında bilgi verildi. Hastanın sorun yaşadığı ve iletişimde sıkıntı yaşadığı durumları düşünerek bir sonraki oturuma getirmesi istendi. Hasta ile dördüncü oturum için gün ve saat belirlendi. Hasta, eğitimci tarafından kapıdan uğurlanarak oturum kapatıldı.

4.Oturum- İletişim ve Sorun çözme becerileri (45-60 Dk):

Görüşmeye hastanın bir önceki haftayı nasıl geçirdiği sorularak başlandı. Daha önce iletişim ile ilgili bilgileri soruldu. İletişimin tanımı ve çeşitleri (sözlü ve sözsüz iletişim) hakkında bilgi verildi. Sözlü ve sözsüz iletişimin unsurları hakkında bilgi verildi. “İletişimde en çok nelerde zorlanırsınız?” sorusu sorularak hastayla yapılacak rol-oynama belirlenmeye çalışıldı. Daha sonrasında etkili iletişimin öğeleri (etkin dinleme, olumlu duyguların ifadesi, ricada bulunma, olumsuz duyguların ifadesi) hakkında konuşuldu. Hastanın hayatından örneklerle etkili iletişimin dört öğesi ile ilgili rol-oynama yapıldı. Hastanın rol-oynama ile ilgili geri bildirimi alındı. İhtiyaç duyan hastalar için on dakikalık mola verildi. Hastaya “problem ve problem

çözme aşamaları hakkında bilgi verildi. Hastanın oturumlarda en çok ifade ettiği sorunları üzerinden rol-oynama yapıldı. Problem çözme aşamaları, herhangi bir problemini ifade etmek istemeyen hastalar ile daha genel örnekler ile çalışıldı. Hastanın varsa soruları yanıtlandı. Hastanın konuşulanları özetlemesi istendi. Hastanın dört haftalık psikoeğitim programı hakkındaki görüşleri alındı. Hastaya psikoeğitim programının tamamlandığı bilgisi verildi. Bir sonraki görüşmenin altı ay sonra yapılacağı ve eğitimci tarafından aranacağı, görüşme tarih ve saatinin birlikte belirleneceği ifade edildi. Hastaya programa katıldığı için teşekkür edildi. Hasta eğitimci tarafından kapıdan uğurlanarak oturum kapatıldı.

Verdiğimiz eğitimlerde Barcelona İki Uçlu Bozukluk Projesinin yayınlamış olduğu Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı'ından faydalandık. Programa duygudurumu ötimik olan ve bunu yaklaşık 6 aydır sürdüren gruplar alınmıştır. Bu gruplar 8-12 kişiden oluşmaktaydı ve gruplara haftada bir yaklaşık 90 dakika süren eğitimler verilmiştir.120 hastadan 21 seanslık eğitimi tamamlayanlar 2 yıllık izlem sürecinde bütün duygudurum dönemlerinde daha az relapslar görülmüştür. Hospitalizasyon sayısı ve süresi de azalmış ama yatış ihtiyacı olan hasta sayısı değişmemiştir. Bu eğitimde vurgulanan konular; hastalıkla ilgili temel bilgiler, relaps sayıları, ilaçlar ve yan etkileri, açığa çıkarıcı etkenler, ilaç uyumunun önemi, şikayetleri denetleme, stresle başa çıkma, intihar riski, gebelik, damgalanma vb. toplumsal sorunlar, erken relaps belirtilerini tanımak, alkol ve maddeden uzaklaştırmak, yaşam tarzını düzeltip, bunu sürdürmenin önemidir. Tekrardan bu ekip, ilaç uyumu fazlasıyla iyi olan daha az sayıda hastada bu eğitimin benzer etkilerini göstererek, etkililiğin sadece ilaç uyumunu arttırarak olmadığını ileri sürmüştür (12).

3.6 Araştırmanın Takvimi

Araştırmanın takvimi tarihsel süreç içerisinde aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmiştir. **(Tablo 1)**

Tablo 1. Araştırmanın Takvimi.	
Eylül-Aralık 2019	Literatür taraması Araştırmanın planlanması Anket formlarının oluşturulması
Aralık 2019-Şubat 2020	Verilerin toplanması Verilerin bilgisayara aktarılması
Şubat 2020	Verilerin analizi
Ocak-Mart 2020	Rapor Yazımı

3.7 Verilerin Analizi

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girildi. Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri kullanıldı. Hastaların öncesi ve sonrasını karşılaştırdığımız analizlerde normal dağılan veriler için Paired Sample T Testi, normal dağılmayan veriler için Wilcoxon Testi kullanılmıştır. Hastaların psikoeğitim öncesi ve psikoeğitim sonrası tedavi uyum düzeylerinin analizi ise Mc-Nemar Testi ile yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'den daha küçük değerler önemli olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamızdaki katılımcıların %54,8'si(17) erkek, %45,2'si(14) kadındı **(Tablo 2)**. Katılımcıların yaş ortalaması 34,06±10,2 idi. Yaşı en küçük olan hasta 18 ve yaşı en büyük olan hasta ise 58 yaşında idi. Hastaların %54,8'i(17) evli, %32,3'ü(10) bekâr ve %12,9'u(4) boşanmış idi. Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde hastaların en fazla %29,0 (9) ile lise mezunu olduğu görüldü. Katılımcılardan sadece bir kişi okuryazar değildi. Katılımcıların %61,3'ü(19) herhangi bir işte çalışmamaktadır. %19,4'ü(6) memur, %12,9'u(4) serbest meslek ve %6,5'i(2) işçidir.

Tablo 2. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	14	45,2
Erkek	17	54,8
Medeni Durum		
Bekâr	10	32,3
Evli	17	54,8
Boşanmış	4	12,9
Öğrenim		
Okuryazar değil	1	3,2
İlkokul	7	22,6
Ortaokul	6	19,4
Lise	9	29,0
Yüksekokul-Fakülte	5	16,1
Lisans Üstü ve Daha Üzeri	3	9,7
Meslek		
Çalışmıyor	19	61,3
Serbest Meslek	4	12,9
Memur	6	19,4
İşçi	2	6,5

4.2. Hastaların Klinik Özellikleri

Katılımcıların ortalama hastalık süresi, ortalama hastalık başlangıç yaşı ve almış oldukları ortalama psikiyatrik tedavi süresi **Tablo 3'te** görülmektedir.

Tablo 3. Tüm hastaların ortalama hastalık süresi ve başlangıç yaşları (n=31)

	Ortalama	Standart Sapma
Ortalama Hastalık Süresi	10,26	9,44
Ortalama Hastalık Başlangıç Yaşı	23,81	7,71
Psikiyatrik Tedavi Süresi (Yıl)	8,10	6,47

Tüm hastalar en az bir defa manik atak geçirmiştir **(Tablo 4).** Hastaların %83,9'u(26) en az bir defa depresif atak geçirmiştir. Karma atak geçiren hasta yoktu. Geçirilen manik atak sayılarının ortalaması 3,42±2,47 ve depresif atakların ortalaması 3,68±3,52 idi. Hastaların %64,5'i(20) hayatı boyunca en az bir defa EKT tedavisi almıştı. Hastaların %6,5'i(2) daha önce yatarak tedavi görmemiş, %45,2'si(14) 1-3 kez, %12,9'u(4) 3-6 kez ve %35,5'i(11) altıdan fazla hastanede yatarak tedavi görmüştür. Hastaların %16,1'inde(5) ek tıbbi bir hastalık bulunmaktaydı. Hastalarda komorbid psikiyatrik hastalık bulunmamaktaydı. Hastaların %29'0'ının(9) ailesinde de psikiyatrik bir hastalık vardı. İntihar girişiminde bulunanların oranı %32,3 (10) ve ailesinde intihar girişiminde bulunanların oranı ise %12,9 (4) idi. Hastaların %90,3'ü(28) ailesi ile birlikte yaşamakta ve %54,8'i(17) sigara içmektedir.

Tablo 4. Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı			
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Manik Atak	Var	31	100,0
	Yok	0	0,0
Depresif Atak	Var	26	83,9
	Yok	5	16,1
Karma Atak	Var	0	0,0
	Yok	31	100,0
EKT Alma	Evet	20	64,5
	Hayır	11	35,5
Yatarak Tedavi Görme Süresi	Hiç	2	6,5
	1-3	14	45,2
	3-6	4	12,9
	6'dan fazla	11	35,5
Ek Tıbbi Hastalık	Var	5	16,1
	Yok	26	83,9
Ek Farmakoterapi	Var	4	12,9
	Yok	27	87,1
Komorbid Psikiyatrik Hastalık	Var	0	0,0
	Yok	31	100,0
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	9	29,0
	Yok	22	71,0
İntihar Girişimi	Var	10	32,3
	Yok	21	67,7
Ailede İntihar Girişimi	Var	4	12,9
	Yok	27	87,1
Kiminle Yaşıyor	Ailesi ile	28	90,3
	Tek Başına	3	9,7
Sigara	Evet	17	54,8
	Hayır	14	45,2

Hastaların YMRS, HAM-D ve CGI ölçeklerinden aldıkları skorlar **Tablo 5'da** incelenmiştir.

Tablo 5. Hastaların YMRS, HAM-D ve CGI Skorlar		
	Ortalama	Minimum-Maksimum
YMRS	2,61±1,25	0-4
HAM-D	4,19±2,18	0-7
CGI	4,26±0,51	3-5

4.3. Hastaların Duygudurum Düzenleyici ve Antipsikotik İlaç Kullanma Durumları

Hastaların duygudurum düzenleyici ilaç kullanma durumları **Tablo 6**'da görülmektedir. En fazla kullanılan ilacın %67,7 (21) ile lityum olduğu tespit edildi.

Tablo 6. Hastaların Duygudurum Düzenleyici İlaç Kullanım Oranları		
	Sayı	Yüzde
Lityum	21	67,7
Valproik Asit	5	16,1
Lityum+ Valproik Asit	5	16,1

Hastaların antipsikotik ilaç kullanım düzeyleri **Tablo 7**'de görülmektedir. En fazla kullanın antipsikotik ilaç %25,8 (8) risperidondur. En az kullanılan antipsikotik ilaç ise %9,6 (9,6) ile aripiprazoldür. Hastaların %32,2'si(10) herhangi bir antipsikotik ilaç kullanmamaktadır.

Tablo 7. Hastaların Antipsikotik İlaç Kullanım Oranları		
	Sayı	Yüzde
Risperidon	8	25,8
Olanzapin	5	16,1
Ketiapin	5	16,1
Aripiprazol	3	9,6

4.4. Psikoeğitimin Hastalar Üzerine Etkisi

4.4.1 Psikoeğitimin Tedaviye Uyum Durumuna Etkisi

Hastaların psikoeğitim öncesi ve psikoeğitim sonrası Morisky Ölçeği'ne göre tedaviye uyumları **Tablo 8**'de değerlendirilmiştir. Psikoeğitim sonrası hastaların tedaviye bağlılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir **(p<0,001).** Psikoeğitim öncesi tedaviye uyumlu olmayan 20 hastanın 19'unun yani tedaviye uyumsuz olan hastaların %95,0'ının psikoeğitim sonrası tedaviye uyumlu hale geldikleri tespit edilmiştir.

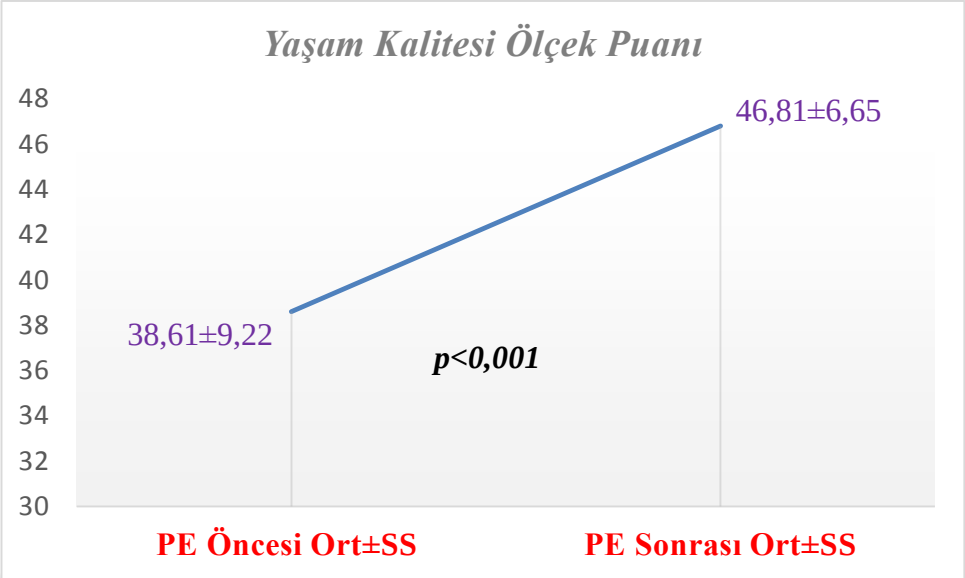
Tablo 8. Morisky Tedavi Uyumlarının Karşılaştırılması*

		PE Sonrası			P value*
		Tedaviye Uyumlu	Tedaviye Uyumlu Değil	**Toplam**	
PE Öncesi	Tedaviye Uyumlu	11(%100)	0(%0,0)	11(%100)	***<0,001***
	Tedaviye Uyumlu Değil	19(%95,0)	1(%5,0)	20(%100)	
Toplam		**30**	**1**	**31**	

***Mc-Nemar testi ile analiz edilmiştir.**

4.4.2 Psikoeğitimin Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi

Hastalara uygulanan Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Anketi'nin psikoeğitim öncesi ve psikoeğitim sonrası karşılaştırılması Grafik 1'de görülmektedir. Psikoeğitim öncesi ile psikoeğitim sonrası ölçekten alınan puanların anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir **(p<0,001).** Psikoeğitim öncesi ölçeğin puan ortalaması 38,61±9,22 iken psikoeğitim sonrası ise 46,81±6,65 olduğu ve anlamlı düzeyde psikoeğitim sonrası ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.



Şekil 1. Yaşam Kalitesi ile Psikoeğitimin Karşılaştırılması

4.4.3. Psikoeğitimin Hastaların İşlevselliğine Etkisi

Hastalara psikoeğitim öncesi ve psikoeğitim sonrası Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların PE öncesi ve PE sonrası ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. ‘’Duygusal İşlevsellik’’ alt boyutunda PE öncesi alınan puan 6,29±1,46 iken PE sonrası 7,77±0,95’tir **(p<0,001).** Benzer bir şekilde ‘’Zihinsel İşlevsellik’’ alt boyutunda PE öncesi 7,74±2,33 iken PE sonrası 10,06±1,84 olduğu görülmüştür **(p<0,001).** ‘’İş’’ alt boyutu haricinde tüm alt boyutlarda PE sonrası alınan ölçek puanlarının PE öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçekten alınan toplam puanın da PE öncesi 86,45±12,67, PE sonrası ise 100,39±12,41 olduğu ve PE sonrası anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur **(p<0,001).**

Tablo 9. Hastaların Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçek Puanları açısından karşılaştırılması			
Bipolar İşlevsellik Ölçeği Puanları	PE Öncesi Ort±SS	PE Sonrası Ort±SS	p
Duygusal İşlevsellik**	6,29±1,46	7,77±0,95	***<0,001***
Zihinsel İşlevsellik*	7,74±2,33	10,06±1,84	***<0,001***
Cinsel İşlevsellik*	7,00±2,22	7,90±2,16	***0,001***
Damgalanma Hissi*	6,68±2,08	8,03±2,18	***<0,001***
İçe Kapanıklık*	5,35±1,40	6,48±1,56	***<0,001***
Ev İçi İlişkiler*	11,29±2,94	14,03±3,01	***<0,001***
Arkadaşları ile İlişkiler*	9,23±2,37	11,13±2,02	***<0,001***
Toplumsal Etkinliklere Katılım*	11,77±3,48	12,48±3,63	***0,002***
Günlük Etkinlik ve Hobiler*	10,52±2,20	11,13±2,33	***0,002***
İnisiyatif Alma **	4,35±1,42	4,97±1,30	***0,003***
İş*	6,23±2,59	6,39±2,49	0,096
BPİ toplam puan*	86,45±12,67	100,39±12,41	***<0,001***

*Paired T Testi kullanılmıştır. ** Wilcoxon Testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucunda; psikoeğitimden sonra hastaların yaşam kalitelerinde iyileşme olduğu görülmüştür. Bu iyileşme özellikle "psikolojik sağlık" ve "sosyal ilişkiler" alanındadır. Hastaların işlevselliklerinde düzelme olmuştur; "ev içi ilişkilerinde" düzelme olan hastaların aynı zamanda "damgalanma hissi" ve "içe kapanıklık"larında da iyileşmeler gözlendi. Sosyal ilişkileri iyileşen, içe kapanıklığı azalan ve topluma entegre olan daha fazla konuşan birey olarak, çalışmasını öğrenerek yaşam kalitesini artırıp daha nitelikli bir yaşama kavuşacaktır. Hastalarda "aile desteği"nin arttığı, bununla beraber "sosyal desteğin genelinde" de iyileşmeler olduğu görülmüştür. Diğer hastalıklardaki gibi psikiyatrik hastalıklarda da aileler hasta bireylerin farklı alanlardaki yüklerini azaltmakta, rahatsızlığın klinik seyrini pozitif olarak etkilemektedir. Aile desteği mevcut bireylerde işlevsellik ve yaşam kalitesi ciddi anlamda artmaktadır. Buna ek olarak işlevselliği iyi olan, yeti yitimi az olan, dolasıyla bakımverene yükü daha az olan bireyinde aile iletişimi iyi olabilmekte ve sosyal desteği artmaktadır. Bu noktada psikoeğitimin katkısı önemlidir. Bipolar bozukluğun özellikle atak öncelerinde ve atak anlarında ailelerin hastalığı ve hastaları iyi yönetmeleri gerekmektedir. Bunu yapabilmek içinde hastalık hakkında yeterli ve doğru bilgilere sahip olmaları şarttır; bu bağlamda psikoeğitime ailelerin de dahil edilmesi iyi bir seçenektir. İki uçlu bozukluğu özel olarak ele alan (102) ve bir çeşit grup psikoeğitim modeli olan "Yaşam hedefleri programı" ında da bizim çalışmamıza benzer şekilde daha iyi sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve sağaltım memnuniyeti aynı zamanda daha kısa süreli manik hecmeler saptanmıştır (103).

Dr. Eduard Vieta ve Dr. Francesc Colom Barselona grubu adını verdikleri ekiple Barselona'da uzun bir süredir iki uçlu bozukluk hastalarına grup psikoeğitimi vermekte, bununla ilgili çalışmalar yapmakta ve bu işi daha yapılandırmış bir hale getirmeye çalışmaktadırlar (verdiğimiz eğitimlerde kendilerinin yayınlamış olduğu

Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı'ından faydalandık). "Barselona iki uçlu bozukluk projesi" adı altında yaptıkları çalışmalarda eğitim uygulnanan bireylerde daha az sayıda manik ve depresif hecmeler görüldüğü; hastaneye yatışların azaldığı ve psikoeğitimin bunları yalnızca ilaç uyumunu artırarak yapmadığını göstermişlerdir (92). Çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak aile içi iletişimin artması, işlevselliği bozan alışkanlıkların değiştirilmesi gibi faktörlerin de önemli etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Revicki ve arkadaşlarının vermiş olduğu başka bir eğitim programında ilaç uyumunun olduğu hastaların şikayetlerinde anlamlı seviyelerde iyileşmeler olsa da yaşam kalitesi ve işlevsellikte aynı seviyelerde iyileşmeler olmadığı gösterilmiştir (104). Bu iki çalışma psikoeğitimin hastalara ilaç uyumunu artırmaktan çok daha büyük bir katkı sağladığını göstermektedir.

Uyguladığımız psikoeğitimde sosyal damgalanma ile beraber hastalarının kendi içsel damgalamaları ve kendi yaşantılarını kısıtlı düzeylerde yaşamaları konularında, hasta hekim ilişkisinden başlayarak yaşamda daha aktif rol almaları konusunda cesaretlendirildi. Bipolar İşlevsellik Ölçeği'ndeki sosyal damgalanma ve içe kapanıklıkta gerçekleşen iyileşmeler bununla ilişkili olabilir.

İki uçlu bozukluk süreğen olması nedeniyle zaman içinde bireyleri ve aileleri duygusal olarak olumsuz etkilemekte ve var olan iletişimi yıpratmaktadır. Bununla birlikte hastaların uzun dönemde ailelerine karşı daha savunmacı ve tepkisel olduğu görülmektedir. Hasta bireylerin şikayetleri ve kliniysen deneyimlerimiz dikkate alındığında hastaların aileleriyle alakalı olarak açığa vurdukları şikaytelerin en başında geleni kendilerine ve yaşantılarına çok fazla müdahele edilmesidir. Hastalar özellikle ötimik dönemlerde de kendilerine fazlaca baskı yapıldığını çoğu zaman gereğinden fazla tepki gördüklerini belirtmektedirler. Bununla birlikte litaratürde aile ve eşlerdeki yüksek duygu dışavurumunun tekrar etmeler ve hastanın kliniğinin kötüleşmesiyle alakalı olduğunu göstermiştir (105,106).

Goldstein ve Miklowitz tarafından geliştirilen aile odaklı terapi PE ile ilgili bir yöntemdir. Aile bireyleri, eş ve bakım verenlerin belirtileri, uyarıcı işaretleri tanımasını ve bunlarla başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlar. Hastaların ve bakım verenlerin yüksek duygu dışavurumu, duygusal tepkileri ve çatışmaları üzerinde çalışarak, duyguları kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası

iletişimi arttırma, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma provaları ile işlevselliği artırmayı amaçlar. Yaptığımız çalışmada uygulanan eğitimde özellikle bu konu üzerinde durulmuştur. Hastalığın üstesinden gelme tekniklerinde biri olan hastaların kendilerini yakından tanıyan, neredeyse her gün gören ve/veya iletişimde olan bir bireyin hastayı sürekli takip etmesi ve gelmekte olan atak belirtilerine karşı tetikte olması ve atak tam olarak olgunlaşmadan önce hastayı uyarıp önlemler alınması konusunda hastalar motive edilmiştir. Çalışmamızda psikoeğitime aile bireyleri katılmadılar, fakat hasta vasıtasıyla ve düzenli olarak yaptığımız telefon görüşmelerinde bilgilendirildiler ve bu şekilde takip ve tedavilerine iştirak etmiş oldular. Bundan dolayı, hastaların ailelerine karşı olan savunmacı davranışlarında azalma ve işbirliğine yatkın hale gelmiş olabilirler.

Bireylerin uyguladığı stresle başa çıkma becerileri birden çok psikolojik faktörü etkileyen bir unsurdur. Bireyin stresi açığa çıkaran bir etken karşısında sorunu çözme şekli; biliş, duygulanım ve davranışın birbiriyle karmaşık bir şekilde ilintili olduğu bir dönemi yaşadıktan sonra biçimlenir. Başlangıçtaki başa çıkma davranışları hastalığın bireyin üstünde yaratacağı stresin klasik gidişini etkileyerek problemin çözümünü fazlasıyla zor hale sokabilir. Bundan dolayı başa çıkma davranışları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalıklara bağlı bir biçimde bireyin stresi ortaya çıkaran bir olay karşısında sergildiği başa çıkma davranışlarını bilmek; tedavi amaçlarının ortaya konmasında ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (107,108,109,110).

Ülkemizde yapılan bir sistematik derleme hastalarda relapsları engellemek adına uygulanan eğitim girişimlerini ve bu girişimlerin etkilerini açığa çıkarmayı hedeflemiştir. Çalışmada bu amaca yönelik veritabanı taranmış ve uygun olan yedi makale calısmaya dahil edilmiştir. İncelenen makalelerde, uygulanan eğitimin relaps sıklığını, hospitalizasyon sayılarını, hasta olarak kalınan süreleri, serum lityum seviyelerini ve sosyal işlevsellik üzerine etkisini değerlendirilmiştir. Çalışmalardan elde edilen bulgular incelendiğinde, bu eğitimin yinelemeleri, hospitalizasyon sayılarını azaltığını ve hasta olarak geçirilen dönemleri kısaltığını göstermiştir. Çalışmamızda da verdiğimiz eğitimin relaps süresini azalttığı, hastanede yatış sürelerinde azalma sağladığı, ilaç uyumunu arttırdığını görmekteyiz. Buna ek olarak

verdiğimiz eğitimin, serum lityum seviyelerinin koruyucu düzeyde kalmasını artıdığını ve hasta bireylerin işlevselliklerini pozitif etkilediğini gördük. Sonuç olarak, derlemeye alınan bütün çalışmalarda BB hastalarına uygulanan ve amacı yinelemeleri önlemek olan bu eğitimlerin olumlu sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir (111).

Psikoeğitim hastalık ve sağaltımıyla alakalı sistematik, yapılandırılmış ve öğretici bilgi sağlayıcı olarak tanımlanabilir. BB hastaları için bu eğitim, BB ve tedavisiyle alakalı bilgilenme, hastalığa karşı tutum, tedavi uyumu, belirtilerin iyileşmesi, depresif ve hipo(manik) atakların oluşumunu engelleme, hospitalizasyon süresini ve sayısını azaltma, işlevsellikte iyileşme sağlama, suisid riskinde azalma, yaşam kalitesinde artma ve ailenin tedaviye katkısı üzerine odaklanmıştır. Bu eğitim grup veya bireysel olmak üzere iki şekilde uygulanabilir. Uygulanmasının kolay olması, ucuz maliyetli olması, hasta ve ailelerinin gereksinimlerine cevap verebilmesi açısından son derece önemlidir. Çalışmamızda psikoeğitimi gerek grup gerekse bireysel düzeyde uyguladık. Uygulanmasının kolay olması ve maliyetsiz olarak uygulayabildiğimizden hasta ve aileleleri bu durumdan son derece memnunlardı. Çalışmamızda da paralel olarak işlevsellikte yüksek düzeyde iyileşme yaşam kalitesinde artma hospitalizasyon sayısında vu süresinde azalma atak sayısında azalma görüldü (112).

İki uçlu bozukluk tanılı bireyler, sağıltımlarında duygudurum düzenleyicileri kullanmalarına rağmen fazla sayıda relapsla karşı karşıya kalmaktadırlar. İki uçlu bozuklukta farmakoterapiye uyum göstermeme, farmakoterapinin koruyucu tesirini engelleyen sebeplerden biri olarak düşünülmektedir. Buna ek olarak proflaktik ilaç kullanan bazı hastalar da relaps görülmektedir. Bütün bu bilgiler ışığında İUB'de yeni farmakolojik ve psikolojik müdahalelere ihtiyaç duyulduğu gerçeği apaçık ortaya konmaktadır (113).İUB'de relapsların yinelemesi, intihar riski, relapslar sebebiyle var olacak psikososyal sonuçlar ve hastalığa eşlik eden bozukluklar (alkol ve madde kullanım bozuklukları) sebebiyle koruyucu tedavinin elzemliği tartışılmaz bir gerçektir (114,115).Bu fikri destekler nitelikte incelenen literatürün tümünde uygulanan bu eğitimin, yaşanan relaps sayılarını azalttığı görülmüştür.

Relapsı engellemek sebebiyle uygulanan psikoeğitim teşebbüslerinin, iki uçlu bozukluk tedavi algoritmalarında kendi yerini alma elzemliğini sergilediğini göstermektedir. Uyumun ve İUB ile alakalı farkındalığın artmasıyla, bu eğitimin, bizim çalışmamıza paralel olacak şekilde farmakoterapinin klinik deneylerdeki etkililiği ile gerçek dünya etkililiği arasındaki boşluğu kapatabileceğini düşünmekteyiz.

Alataş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalara bağlı olarak, ruh sağlığı sistemlerinin ve sağlık kurumlarının hastanede yatış zamanlarının azaltılması amaçlanan uygulamaları ve yatışların hastalar ve ailelerine yüklediği ekonomik yük sebebiyle yatış sürelerinin kısaltılmaya çalışılması, iki uçlu bozukluğu mevcut kişilere bu eğitimlerin verilmesini artıma sebepleri arasında sayılmaktadır (116).

6. SONUÇLAR

1. Var olan ilaç tedavisine ek olarak uygulanan Psikoeğitim İki Uçlu Bozukluk'ta yaşam kalitesini artırmaktadır. Hastalar fiziksel olarak daha dinç, daha rahat hissetmekte, sosyal ilişkilerde de iyileşme sağlamakta, buna bağlı olarak bireylerin sosyal yaşantılarına (okul, iş, aile, vb…) mümkün olduğunca katılma olanağı sağlamaktadır. Hastaların psikoeğitimle birlikte psikolojik sağlıklarında düzelme olmaktadır.

2. Psikoeğitim İki Uçlu Bozukluk tanılı bireylerin duygusal işlevselliğini, zihinsel işlevselliğini, damgalanma hissini ve içe kapanıklarını azaltmaktadır. Bu durum kişilerin genel işlevselliklerini artırmakta ve aileler ile olan ilişkileri düzeltmektedir.

3. Psikoeğitim uygulanan bireylerin aileleri ile olan iletişimi artmakta; aileler bireylerin tedavilerinde daha da sorumluluk almakta, bundan dolayı bireyler tarafından algılanan ailenin sosyal desteği artmaktadır. Genel anlamda da hastaların sosyal destek algısı artmaktadır.

4. Psikoeğitim hastaların yaşam olayları ile başa çıkma düşünceleri değişmekte ve buna bağlı olarak yaşamı planlama ve yaşama uyumu artırmaktadır.

5. Takip süresi kısalığı ve geniş örneklem olmayışı nedeni ile istatistiksel anlam gösterilememekle birlikte; Psikoeğitimden sonra hastaların tedavi uyumlarında ciddi bir artış görmekteyiz.

6. Çalışmamızda BB hastalarına uygulanan amacı yinelemeleri azaltma veya önleme olan bu eğitim programlarının olumlu sonuçları olduğunu görmekteyiz.

7. Uyguladığımız psikoeğitim sonrası bireylerin ilaç kullanmaya daha yatkın olduklarını, ilaç yan etkilerini daha iyi kavradıklarını ve bunlara bağlı olarak daha etkin dozda ilaç kullandıklarını gördük.

7. KAYNAKLAR

1. Can SS, Özel ET, Çevik A. Innovatıons and problem fields in bipolar disorders classification, Türkiye klinikleri J Int Med Sci 2006,2(29):1-4.

2. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL ve ark. Relapse and impairment in bipolar disorder. Am J Psychiatry, 1995; 152: 1635-1640.

3. Angst J, Gamma A, Neuenschwander M. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. Epidemiol Psichiatr Soc 2005; 14: 68-76.

4. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ. The long-term natural history of the weeklysymptomatic status of bipolar I disorder. Archives of General Psychiatry 2002; 59: 530–7.

5. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. Psychiatr Serv 2004; 55: 1029-35.

6. Revicki DA, Matza LS, Flood E. Bipolar disorder and health-related quality of life: review of burden of disease and clinical trials. Pharmacoeconomics 2005; 23: 583-94.

7. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. Am J Psychiatry 1995; 152: 379-84.

8. Hays JC, Krishnan KR, George LK. Age of first onset of bipolar disorder: demographic, family history, and psychosocial correlates. Depress Anxiety 1998; 7(2): 76-82.

9. Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, et al. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. Hum Psychopharmacol 2010;25:1–16.

10. Cakir S, Ozerdem A. Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review. Turk Psikiyatri Derg 2010;21:143–54.

11. Vahip I, Kocadere M. Psikososyal-psikoterapötik yaklaşım ve girişimler. İn: Vahip S, Yazıcı O, editör. İki uçlu duygudurum bozuklukları sağaltım kılavuzu. İstanbul: TPD; 2003. s. 107–30.

12. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. Br J Psychiatry 2009;194:260–5

13. Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. J Clin Psychiatry 2005;66 Suppl 1:24–9.

14. Colom F, Vieta E. Clinical diagnostic and therapeutic aspects of bipolar disorder. Psychoeducation manual for bipolar disorder. Cambridge: Cambridge University Pres; 2006.

15. Akarsu, S. Erdem, M. Bolu, A. Günay, H. Garip, B. Ak, M. Zincir, S. (2012). Bipolar Bozuklukta Cinsiyete Göre Klinik Ve Sosyodemogradik Özelliklerin Karşılaştırılması. Gülhane Tıp Dergisi, 54: 279-283.

16. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Disord 2001; 67: 3-19.

17. Brink A. Depression and loss: a theme in Robert Burton's "Anatomy of Melancholy" (1621). Can J Psychiatry 1979; 24: 767-72.

18. Hare E. The two manias: a study of the evolution of the modern concept of mania. Br J Psychiatry 1981; 138: 89-99

19. Jablensky A, Hugler H, Von Cranach M, Kalinov K. Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908. Pychol Med 1993; 23: 843-58

20. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.

21. Robins, L.N., *Psychiatric disorders in America.* The Epidemiologic Catchment Area Study, 1991.

22. Weissman, M.M., et al., *Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder.* Jama, 1996. 276(4): p. 293-299.

23. Merikangas, K.R., et al., *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication.* Archives of general psychiatry, 2007. 64(5): p. 543-552.

24. Pini, S., et al., *Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries.* European Neuropsychopharmacology, 2005. 15(4): p. 425-434.

25. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry 2011;68(3):241-51.

26. Begeley CE, Annegers JF, Swann AC, Lewis C, Coan S, Schnapp WB.The lifetime cost of bipolar disorder in the United States: an estimate based on incidence and course of illness. Pharmacoeconomics 2001; 19:483-495

27. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası, 2007.

28. Kawa I, Carter JD, Joyce PR. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. Bipolar Disord 2005; 7: 119

29. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. Bull Menninger Clin 1996; 60: 174-96.

30. Goodwin, F.K. and K.R. Jamison, *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Vol. 1. 2007: Oxford University Press

31. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd Şti 2007; 1576-80.

32. Post RM, Kupka R, Keck PE Jr, McElroy SL, Altshuler LL, Frye MA, Rowe M, et al. Further Evidence of a Cohort Effect in Bipolar Disorder: More Early Onsets and Family History of Psychiatric Illness in More Recent Epochs. J Clin Psychiatry 2016; doi: 10.4088/JCP.15m1012

33. Patel NC, DelBello MP, Keck PE, Strakowski SM. Pheneomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization. Bipolar Disord 2006; 8: 91-4.

34. Stringaris A, Youngstrom E. Unpacking the differences in US/UK rates of clinical diagnoses of early-onset bipolar disorder. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014 Jun;53(6):609-11.

35. Rice J, Reich T, Nancy C A, Endicott J, Eerdewegh MV. The familial transmision of Bipolar Illness. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 441-47.

36. Köroğlu E. Duygudurum Bozuklukları: Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996;1: 429-448.

37. Sobczak S, Honig A, Riedel WJ: Caute trytophan depletion in bipolar disorders. Acta neuropsychiatrica 2000; 12(3): 69-72.

38. Kaplan H, Saddock B. Bipolar Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Ed, 2000; 1284- 1289.

39. Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: A review. In Bipolar Disorders. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry (Eds M Maj, HS Akiskal, JJ López-Ibor, N Sartorius): 1-50. Chichester, Wiley, 2002.

40. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul:Görsel Sanatlar Basımevi, 2003: 467-540

41. van Enkhuizen J, Milienne-Petiot M, Geyer MA, Young JW. Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: chronic lithium treats most, but not all features. Psychopharmacology (Berl) 2015;232(18):3455-67.

42. Mahmood T, Silverstone T Neuroendocrine challenge with a 5-HT(1D) receptor agonist differentiates between two subtypes of bipolar disorder according to polarity of onset. J Psychopharmacol. 2005;19(1):109-10.

43. Edition, F., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

44. Stahl, S.M., *Bipolar Spektrumu*, in *Stahl'in Temel Psikofarmakolojisi*. 2015. p. 243-250.

45. Stevens, L. and I. Rodin, *Epidemiology and aetiology of mood disorders*, in *Psychiatry Secon Edition An Illustrated Colour Text*. 2011. p. 48-48.

46. Ronald R. Fieve, M., *Moodswing, 2nd ed., rev.* New York: Bantam Books,, 1989: p. 235-236.

47. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppamaki S, Paunio T, Isometsa E. Early age onset of bipolar disordder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. Bipolar Disord 2007; 9: 698-705

48. Mandelli L, Souery D, Bartova L, Kasper S, Montgomery S, Zohar J, et al..Bipolar II disorder as a risk factor for postpartum depression.J Affect Disord 2016; 204:54-8.

49. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, Turecki G, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to Suiside deaths and Suiside attempts in bipolar disorder. Aust N Z J Psychiatry 2015;49:785-802.

50. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, and P. Ruiz, *Duygudurum Bozuklukları, Gidiş ve Sonlanış*, in *Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri Onbirinci Baskı*, P.D.A. Bozkurt, Editor. 2016. p. 370-372.

51. E. I. in *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar,* . 2013: Rotatıp Kitabevi, Ankara.

52. Ronald R. Fieve, M., *Moodswing, 2nd ed., rev.* New York: Bantam Books,, 1989: p. 235-236.

53. Meisel, A., *Treatment of Depression and Bipolar Disorder*, in *Depression And Bipolar Disorder Examining Chemical Imbalances And Mood Disorders*. 2015: 2015 Enslow Publishers. p. 44-56.

54. Prien, R.F., E.M. Caffey, and C.J. Klett, *Comparison of lithium carbonate and chlorpromazine in the treatment of mania: report of the Veterans Administration and National Institute of Mental Health Collaborative Study Group.* Archives of General Psychiatry, 1972. **26**(2): p. 146-153.

55. Gelenberg, A.J., et al., *Comparison of standard and low serum levels of lithium for maintenance treatment of bipolar disorder.* New England Journal of Medicine, 1989. **321**(22): p. 1489-1493.

56. Yatham, L.N., et al., *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013.* Bipolar disorders, 2013. **15**(1): p. 1-44.

57. Bowden, C.L., et al., *Efficacy of divalproex vs lithium and placebo in the treatment of mania.* Jama, 1994. **271**(12): p. 918-924.

58. Pope, H.G., et al., *Valproatereatment of Acute Mania: A Placebo-Controlled.* Archives of General Psychiatry, 1991. **48**(1): p. 62-68.

59. Gitlin, M. and M.A. Frye, *Maintenance therapies in bipolar disorders.* Bipolar disorders, 2012. **14**: p. 51-65.

60. Tomruk, N.B.v.a., in *Elektrokonvulzif Tedavi Uygulama El Kitabı*. 2007: Istanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

61. Yatham, L.N., et al., *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 disorders, 2018. **20**(2): p. 97-170.

62. Eroğlu Zengin M, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. Psikiyatride Güncel YaklaşımlarCurrent Approaches in Psychiatry 2010; 2(2):206-36.

63. Ehlers CL, Kupfer DJ, Frank E. Biological rhythms and depression: the role of zeitgebers and zeitstorers. Depression 1994; 1: 285-93.

64. Monk TH, Flaherty JF, Frank E. The Social Rhythm Metric (SRM): an instrument to quantify the daily rhythms of life. J Nerv Ment Dis 1990; 178: 120-6.

65. Monk TH, Petrie SR, Hayes AJ. Regularity of daily life in relation to personality, age, gender, sleep quality and circadian rhythms. J Sleep Res 1994; 3: 196-205

66. Rush B. Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. Guilford Pres 1996.

67. Lam DH, Jones S, Hayward P. Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice, New York, John Wiley & Sons 1999

68. Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. Psychol Med 2001; 31: 459–64.

69. Lam DH, Watkins ER, Hayward P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 145–52.

70. Daley DC, Bowler K, Chalene H. Approaches to patient and family education with affective patient. Education and Counseling 1992; 163-74.

71. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 402–7.

72. Colom F, Vieta E, Reinares M. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1101–5.

73. Perry A, Tarrier N, Morriss R. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ 1999; 318: 149–53.

74. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8.baskı, Mass Publishing Co, Egypt 1998; 110.

75. Goldwyn RM. Educating the patient and family about depression. Med Clin North Am 1988; 72: 887-96.

76. Hatfield AB. Issues in psychoeducation for families of the mentally ill. Int J Mental Health 1988; 17: 48- 64.

77. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. The role of osychoeducation in the treatment of bipolar disorder: A clinical perspective. Clin Approach Bipolar Disord 2004; 3: 5-11.

78. Johnson L, Lundstrom O, Aberg-Wistedt A. Social support in bipolar disorder: its relevanc to remission and relapse. Bipolar Disord 2003; 5: 129-37.

79. O'Connell RA, Mayo JA, Eng LK. Social support and long-term lithium outcome. Br J Psychiatry 1985; 147: 272-5.

80. Gökalp P. Psikososyal kuramlar-tedaviler. Biyolojik Psikiyatri 1. baskı, cilt 1. Ceylan ME (ed.), İstanbul 1993; 224-46.

81. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. Bipolar Disord 2005; 7: 5-69.

82. Anderson CM, Griffin S, Rossi A. A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. Fam Process 1986; 25: 185-205.

83. Lewinsohn PM. The coping with depression course: review and future directions. Can J Behav Sci 1989; 21: 470-91.

84. Kent SY. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. Hospital and Comn Psychiatry 1994; 45: 347-50.

85. Rabiner JC, Zuegner JT, Kane JM. Outcome study of first episode psychosis: relapse rates after 1 year. Am J Psychotherapy 1986; 143: 1155-8.

86. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE. Suiside risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. JAMA 2003; 290: 1467-73.

87. Van Gent EM. Follow-up study of 3 years group therapy with lithium treatment. Encephale 2000; 26: 76–9.

88. Ghaemi SN, Dalley S,Catania C. Bipolar or Borderline: a clinical owerview.

89. Bauer MS, McBride L, Williford WO. Cooperative Studies Program 430 Study Team: Collaborative care for bipolar disorder, II: impact on clinical outcome, function and costs. Psychiatr Serv 2006; 57: 937-45.

90. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. Psychiatr Serv 1998; 49: 531-3.

91. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord 2008; 10: 511-9.

92. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. Bipolar Disord 2005; 7: 24–31.

93. Cakir S, Bensusan R, Akca ZK. Does a psychoeducatioanal approach reach targeted patients with bipolar disorder? J Affect Disord 2009. Baskıda PMID: 19748130.

94. Colom F, Vieta E. Clinical diagnostic and therapeutic aspects of bipolar disorder. Psychoeducation manual for bipolar disorder. Cambridge: Cambridge University Pres; 2006.

95. Miklowitz D, Goldstein MJ. Bipolar disorder: a family-focused treatment approach. New York: Guilford; 1997.

96. Yurtsever ÜE. Bipolar bozukluğu olan hasta ve ailelerin ele alışında yapılandırılmış psikoeğitimsel yaklaşımlar. [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 1999.

97. Hamilton M: A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 23:56-62, 1960

98. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. Br J Psychiatry. 1978;133:429 35.

99. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2011; 2(3): 105 10.

100. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. Health Qual Life Outcomes 2005;3:72.

101. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(4): 344-52.

102. Bauer MS, McBride L, Chase C. Sachs G, Shea N. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. J Clin Psychiatry 1998; 59: 449-55.

103. Bauer MS, McBride L, Williford WO. Cooperative Studies Program 430 Study Team: Collaborative care for bipolar disorder, II: impact on clinical outcome, function and costs. Psychiatr Serv 2006; 57: 937-45.

104. Revicki DA, Matza LS, Flood E. Bipolar disorder and health-related quality of life: review of burden of disease and clinical trials. Pharmacoeconomics 2005; 23: 583-94.

105. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH. Expressed emotion, affective style, lithium compliance, and relapse in recent onset mania. Psychopharmacol Bull 1986; 22(3).

106. Simoneau TL, Miklowitz DJ, Saleem R. Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. J Abnorm Psychol 1998; 107(3): 497-507

107. Ağargün MY, Beşiroğlu L. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 221-6.

108. Lysaker PH, Bryson GJ. Insight in schizophrenia: associations with exucutive function and coping style. Schizophr Res 59: 41-7.

109. Bassman R. Agent, not objects: Our fight to be. J Clin Psychol 2000; 56: 1395–411

110. Cooke M, Peters E. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. Sch Research 2007; 94: 12-22.

111. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014;6(4):310-329 doi:10.5455/cap.20131215112300

112. FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018; 26(2): 131-139

113. Colom F, Lam D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. Eur Psychiatry2005; 20: 359-64.

114. Simpson SG, Jamison KR. The risk of Suiside in patients with bipolar disorders. J Clin Psychiatry 1999; 60: 53-56.

115. Brady KT, Sone SC. The relationship between substance abuse and mood disorder. J Clin Psychiatry 1995; 56:19-24.

116. Scott, J, Colom F, Vieta, E. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. Int J Neuropsychopharmacol 2007; 10:123–129.

8.EKLER

8.1.EK-A

Hasta Adı Soyadı: Hekim Adı Soyadı:	**TARİH**											
HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM-D)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1-DEPRESİF RUH HALİ 0=YOK 1=Bu duyguları ancak sorulduğunda gösteriyor 2=Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor 3=Bu duyguları sözleriyle değil, yüz ifadesi, duruşu, sesi ve ağlama eğilimi ile gösteriyor 4=Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ya da sözsüz belirtiyor												
2-SUÇLULUK DUYGUSU 0=Yok 1=Kendini suçlu bularak insanları üzdüğünü sanıyor. 2=Eski yaptıklarından ve hatalarından dolayı suçluluk hissediyor 3=O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor ve suçluluk delüzyonları gösteriyor 4=Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor												
3-İNTİHAR 0=Yok 1=Hayatı yaşamaya değer bulmuyor 2=”Keşke ölmüş olsaydım” diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor 3=İntiharı düşünüyor ya da düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor. 4=İntihar girişiminde bulunmuş												
4-UYKUYA DALAMAMAK 0=Uykuya dalmakta herhangi bir güçlük çekmiyor 1=Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor 2=Her gece uyuma güçlüğü çekiyor												
5-GECEYARISI UYANMAK 0=Yok 1=Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor 2=Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalmak 2 puanla değerlendirilir.												
6-SABAH ERKEN UYANMAK 0=Sorun yok 1=Sabah erken uyanıyor fakat tekrar uykuya dalıyor 2=Sabah erken uyanıp tekrardan uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor												
7-İŞ VE AKTİVİTELER 0=Herhangi bir sorun yok 1=Aktiviteleriyle, işiyle, ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor 2=Aktivite, hobi veya işe duyulan ilginin kaybolması; hasta bunu doğrudan söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlığı ile gösterir. 3=Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma: Hastane değerlendirmesinde eğer hasta en az 3 saatini aktivitelerine ayırmıyorsa 3 puan verin 4=Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalar servisteki işlerin dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa 4 puan ile												

değerlendirin												
8-RETARDASYON 0=Normal konuşma ve düşünce 1=Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor 2=Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor 3=Görüşme yapmakta güçlük çekiliyor 4=Tam stupor												
9-AJİTASYON 0=Yok 1=Yerinde duramama 2=Eller, saçlar vb ile oynama 3=Ayakta dolaşma, sakin oturamama 4=Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme												
10-PSİŞİK ANKSİYETE 0=Güçlük yok 1=Subjektif gerilim ve irritabilite 2=Küçük şeylerden kaygı duyma 3=Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor 4=Korkularını daha sorulmadan anlatıyor												
11-SOMATİK ANKSİYETE 0=Yok 1=Hafif 2=Orta 3=şiddetli 4=Çok şiddetli Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler: GİS: ağız kuruluğu, gaz çıkarma, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme, diyare. KVS:palpitasyon, baş ağrısı. Solunum:hiperventilasyon,iç çekme. Sık idrara çıkma, terleme												
12-SOMATİK SEMPTOMLAR-GİS 0=Yok 1=İştahsız, ama hastane personelinin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2=Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. GİS semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.												
13-SOMATİK SEMPTOMLAR-GENEL 0=Yok 1=Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda ağrı. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi. 2=Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir												
14-GENİTAL SEMPTOMLAR (LİBİDO KAYBI, MENSTRÜEL BOZUKLUKLAR VS) 0=Yok 1=Hafif 2=Şiddetli												
15-HİPOKONDRİASİS 0=Yok 1=Evhamlılık 2=Sağlıkla ilgili evhamlar 3=Sık sık yakınmalar, yardım isteği vb 4=Hipokondriak delüzyonlar												

16-ZAYIFLAMA /(A YA DA B'Yİ İŞARETLEYİNİZ) A-Anamneze göre değerlendirirken 0=Kilo kaybı yok 1=Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı 2=Kesin(hastaya göre) kilo kaybı B-Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollerde 0=Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı 1=Haftada 0.5 kg'dan daha fazla kilo kaybı 2=Haftada 1 kg'dan daha fazla kilo kaybı												
17-DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ 0=Hasta ve depresyonda olduğunun farkında 1=Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacıolduğuna bağlıyor 2=Hasta olduğunu kabul etmiyor												

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri A.B.D Bipolar Bozukluk Sosyodemografik ve Klinik Takip Formu

1-Hastanın İlk değerlendirilme tarihi: Dosya no:

2-Adi.Soyadı:

3. Cinsiyeti: 1-Erkek 2-Kadın 4-Sosyal Güvenlik :

5-Doğum tarihi

6.Telefon numarası (cep ve ev):

7-Medeni durumu: 1-Bekar 2-Evli 3-Boşanmış 4-Dul

8-Mesleği: 1-Yok 2-Serbest meslek 3-Memur 4-işçi 5-Çiftçi

9-Adresi:

10- Eğitim düzeyi: 1-Eğitimsiz 2-İlk 3-Orta 3-Lise 4-Yüksekokul-Fakulte 5-Lisans üstü ve daha fazla

11. Hastalık başlangıç tarihi, kaç manik kaç depresif kaç karma atak geçirmiş?

12-Hasta kaç kez yatarak tedavi görmüş? **1**-Hiç **2-** 1-3 **3-** 3-6 **4-** 6 ve daha fazlası

13-EKT almış mı?:

14-Herhangi bir başka tıbbı hastalığı var mı? 1 Evet 2-Hayır Evetse

ne(ler)dir?:

15-Varsa kullanmakta olduğu bir başka farmakoterapi:

16-Kaç yıldır psikiyatrik tedavi görüyor, ilk kez hekime ne zaman gitmiş?

17-Komorbid psikiyatrik bozukluk var mı? Evetse ne? 1-Evet 2-Hayır

18. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

19.Şuan kullandığı ilaçlar

20. Suisid girişimi var mı?

21.Ailede suisid öyküsü:

22. Kiminle birlikte yaşıyor?

23. Sigara: 1 evet 2 hayır

24. YMRS: HAM-D: CGI:

25. Boy: Kilo: Bel çevresi: BMI:

Türkçe ModifiyeMorisky Ölçeği Anket Soruları

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

□ Evet □ Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

□ Evet □ Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

□ Evet □ Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

□ Evet □ Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

□ Evet □ Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu? □ Evet □ Hayır

	SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	PSİKİYATRİ KLİNİĞİ YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KLN.FR.84	Aralık 2016	00	00	1/2

ADI SOYADI:

KONTROL TARİHLERİ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.YÜKSELMİŞ DUYGUDURUM 0.Yok 1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen 2.Belirgin yükselme hissi: iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali 3.Yükselmiş; yersiz şakacılık 4.Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme												
2)HAREKET VE ENERJİ ARTIŞI 0.Yok 1.Kendini enerjik hissetme 2.Canlılık; jestlerde artış 3.Artmış enerji; zaman zaman hiperektivite, yatıştırılabilen huzursuzluk 4.Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite												
3)CİNSEL İLGİ 0.Yok 1.Hafif ya da olası artış 2.Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması 3.Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi 4.Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem												
4)UYKU 0.Uykuda azalma tanımlamıyor 1.Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır 2.Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır 3.Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor 4.Uyku ihtiyacının olduğunu inkar ediyor												
5) İRRİTABİLİTE 0.Yok 2.Kendisi arttığını belirtiyor 4.Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite son												

	SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	PSİKİYATRİ KLİNİĞİ YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KLN.FR.84	Aralık 2016	00	00	2/2

6)KONUŞMA HIZI VE MİKTARI 0.Artma yok 2.Kendini konuşkan hissediyor. 4.Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı 6.Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma 8.Basınçlı, durdurulamayan												
7)DÜŞÜNCE YAPI BOZUKLUĞU 0.Yok 1.Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış 2.Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme düşüncelerin yarışması 3.Fikir uçuşması; teğetsellik takibinde zorluk; uyaklı konuşma ekolali 4.Dikişsizlik; iletişim olanaksız												
8) DÜŞÜNCE İÇERİĞİ 0.Normal 2.Kesin olmayan yeni ilgili alanları, planlar 4.Özel projeler, aşırı dini uğraşlar 6.Büyüklük veya paranoid fikirler, alınma fikirleri 8.Sanrılar; var sanılar												
9)YIKICI-SALDIRGAN DAVRANIŞ 0.Yok, işbirliğine yatkın 2.Alaycı, küçümseyici, savunmacı tutum içinde zaman zaman sesini yükseltiyor 4.Tehdide varacak derecede talepkar 6.Görüşmeciyi tehdit ediyor, bağırıyor, görüşmeyi sürdürmek güç 8.Saldırgan, yıkıcı, görüşme olanaksız												
10)DIŞ GÖRÜNÜM 0.Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım 1.Hafif derecede dağınıklık 2.Özensiz giyim, saç bakımı ve giyiminde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerinin olması 3.Dağınıklık, açık saçık giyim, gösterişli makyaj 4.Darmadağınıklık, süslü tuhaf giysiler												
11)İÇ GÖRÜ 0.İç görüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul etmiyor 1.Hastalığı olabileceğini düşünüyor 2.Davranışlarında değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığının olduğunu reddediyor 3.Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığını reddediyor 4.Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor												

Hasta Adı soyadı: **Tarih:**

BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülüneceklere gülebiliyor musunuz?)			
2	Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştiğini söylüyorlar mı?			
3	Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
4	Kitap yada gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5	Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6	Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7	Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince kendinizi verebiliyor musunuz?			

CİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9	Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10	Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11	Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

DAMGALANMA HİSSİ

		Evet	Kısmen	Hayır
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamanıza neden olabilir mi?			
15	Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

İÇE KAPANIKLIK

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		Nadiren	Bazen	Sıklıkla
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			
40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek yada bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			
43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			

İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

	Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

İŞ

		Evet	Kısmen	Hayır
49	Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50	Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51	Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.

8.2.EK-B

9. ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Hatay ın Samandağ ilçesinde doğdu. Ilköğretimi ve Yüksel Acun Anadolu Lisesi ni aynı yerde bitirdi. 2015 yılında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2016 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi nde başladığı psikiyatri uzmanlık eğitimini 2020 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi nde tamamladı.