

Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim

Gazi ALATAŞ *, Erhan KURT **, Esra TÜZÜN ALATAŞ ***, Vedat BİLGİÇ ****,
Hasan TURAN KARATEPE ****

ÖZET

Duygudurum bozuklukları, yüksek relaps ve hastanede yatış oranına sahip olmanın yanında, kronik gidiş nedeniyle yaşam kalitesi, mesleki ve sosyal işlevsellikte dramatik sonuçlarla karakterize bir hastalıktır. Sosyal fonksiyonlarda bozulma, epizodlar arası iyilik dönemlerinde de kalmaktadır. Bu derleme çalışması ile, elektronik veri tabanı kullanılarak, 2007 yılına kadar psikoeğitim ile ilgili yayımlanmış literatür gözden geçirilmiştir. Psikoeğitim; “psikiyatrik hastalığı olan bir kişiyi, tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için eğitmek veya geliştirmek” olarak tanımlanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yalnızca ilaç tedavisinin yeterli olmadığı ve bunun yanı sıra psikososyal rehabilitasyon programlarının da uygulanması gerektiği görüşü günümüzde yaygınlaşmıştır. Psikiyatrik hastalığı olan kişilere ve ailelerine eğitim verilmesi, hastalıkların tedavisinde önemli bir etkidir. Bu sayede başlangıçtan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olur. Hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında eğitildiklerinde, hastaların kendi sorumluluklarını almaya daha fazla eğilim gösterdikleri ve bu konudaki yaşantılarını, yanlış fikirlerin ve sorunların paylaşılması ile ilaç uyumunun arttığı görülmüştür. Bu, hastalığın yükünü hafifleterek tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunmaktadır. Sonuç olarak psikoeğitim, bipolar bozukluk ve tedavisi hakkında bilgilenme, hastalığa karşı tutum, tedavi uyumu, semptom iyileşmesi, depresif ve hipo(manik) epizodları önleme, hastanede yatış süresi ve sayısında azalma, sosyal-mesleki işlevsellik ve yaşam kalitesinde iyileşme, ailenin tedaviye katkısı, suisid önleme konularında önemli oranda ilerleme sağlamaktadır. Psikoeğitime başvurmak güçlü bir şekilde önerilmekte, ancak tek başına değil, diğer tedavilere ek olarak kullanılması gerektiğinin altı çizilmektedir. Eğitimsel girişimler; relapsları ve rekürrensleri azalttığı gibi, yaklaşmakta olan hastalık belirtilerinin daha iyi tanınmasına, böylelikle epizodların daha kısa ve hafif belirtilerle geçirilmesini sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Psikoeğitim, duygudurum bozuklukları, bipolar, rehabilitasyon

Düşünen Adam; 2007, 20(4):196-205

ABSTRACT

Psychoeducation in Mood Disorders

Mood disorders are characterised with high relapse and hospitalization rates as well as dramatic consequences in quality of life, professional and social functioning resulting from chronic course. Deterioration of social functioning remains in remission periods. A systematic review of the literature published on psychoeducation up to 2007 was carried out using the electronic data bases. Psychoeducation is defined as “educating or improving a person with psychiatric disease to serve a treatment and rehabilitation purpose”. The opinion that only drug treatment is not sufficient in treating psychiatric diseases and that psychosocial rehabilitation programs should also be widely used, becomes widespread. Educating the people with psychiatric disease and their families is an important factor. Thus, the patient and his family become parties of a therapeutic cooperation with the treatment team. It has been observed that when patients are educated about their diseases and the drugs they use, they tend to take more responsibility and adherence to drug therapy and the adherence increases with sharing their experiences, wrongful thought and problems. This relieves the patient’s burden and contributes to the treatment results positively. Consequently, psychoeducation provides significant improvements in bipolar disorder and its treatment; attitude toward disease, symptom recovery, prevention of depressive and hypo(manic) episodes, decrease in hospitalization periods and rates, improvement in social-professional functioning and quality of life, contribution of the family to the treatment and prevention of suicides. Psychoeducation is strongly recommended but it is also emphasized that it should be used in addition to other treatments and not alone. Educational attempts not only decrease the relapses and recurrences but also lead to awareness of the symptoms of an impending disease and shorter and less severe episodes.

Key words: Psychoeducation, mood disorders, bipolar, rehabilitation

* Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 13. Psikiyatri Kliniği, Uzm. Dr.

** 5. Psikiyatri Kliniği, Uzm. Dr.

*** Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzm. Dr.

**** Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 13. Psikiyatri Kliniği, Ass. Dr.

GİRİŞ

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yalnızca ilaç tedavisinin yeterli olmadığı ve bunun yanı sıra psikososyal rehabilitasyon programlarının da uygulanması gerektiği görüşü günümüzde yaygınlaşmıştır. Bu programların temel amacı hastaların bağımsız yaşamalarını sağlamaktır.

Psikoeğitim (PE) öncelikle şizofreni hasta gruplarında uygulanmaya başlanmış, sistematik eğitim programları daha sonraki dönemlerde duygudurum bozukluğu hastalarında uygulamaya girmiştir. Şizofrenide ilaç tedavisinin psikososyal rehabilitasyon programlarıyla pekiştirilmesi tedavinin etkinliği artırmakta ^(1,2) ve böylece hastaların yaşam kalitesi de yükselmektedir ^(3,4). Psikoeğitimsel yaklaşım, eğitim yöntem ve tekniklerinin ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon ilkelerinin gerçekleştirilmesinde kullanıldığı bir süreç olup; hasta ve aileye hastane dışında da yardımcı olmayı, hastanın yaşadıkları sorunlarla baş edebilmesini, toplumda üretken bir yaşam sürmesini desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için hastalık süreci, hastalık sürecinde yaşanan güçlüklerin ele alınması, baş etme becerilerinin öğretilmesi ve uygulanması, ilaç kullanımının sürdürülmesi ile ilgili eğitimler verilmektedir. Psikoeğitimsel yaklaşım uygulanarak taburculuğa iyi hazırlanan ailenin; güveninin arttığı, hastayı daha iyi kabullendiği, hastaya sosyal destek sağladığı, uyumunu desteklediği ve bunun sonucunda hastanın hastaneye tekrarlı yatış sıklık ve süresinin azaldığı belirtilmiştir ⁽⁵⁻⁸⁾.

Bipolar bozukluk, yüksek relaps ve hastanede yatış oranına sahip olmanın yanında, kronik gidiş nedeniyle yaşam kalitesi, mesleki ve sosyal işlevsellikle ilgili dramatik sonuçlarla karakterize bir hastalıktır. Sosyal fonksiyonlar-

da bozulma, epizodlar arası iyilik dönemlerinde de kalmaktadır. Birçok çalışma, bipolar bozuklukta, semptomatik iyileşmeden sonra bile rezidüel biçimde önemli oranda fonksiyonel defisitini sürdürdüğünü göstermektedir ⁽⁹⁻¹⁴⁾. Bu gerçekten hareketle, ilaç tedavisini destekleyecek yaklaşımlar üzerinde yoğunlaşmış ve bazı programlar geliştirilmiştir.

Günümüzde uygulanan programlar; sosyal beceri kazandırma, davranışçı aile terapileri, sözel iletişim becerilerini geliştirme, destekleyici terapiler, bilişsel terapiler ve aile desteğinin sağlanmasına yönelik bilinçlendirme terapilerinden oluşur ⁽¹⁵⁾. Sosyal beceri eğitimi, daha çok, gruplara uygulanan; konuşmaya başlama, dinleme, eleştiri alabilme, eleştiri yapabilme, girişimcilik gibi toplumsal davranışların öğretilmesini ve kendine bakım, yemek pişirme gibi günlük gereksinimlerin karşılanabilmesini amaçlar. Davranışçı aile terapisi hem hastanın yaşam stresini azaltmak hem de aile üyelerinin hastalıkla başa çıkmasıyla ilgili programları içerir. Bu terapinin temel amacı ailenin hastalık etiyojisi ile ilgili olarak, yaşayabilecekleri olası kendini suçlama duygularını engellemek ya da azaltmaktır; dinleyebilme, eleştiri kaldırma, eleştirebilme, duyguları hakkında konuşma gibi davranışlar öğrenilir. Hastalığa bağlı ortaya çıkan ya da hastalığa bağlı olmayan aile içi sorunları çözmek konusundaki beceriler geliştirilir. Sorun çözmeye yönelik davranış terapisinin hastalardaki alevlenmeleri ve yinelemeleri azalttığı ileri sürülmektedir ⁽¹⁵⁾. Böylece semptomatik iyileşmenin desteklenmesi ile hastanın toplumsal fonksiyonlarının yeterli hale getirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanır.

Bu makale ile; duygudurum bozukluklarında psikoeğitimin kullanımı, amaçları, önemi, psikoeğitimsel program uygulamaları ve sonuçları-

nın gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Elektronik veri tabanı kullanılarak, 2007 yılına kadar psikoeğitim hakkında yayımlanmış literatür, konuyla ilgili kitap ve kitap bölümleri gözden geçirildi. Duygudurum bozuklukları, psikoeğitim, bipolar ve rehabilitasyon anahtar sözcük olarak kullanıldı. Tek başına ya da diğer tedavi yaklaşımlarıyla kombine edilen psikoeğitim çalışmaları derlememize dahil edildi.

Psikoeğitimin Tanımı

Psikiyatride yapılandırılmış ve bazı özel alanlara yoğunlaştırılmış programları anlatmak için psikoeğitim sözcüğü kullanılır, ancak psikiyatrik literatürde psikoeğitim sözcüğünün tanımında fikir birliği yoktur. Genelde hasta ve ailesi için; bilişsel, davranışçı ve psikososyal tedavi yaklaşımları; başa çıkma becerilerinin kazandırılmaya çalışıldığı süreci anlatmak için kullanılır ⁽¹⁶⁾. 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.

Goldman psikoeğitimi; “psikiyatrik hastalığı olan bir kişiyi, tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için eğitmek veya geliştirmek; örneğin kişinin hastalığını kabul etmesini sağlamak, tedavi ve rehabilitasyon için aktif kooperasyonu ilerletmek ve hastalığın neden olduğu kayıpları karşılamaya dönük başa çıkma yeteneklerini kuvvetlendirmek” olarak tanımlamıştır ⁽¹⁷⁾.

PE, psikiyatrik bozukluğu olan hastalara ve ailelerine; hastalığın doğası, seyri, tedavi seçe-

nekleri, hastane ve topluma dayalı hizmetlere nasıl ulaşılacağı yolunda bilgilendirilmeleri ile birlikte hastalık ve buna bağlı sorunlarla başa çıkma yeteneklerini de kazandırmak anlamında kullanılır. Hem hastanın hem de ailenin hastalığı daha iyi anlamalarını sağlamak, davranış ve tutumlarını düzeltmek yolu ile, hastanın hastaneden çıkışı sonrasında sosyal yaşama uyumu, toplum içinde tedavinin sürdürülmesi, işlevselliğe olumlu katkılarının olması amaçlanır. Glick ve ark. psikoeğitimi; “hastalığın anlaşılması ve davranışların değiştirilmesi amacıyla psikozun semptomları, etiolojisi ve gidişine ilişkin bilgilerin sistemli olarak verilmesi” olarak tanımlamışlardır ⁽¹⁷⁾.

Birçok çalışmada, tek başına PE ya da diğer tedavi yaklaşımlarıyla kombinasyonların etkinliği değerlendirilmiştir. PE modelleri içinde Miklowitz ve Goldstein’in ⁽¹⁹⁾ “Aile Odaklı Tedavisi”, Frank ve ark.’nın ⁽²⁰⁾ “Kişilerarası ve Sosyal Ritim Tedavisi”, Lam ve ark.’nın ⁽¹⁹⁾ “Bilişsel ve Davranışçı Tedavisi”, Bauer ve McBride’in ⁽¹⁹⁾ “Yaşam Hedefleri Programı” sayılabilir.

Psikoeğitim programları:

1. Hastalığın biyolojik doğası üzerine bilgi verme,
2. Hastanın strese yatkınlığının belirlenmesi,
3. Hastanın doğal baş etme mekanizmalarının tanınması,
4. Var olan destek mekanizmaların harekete geçirilmesi,
5. Ailelerin tedavi sürecinde birer yardımcı hale getirilmesi,
6. Bireysel farklılıklara göre yeni düzenlemeler yapılması,
7. Hastanın öncelik ve amaçlarının tedavinin merkezine konulması temelleri üzerine kurulmuştur.

Becerilerin artırılması ve iyileştirilmesi ya da yenilerinin kazandırılması, doğal olarak işlevselliği de artırmaktadır.

Psikoeğitimin Gelişimi

On dokuzuncu yüzyılın başından itibaren batılı sanayileşmiş ülkelerde, depo hastanelerdeki hasta sayısının artması ve psikiyatrik hizmetlerin verimsizleşmesi sonucu “toplum ruh sağlığı hizmeti, toplum psikiyatrisi” kavramları ortaya çıkmıştır. On dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren depo hastanelere alternatif olarak, yatarak tedavi sonrası bakımı sağlamaya yönelik, çiftlik planı, kulübe planı, pansiyon programları geliştirilmiştir. Yirminci yüzyılın başlarında, hastane sonrası bakım ve ayaktan tedavi programları ile, hastalara hastaneden çıktıktan sonra ayaktan tedavi programları uygulanmaya başlanmıştır ^(21,22).

1960’lı yıllardan itibaren toplum ruh sağlığı hizmetleri ve koruyucu ruh sağlığı ön plana çıkmış olup hastaların, olabildiğince en kısa süre içinde hastaneden çıkarılması, topluma entegrasyonları sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak, bu uygulama, taburcu edilen hastaların kısa bir süre sonra yeniden hastalanmaları, yine hastaneye yatırılmaları ve bakım maliyetinin artması sorununu da beraberinde getirmiştir. Ayrıca, bu kısır döngünün hastalar ve aileleri üzerinde olumsuz psikososyal etkiler yaratması, hastaların toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Bin dokuz yüz ellili yıllara kadar psikiyatrik hastalıkların gidişi ve tedavisinde aile faktörü ele alınmamış, ancak altmış ve yetmişli yıllardan itibaren, ailenin tedavideki yerini araştıran çalışmalara başlanmıştır ^(21,22).

Psikiyatri dışı diğer hastalıklarda, hastalık hakkında verilen eğitimin, hastalığın seyrini olum-

lu yönde etkilediğinin saptanması ile psikiyatrik hastalıklarda da hasta ve ailesinin eğitilmesinin hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmüş, birtakım sistemli eğitim programları uygulanmaya başlanmıştır ^(21,22).

Psikoeğitimin Önemi

Psikiyatrik rehabilitasyon alanı; şizofreni ve affektif bozuklukların büyük bir kısmının süregelen semptomlarla gitmesi, alevlenme ve epizodların sık ve uzun süreli olmasının büyük kayıplara yol açtığına anlaşılmaması ile önem kazanmıştır ⁽²³⁾.

İdeal olarak PE, verilen bilginin alındığından emin olmak için ötimik dönemde uygulanır ⁽²⁴⁾. Bununla birlikte, bazı çalışmalarda bu ilkeye uyulurken, bazılarında uyulmamaktadır ⁽²⁵⁻²⁹⁾. PE, psikiyatrist, klinik psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı gibi farklı psikiyatri profesyonelleri tarafından tek tek ya da grup formatında verilebilir. Önemli olan bu alanla ilgili spesifik eğitim alınmış olmasıdır ⁽¹²⁾.

Psikiyatrik hastalığı olan kişiler ve ailelerine eğitim verilmesi, hastalıkların tedavisinde önemli bir etkidir. PE günümüzde daha geniş bir terapötik yaklaşımın bir parçası olarak görülmektedir. Bu sayede başlangıçtan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olurlar. Günümüzde, geçmişteki içgörünün önemini vurgulayan yaklaşımlardan, psikiyatrik hastalığı olan kişiler ve ailelerine eğitim ve destek sağlamaya doğru bir kayma vardır ^(30,31).

Farmakolojik tedavilerdeki sağlanan ilerlemeye paralel olarak, bipolar bozukluğun tedavisinde, psikososyal müdahalelerde de gözle görülür bir gelişme izlenmektedir ⁽¹²⁾. Aile ilişkilerinin kalitesi ve sosyal destek, hastalığın

seyrinde önemli bir rol oynamaktadır (32-34). Erim ve Hornung, 1990 yılında, hastaların hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında eğitildiklerinde, hem kendi sorumluluklarını almaya daha fazla eğilim gösterdiklerini hem de bu konudaki yaşantılar, yanlış fikirler ve sorunların paylaşılması ile ilaç uyumunun arttığını belirtmişlerdir (35). Bipolar bozuklukta, “PE Kanada Duygudurum ve Anksiyete Ağı” gibi yakın zaman uzman uzlaşma kılavuzlarında anahar pozisyona oturuyor gibi görünmektedir (36). PE yalnızca hastalara değil, aynı zamanda aileye, hasta için önemli diğer kişilere ve bakım verenlere uygulanabilir. Bu konuda hasta ve ailesine yönelik, hastalık hakkında temel bilgi, hastalığın tedavisi ve bu hastalıkla en iyi nasıl yaşanacağına dair kılavuzlar vardır (19).

Psikoeğitime yönelişin pek çok nedeni vardır. Yapılan araştırmalarda biyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok faktörün psikiyatrik hastalığın oluşumu ve devamında rol oynadığı saptanmıştır. Hastaların ve ailelerinin hastalık hakkında bilgilendirilmesinin, mental hastalık belirtilerini azalttığını göstermesi ile psikoeğitimsel gruplara yönelişi artırmıştır. Bunun yanında ruh sağlığı sistemlerinin ve sigorta kurumlarının hastanede kalış sürelerini kısaltmaya doğru gidiyor olması ve ekonomik nedenlerle yatış sürelerinin daha kısa tutulmaya çalışılması da, bu çabada rol oynamıştır (37,38).

Eğitimsel gruplara yönelişin diğer bir nedeni de, pek çok hastalığın yüksek tekrarlanma riski ve kronik nitelik taşımasıdır. Hastaların mükerrer yatış nedenleri; hastalığın reddi, yakınlarla ilişkilerde sorunlar, intihar düşüncesi, tedaviye uyumsuzluk, işle ilgili sorunlar ve diğer sosyal streslerdir. Tekrarlayan yatışları olan hastaların tedaviye uyumları kötüdür (39). Taburculuk sonrası ilaç tedavisi ile birlikte, iyi planlanmış psikososyal yardımların, bir yıl içinde tekrarlı

yatışları dramatik olarak azalttığı saptanmıştır (40). Eğitimsel girişimler relapsları ve rekürrensleri azalttığı gibi, yaklaşmakta olan hastalık belirtilerinin daha iyi tanınmasına, böylelikle epizodların daha kısa ve hafif belirtilerle geçirilmesini sağlamaktadır. Son bir neden de, eğitimsel yaklaşımların hastalara ve ailelere yardımcı olduğu yönündeki kanıtların artmaya başlamasıdır (16).

Psikiyatrik hastalarda elbette ilaç kullanımı ön plandadır. Ancak, tedavide psikoeğitimsel yaklaşımların yararı da gözardı edilemez. PE kolaylıkla pek çok hastalığa ve bütün yaş gruplarına uygulanabilmektedir. Bu çeşit girişimler, disiplinler arası çalışmayı ve takım çalışmasını artırarak tüm klinik disiplinlerden deneyimli kişileri bir araya toplar (41).

Solomon ve ark. (42) psikiyatrik hastalıkları olan hastalar ve ailelerinden rasgele yöntemle seçilmiş yüz seksen üç hasta ve yüz seksen üç akrabada psikoeğitimsel yaklaşımları denemişler ve grup olarak yapılan bu tür çalışmaların aile üyelerinin başa çıkma becerilerini artırdığını saptamışlardır. Ayrıca, bu gruplarda aynı durumdaki kişilerle tanışmanın hasta ailelerine iyi geldiği belirlenmiştir. 1987, 1991 ve 1992’de yapılan çalışmalar bireysel ve grup olarak hastalık hakkında PE’in yararını göstermiştir (42).

Hasta için bir eğitim programına katılmak beraberinde sosyalleşmeyi getirirken, grup desteği ve sosyal destek sistemlerine ulaşmayı da kolaylaştırmıştır (42).

Psikoeğitimin Amaçları

Literatür taramaları, hasta ve ailesinin PE’nin birtakım amaçlara hizmet ettiğini gösterir:

1. Hastalığın bazı semptomlarını iyileştirmek,
2. Aileye düşen yükü ve stresi azaltmak,

3. Değişim umudunu artırmak,
4. Relapsı önlemek,
5. Hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak için yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek,
6. Bilişsel, afektif ve davranış değişiklikleri yapmak,
7. Emosyonel destek sağlamak,
8. Tedavi uyumunu artırmak ^(30,31,38).

Hatfield'a göre aileler için PE'in diğer bir amacı da, ağır bir kronik ruhsal hastalığı olan bireylere sahip olanların, uzun süreli iyi bakıcılar olmalarını sağlamaktır. Pek çok hasta gerektiğinde tedavi kararını veren aileleri ile yaşamaktadır. Eğitim programlarında rol almak, ailelere böyle hasta bir üye ile yaşarken karşılaşacakları sorunları daha kolay aşmalarına yardım etmektedir ⁽¹⁶⁾.

Psiko-Eğitsel Program Uygulamaları ve Sonuçları

Çalışmaların çoğu PE'nin hem lityum tedavisine ^(25,43-48) hem de diğer duygudurum dengeleyicileri ile tedaviye ^(25,43,48,49) uyumu artırdığını göstermektedir. Buna karşılık hastalarla ⁽⁵⁰⁾ ya da onların eşleriyle ⁽⁵¹⁾ yapılan az sayıda çalışma anlamlı bir değişiklik olmadığı sonucuna varmıştır.

Sınırlı sayıda hasta ile (n=14) yürütülmüş olmakla birlikte Kripke and Robinson'un çalışması, PE'nin klinik durumu iyileştirdiğini göstermiştir ⁽⁵²⁾. Bu daha sonra diğer çalışmalarla doğrulanmıştır ⁽²⁷⁾. Açık bir çalışmada Cerbone ve ark. PE ile kombine edilen tedavinin epizodun süresini ve şiddetini azalttığını göstermişlerdir ⁽⁵⁰⁾. Bazı çalışmalarda PE'nin manik ve depresif semptomatolojide ^(48,53) bazıları da manik semptomatolojide ⁽²⁹⁾ iyileşmeye yardım ettiğini gösterilmiştir.

Birçok çalışmada, hastalara prodromal belirtilerle ilgili eğitim vererek, öncü belirtiler ortaya çıktığında tanıma ve erken müdahale konusu araştırılmıştır. Perry ve ark.'nın çalışması PE'nin relaps sıklığını önlemede pozitif etkisini ilk gösteren çalışmadır ⁽⁵⁴⁾. İyi dizayn edilmiş, yüz yirmi bipolar hastayla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada Colom ve ark., standart tedaviye eklenen yirmi bir seanslık PE grubu ve yapılandırılmamış kontrol grubu oluşturmuş, altı aylık tedavi ve iki yıllık izlem sonucunda PE, hem manik hem de depresif epizodları geciktirme konusunda daha etkili bulunmuştur ⁽⁴⁵⁾.

İlk olarak Cochran altı aylık izlem çalışmasında, PE ile düşük yatış oranları olduğunu göstermiştir ⁽⁴⁴⁾. İzleyen yıllarda, elde edilen veriler PE'nin hastanede yatış süre ve/veya sıklığında önemli oranda azalmaya yol açtığını göstermiştir ^(45,49,50,55-57).

Bipolar hastaların akrabalarına (aile, eş) uygulandığı zaman, PE onların hastalık, hastalığın tedavisi ve sosyal destek sistemleri hakkındaki bilgilerini artırmakta ve bu, hastalığın yükünü hafifleterek tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunmaktadır ^(51,56,58,59). Hasta yakınları PE'den yaralandığında, hastalar daha az relaps, daha uzun ötmik dönem, daha iyi tedavi uyumu ve semptom iyileşmesi göstermektedirler.

Falloon ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, destekleyici bireysel psikoterapi ile birlikte kısa aile danışmanlığının verildiği grupla, davranışçı aile tedavisi, ailenin evde sorun çözme ve iletişim becerileri eğitimi ve üç aylık yoğun terapi ve altı ay takip seansları uyguladıkları hasta ve aile grubunu karşılaştırmışlar; hastanın işlevselliğinde artış, yükünde ve tedavi masraflarında azalma saptamışlardır ⁽⁶⁰⁾.

Tarrier, yalnızca iki kısa seans eğitim ve standart tedavi alan hastalarla, dokuz ay süreli davranışçı program, eğitim, stresle baş etme, sorun çözme, amaç koyma eğitimi alan hastaları karşılaştırmış; dokuz ay ve iki yıl süreli takiplerde eğitimin nüksü ve psikiyatrik semptomları azalttığını saptamıştır ⁽⁶¹⁾.

Peet ve Harvey, affektif bozukluk tanısı almış ve halen remisyonda olan altmış hastanın otuzunda videoteyp, yazılı notlar ve evde takip ziyaretleri ile verilen lityum eğitim programının tedavi konusunda oldukça önemli gelişmeler sağladığını bildirmiştir ⁽⁶²⁾.

Hastanemizde yapılan bir çalışmada, bipolar I bozukluk tanısı almış ve yapılandırılmış eğitim programı uygulanan 32 olgu, uygulanmayan 30 olgu ile karşılaştırıldığında; yapılandırılmış eğitim programının hastalığı tanıma ve hastalığının farkında olma düzeyini belirgin olarak arttırdığı saptanmıştır. Eğitim alan grupta eğitim almayan gruba göre hastaneye acil başvuru sayısı ve zor kullanarak hastaneye getirilme oranı önemli ölçüde azalırken, kendi isteği ile polikliniğe gelme oranı ve ilaç uyum düzeyi artmıştır. Standart ilaç tedavisine ek olarak yapılan eğitim çalışması sonucunda, hastaneye yeniden yatışların 5,3 oranında azaldığı saptanmıştır. Eğitim alan grupta eğitim programı uygulaması sonrasında çalışma durumunda belirgin düzelleme saptanırken, eğitim almayan grupta bir yıl önceki ve şimdiki çalışma durumları arasında fark saptanmamıştır ⁽⁶³⁾. Ayrıca, diğer birçok çalışmada, PE ile fonksiyonel iyileşme ve yaşam kalitesinde artış olduğunu desteklemektedir ^(25-27,43,50,54).

Affektif bozukluğu olanların % 15'inin intihar ettiği saptanmıştır. Tamamlanmış intiharların % 45'inden fazlasını affektif bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Affektif bozuklukla-

rın, özellikle akut dönemde, çocuklar dahil tüm aile üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu gösterir çok sayıda literatür bulunmaktadır ⁽¹⁶⁾. Suisid, bipolar bozukluk hastalarında en önemli kaygı nedeni olmasına rağmen, PE bu konuyu doğrudan etkileyen bir unsur değildir; ancak tedaviye uyumu artırmak farmakoterapinin (lityum) koruyucu etkisini güçlendirmek anlamına da geleceğinden PE'nin dolaylı da olsa suiside karşı etkili olduğu söylenebilir ⁽⁶⁴⁾.

SONUÇ

Özetleyecek olursak PE; bipolar bozukluk ve tedavisi hakkında bilgilenme, hastalığa karşı tutum, tedavi uyumu, semptom iyileşmesi, depresif ve hipo(manik) epizodları önleme, hastanede yatış süresini ve sayısını azaltma, sosyal mesleki işlevsellikte ve yaşam kalitesinde iyileşme, ailenin tedaviye katkısı, suisid önleme konularında önemli oranda katkı sağlamaktadır ⁽¹⁹⁾. PE'ye başvurmak güçlü bir şekilde önerilmekte, ancak tek başına değil diğer tedavilere ek olarak kullanılması gerektiğinin altı çizilmektedir ⁽²⁴⁾.

KAYNAKLAR

1. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ: Social skills training for schizophrenic individuals at risk of relapse. *Am J Psychiatry* 143:523-526, 1986.
2. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J ve ark.: Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 153:1585-1592, 1996.
3. Chambon O, Eckman T, Trinh A ve ark: Social skills training as a way of improving quality of life among chronic mentally ill patients: presentation of a theoretical model. *Eur Psychiatry* 7:213-220, 1992.
4. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J ve ark: A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 57:277-283, 2000.

5. Grunebaum H, Friedman H: Building collaborative relationships with families of the mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 39:1183-1187, 1988.
6. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ ve ark: Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 43:633-642, 1986.
7. Corrigan PW, Liberman RP: From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 41:203-1211, 1990.
8. Ferguson K: Education for psychiatric clients and carers. *Nurs Times* 87:48, 1991.
9. Ball J, Mitchell P, Malhi G ve ark: Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust N Z J Psychiatry* 37:41-48, 2003.
10. Blairy S, Linotte S, Souery D ve ark: Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *J Affect Disord* 79:97-103, 2004.
11. Dion GL, Tohen M, Anthony WA ve ark: Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Commun Psychiatry* 39:652-657, 1988.
12. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW: The role of psychoeducation in the treatment of bipolar disorder: A clinical perspective. *Clin Approach Bipolar Disord* 3:5-11, 2004.
13. Michalak EE, Yatham LN, Wan DD ve ark: Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Can J Psychiatry* 50:95-100, 2005.
14. Strakowski SM, Keck Jr PE, McElroy SL ve ark: Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 55:49-55, 1998.
15. Işık E: Şizofreni. Kent Matbaacılık, Ankara, s.204-206, 1997.
16. Daley DC, Bowler K, Chalene H: Approaches to patient and family education with affective patient. *Education and Counseling* s.163-174, 1992.
17. Goldman CR: Toward a definition of psychoeducation. *Hospital Community Psychiatry* 39:666-668, 1988.
18. Glick ID, Lorenzo B, Keigo O ve ark: Effectiveness in psychiatric case III psychoeducation and outcome for patients with major affective disorders and their families. *British Journal of Psychiatry* 164:104-106, 1994.
19. Rouget BW, Aubry JM: Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord* 98:11-27, 2007.
20. Frank E, Kupfer DJ, Ehlers CL ve ark: Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioural approaches. *Behav Ther* 17:143-149, 1994.
21. Gelder M, Gath D: *Psychiatric Services*. Oxford Textbook of Psychiatry, s.644-663, 1984.
22. Harris M, Bergman HC, Bachrach LL: Psychiatric and non psychiatric indicators for rehospitalization in chronic patient population. *Hosp Commun Psychiatry* 39:963-966, 1986.
23. Kaplan HI, Sadock BJ: *Synopsis of Psychiatry*. 8.baskı, Mass Publishing Co, Egypt, s.110, 1998.
24. Vieta E: Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J Clin Psychiatry* 66:24-29, 2005.
25. Bauer MS, McBride L, Chase, C ve ark: Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *J Clin Psychiatry* 59:449-455, 1998.
26. Bauer MS, McBride L, Williford WO ve ark: Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv* 57:937-945, 2006.
27. Clarkin JF, Glick ID, Haas GL ve ark: A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V. Results for affective disorders. *J Affect Disord* 18:17-28, 1990.
28. de Andres RD, Aillon N, Bardiot MC ve ark: Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: an open study. *J Affect Disord* 93:253-257, 2006.
29. Simon GE, Ludman EJ, Bauer MS ve ark: Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63:500-508, 2006.
30. Goldwyn RM: Educating the patient and family about depression. *Med Clin North Am* 72:887-896, 1988.
31. Hatfield AB: Issues in psychoeducation for fami-

- lies of the mentally ill. *Int J Mental Health* 17:48-64, 1988.
32. Johnson L, Lundstrom O, Aberg-Wistedt A ve ark: Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disord* 5:129-137, 2003.
 33. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH ve ark: Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 45:225-231, 1988.
 34. O'Connell RA, Mayo JA, Eng LK ve ark: Social support and long-term lithium outcome. *Br J Psychiatry* 147:272-275, 1985.
 35. Gökalp P. Psikososyal kuramlar-tedaviler. *Biyolojik Psikiyatri* 1. baskı, cilt 1. Ceylan ME (ed.), İstanbul. s.224-246, 1993.
 36. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C ve ark: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord* 7:5-69, 2005.
 37. 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* 25:185-205, 1986.
 38. Lewinsohn PM: The coping with depression course: review and future directions. *Can J Behav Sci* 21:470-491, 1989.
 39. Kent SY: Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital and Comm Psychiatry* 45:347-350, 1994.
 40. Rabiner JC, Zuegner JT, Kane JM: Outcome study of first episode psychosis: relapse rates after 1 year. *Am J Psychotherapy* 143:1155-1158, 1986.
 41. Glick ID, Haas M: A randomized clinical trial of inpatient family intervention V results for affective disorders. *J Affect Disord* 1:17-28, 1990.
 42. Solomon P, Drain J, Mannion E ve ark: Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin* 22:41-50, 1996.
 43. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J ve ark: Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr. Serv* 49:531-533, 1998.
 44. Cochran SD: Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult. Clin. Psychol* 52:873-878, 1984.
 45. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A ve ark: A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 60:402-407, 2003.
 46. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J ve ark: Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disord* 7:32-36, 2005.
 47. Harvey NS, Peet M: Lithium maintenance: 2. Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. *Br J Psychiatry* 158:200-204, 1991.
 48. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA ve ark: A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60:904-912, 2003.
 49. van Gent EM, Zwart FM: Five year follow-up after educational therapy added to lithium prophylaxis: five year after group added to lithium. *Depression* 1:225-226, 1993.
 50. Cerbone MJA, Mayo JA, Cuthbertson BA ve ark: Group therapy as an adjunct to medication in the management of bipolar affective disorder. *Group* 16:174-187, 1992.
 51. van Gent EM, Zwart FM: Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *J Affect Disord* 21:15-18, 1991.
 52. Kripke DF, Robinson D: Ten years with a lithium group. *McLean Hosp J* 10:1-11, 1985.
 53. Miklowitz DJ, George EL, Axelson DA ve ark: Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 82:113-128, 2004.
 54. Perry A, Tarrrier N, Morriss R ve ark: Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 318:149-153, 1999.
 55. Colom F, Vieta E: A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disord* 6:480-486, 2004.
 56. Honig A, Hofman A, Rozendaal N ve ark: Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res* 72:17-22, 1997.

57. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ ve ark: Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 71:482-492, 2003.
58. Brennan JW: A short-term psychoeducational multiple-family group for bipolar patients and their families. *Soc Work* 40:737-743, 1995.
59. Reinares M, Colom F, Martinez-Aran A ve ark: Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychother Psychosom* 71:2-10, 2002.
60. Falloon IR, Boyd JL, McGill JL ve ark: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome two-year longitudinal study. *Gen Psychiatry* 42:887-896, 1985.
61. Tarrier N, Barrowclough C, Proceddu K: The community management of schizophrenia a controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 153:532-542, 1988.
62. Peet M, Harvey NS: Lithium maintenance: 1. A standard education program for patients. *Br J Psychiatry* 158:197-200, 1991.
63. Tüzün-Alataş E: Bipolar I bozukluğu olguları ve ailelerini hastalık hakkında bilgilendirmenin hastalık seyrine etkisi. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2001.
64. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE ve ark: Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 290:1467-1473, 2003.