

İki Uçlu Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapilerin Yeri ve Önemi

Mehmet Z. Sungur¹

ÖZET:

İki uçlu bozuklukta bilişsel davranışçı terapilerin yeri ve önemi

Çok yakın bir geçmişe kadar iki uçlu bozukluk biyolojik bir hastalık olarak görülüyor ve bu nedenle tedavisinin de biyolojik olarak farmakoterapi ile yapılması gerektiği düşünülüyordu. Bu görüş günümüzde çeşitli nedenlerle değişikliğe uğramıştır. Bu yazıda psikoterapilerin ve özellikle hastalığa özgü geliştirilmiş bilişsel davranışçı psikoterapilerin iki uçlu bozukluk tedavisinde farmakoterapi ile kombine edilmesinin nedenleri ve yararları tartışılmıştır. Kombine bir yaklaşımın tedavi uyumunu ve sonuçlarını iyileştireceği ve bilişsel duyarlılıkları azaltarak nökselleri önlemekte daha yararlı olacağı umulmaktadır.

Anahtar sözcükler: iki uçlu bozukluk, bilişsel davranışçı terapi

Journal of Mood Disorders 2013;3(Suppl. 1):S41-S44

ABSTRACT:

The role of cognitive behavioral psychotherapy in treatment of bipolar disorder

Until recently bipolar disorder (BD) was regarded as a biological illness that should be treated biologically with pharmacotherapy. This view has changed in the recent years due to many reasons. This paper discusses some of the reasons why psychotherapy and particularly disorder specific cognitive behavioral psychotherapy should be combined with pharmacotherapy in treatment of BD. A combined approach is expected to improve treatment adherence, outcome and reduce cognitive vulnerabilities thereby preventing relapse.

Key words: bipolar disorder, cognitive behavioral therapy

Journal of Mood Disorders 2013;3(Suppl. 1):S41-S44

¹Prof. Dr., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul-Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address: mzsungur@superonline.com

GİRİŞ

Çok yakın bir geçmişe kadar iki uçlu bozukluk biyolojik bir hastalık olarak görülüyor ve bu nedenle tedavisinin de biyolojik olarak farmakoterapi ile yapılması gerektiği düşünülüyordu (1). Bu görüş günümüzde çeşitli nedenlerle değerini yitirmekte ve değişikliğe uğramaktadır. Her şeyden önce kökeninde biyolojik nedenler olan birçok hastalığın psikoterapilerle tedavi edilebileceğine dair kanıtlar her geçen gün artmaktadır. İki uçlu bozukluk tedavisinde psikoterapilerin ve özellikle bilişsel terapilerin kullanılması için pek çok neden vardır.

Neden Psikoterapi?

1. İlaçların, hastalığın klinik ve sosyal bağlamdaki olumsuz sonuçlarını azaltmaktaki sınırlı etkinliği, psikoterapilerin getirebileceği ek yararların daha iyi anlaşılması gerektiğini düşündürmektedir.

Farmakoterapinin iki uçlu bozukluklu hastaların ancak yarısında hastalığı kontrol edebildiği belirtilmektedir. Kullanılan duygudurum dengeleyicilerine rağmen 5 yıl içinde depresme (relapse) oranları %73'e ulaşmaktadır. Yalnızca bir manik atak geçirenlerin %85-95'inde daha sonra yinelemeler görülmektedir (2). Yetersiz psikososyal işlevsellik ise depresme için geçen sürenin azalmasına neden olmaktadır (3). Duygudurum düzenleyicileri ile yapılan profoksi araştırma ortamında ve klinik uygulamalarda

farklı sonuçlar vermekte, koruma amacıyla kullanılan ilaçlar araştırma ortamında hastaların %60'ını klinik ortamda ise yalnızca %25-40'ını daha ileri ataklardan koruyabilmektedir (4). İki uçlu bozukluk tedavisinde etkinliği olduğu belirtilen birçok yeni ilaç ise hastalığın klinik ve sosyal bağlamdaki olumsuz sonuçlarını değiştirmede yetersiz kalmışlardır. Sonuçta iki uçlu bozukluk tanısı olan hastaların yalnızca çok küçük bir bölümü farmakoterapi ile uzun süreli bir iyileşme gösterebilmektedir. Farmakoterapiye eklenen hastalığa özgül olarak geliştirilmiş bilişsel davranışçı yaklaşımların etkinliğini belirleyen klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

2. İlaç kullanımına uyumun düşük olması depresmenin en temel nedenlerinden biri olmaktadır. Şizofreni ve iki uçlu bozukluk gibi kronik hastalıkların tedavisinde en önemli sorunlardan biri hastaların kendilerine verilen tedaviye uyumlarındaki güçlükleri olmaktadır. İki uçlu bozukluk tanısı alan hastaların %30-50'si kendilerine verilen ilaçları almamaktadır. İlaç tedavisine uyumsuzluğun en temel nedeni ilaçların yan etkileri değil hastaların iki uçlu bozukluk ile ilgili tutum ve düşünceleri olmaktadır (5). Ne yaparsa yapsın hastalığının kontrol edilemeyeceğini düşünen, ötimik dönemde neden ilaç kullanması gerektiğine anlam veremeyen ya da hastalığını kabul etmekte güçlüğü olan hastaların ilaçlarını düzenli kullanmasını beklemek gerçekçi değildir. Bu bağlamda hastaların ve ailelerin hastalığın doğası, gidişi ve tedavi sonuçlarını olumlu etkileyen etkenler konusunda eğitimi tedavide önemli bir ihtiyaç olmaktadır. Bilişsel davranışçı terapiler (BDT) psikoeğitim modeli üzerine kurulduklarından

tedavide iyi bir seçenek olarak düşünülebilirler.

3. Stresörler ve bireysel duyarlılıkların yeni atakların oluşma olasılığını artırdığı bilinen bir gerçektir. Birçok iki uçlu bozukluk hastası, hastalığın oluşturduğu yeti kaybı nedeniyle çeşitli kişilerarası sorunlar ve yaşam kalitesini düşüren olaylarla karşı karşıya kalmaktadır. Buna karşın, yapılan araştırmalar hastaların çoğunun sorun çözme becerilerinin sınırlı olduğunu ve unipolar depresyona olan bilişsel duyarlılık gibi iki uçlu bozukluğa da benzeri bir bilişsel duyarlılığın varlığını ortaya koymuştur (6). Hastalar, hastalığın değişik evrelerinde yaşam olayları ve stresörlere değişik düzeylerde duyarlılık göstermekte, başlangıçtaki ataklar stresle daha çok ilgili olmaktadır. Bilişsel duyarlılıklar hastalığın uzun dönemdeki prognozunu belirleyen önemli bir etken olduğundan stres duyarlılık modeli üzerine kurulan tedavilerin hastalığın kontrolünde etkili olması beklenir. BDT, bu bağlamda önemli bir tedavi seçeneği sunmaktadır. BDT bir yandan sık karşılaşılan stresörlerle başa çıkma doğrultusunda yeni stratejiler sunmakta diğer yandan hastalarda sık rastlanan çaresizlik, umutsuzluk ve intihar düşüncelerini yönetmekte etkili bir yaklaşım olmaktadır. BDT aynı zamanda iletişim ve sorun çözme becerilerini artırarak kişisel ve kişiler arası etkinlikleri de arttırabilmektedir.

4. iki uçlu bozukluğa özgül olarak geliştirilen terapötik müdahaleler aracılığı ile yapılan tedavi çalışmalarının sonuçları umut verici bulunmuştur. iki uçlu bozukluk hastaları ile yapılan 9 aylık izleme çalışmaları ailedeki duygu dışavurumunun azaltılmasının tedavide önemli bir yordayıcı olduğunu göstermektedir (7). Ailede duygu dışavurumunu azaltmayı temel hedef alan aile odaklı terapiler yanı sıra iki uçlu bozukluğa özgül psikoeğitim (bireysel veya grup formatında), BDT, sistematik bakım, kişiler arası terapiler ve sosyal ritim terapilerinin etkili olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. 1980 ve 2008 yılları arasında yapılan 19 randomize kontrollü çalışma sözü edilen tedavilerin etkinliğini göstermiştir (8,9). Tüm bu çalışmalar iki uçlu bozukluğun genetik ve nörobiyolojik temellerine rağmen sosyal ve çevresel bağlamı değiştirmeyi amaçlayan psikososyal müdahalelerin ve özellikle BDT'nin tedavideki değer ve önemini vurgulamaktadır (10,11).

5. Hastalığın psikolojik ve sosyal sekelleri psikososyal müdahalelerin tedavide önemli olacağını işaretidir. Hastalığın erken yaşta ortaya çıkması normal gelişimi olumsuz etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2002'de BB'nin yeti yıkımı ile geçirilen yıllar yönünden 4. önemli hastalık olduğunu belirtmiştir. ABD Sağlık Bakanlığı 20'li yaşların ortasında başlayan hastalığın çalışma hayatında 14 yıllık bir kayba, sağlık yönündense 12 yıllık bir kayba neden olduğunu vurgulamaktadır.

6. Ekstremliğin sık görülmesi yalnızca ilaçla yapılan tedavilerin yetersiz kalmasında önemli bir neden olmaktadır. iki uçlu bozukluğa eşlik eden anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde kötüye kullanımı ilaçlara verilen tedavi yanıtını düşürmektedir. iki uçlu bozukluk tanısı alan hastaların %30 ile %50 si madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluğu tanılarını da almaktadır. Hastaların yaşadığı sorunların çoğu kez iki uçlu bozukluk tanısı konulmadan önce başladığı ve hastaların çoğunun kendilerine tanı konulmadan 10 yıl önce de çeşitli sorunlarla karşı karşıya geldikleri belirtilmektedir. İki uçlu bozukluk tanısının konul-

ma yaşının 20' li yaşların ortası olduğu düşünülecek olursa, hastalığın erken ortaya çıkışının kişilik gelişimini olumsuz etkileyeceği ve bu kişilerin ergenlikten itibaren işlevsellikten yoksun davranış biçimleri ve sorunla başa çıkma yöntemleri sergiledikleri kolaylıkla anlaşılabilir (12). Ekstremlik ya da intihar girişimleri gibi durumlarla komplike olmayan iki uçlu bozukluk hastalarına rastlamak oldukça nadir görülen bir durum olmaktadır (11). Başka bir deyişle, ekstremlik istisnai bir durum değil neredeyse bir kaide olmaktadır. Kişilik bozuklukları ve madde kullanımının sık görülen ekstremlik durumları olması araştırma ortamlarında alınan tedavi sonuçları ile klinik uygulama ortamlarında alınan tedavi sonuçlarının farklı bulunmasında önemli bir etken olabilir. Ekstremlik yalnızca hastalığın prognozunu olumsuz etkilemekle kalmamakta (8), aynı zamanda tedaviye uyumu azaltan en önemli belirleyicilerden biri olmaktadır (11). Fiziksel hastalık ekstremliği da aynı şekilde prognozu olumsuz etkileyebilmektedir. Ekstremliğin ilaç tedavisine verilen yanıtla, intihar girişimlerinin sıklığı ile ve izleme döneminde iyileşme halinin korunması ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (11). Ekstremlik durumlarında ilaçların yetersiz kalması iki uçlu bozukluk tedavisinde farmakoterapiye eklenecek BDT yaklaşımının önemini ve değerini arttırmaktadır.

7. İki uçlu bozukluk hastalarında gözlenen çeşitli bilişsel çarpıtma ve bilişsel duyarlılıklar (inançlar) BDT'nin potansiyel olarak yararlı bir yaklaşım olabileceğini düşündürmektedir. Mani depresyonun ayna görüntüsü olduğundan, bilişsel üçlü olarak bilinen bireyin kendisi, dış dünya ve gelecekle ilgili pozitif yanlılık beklenen bir durum olmaktadır. Birey kendini değerli ve sevilen, dış dünyayı olağan üstü şanslar sunan, geleceği ise sınırsız olanaklarla donanmış olarak algılamaktadır. Manik dönemde hastalar seçici olarak yaşamın olumlu deneyimlerine odaklanmakta ve böylelikle altta yatan şemalar konfirme olmakta ve güç kazanmaktadır (12).

İşlevselliği Bozulmuş Tutumlar ölçeği'nin (DAS) bilişsel analizi 143 iki uçlu hastada ötimik dönemde temel inanışların "hedeflere ulaşma yönünde hırslı olma" ve "bağımlılık karşıtı olma" şeklinde iki temel özellik gösterdiğini ortaya koymuştur (12). Ötimik dönemde görülen bu inanış veya duyarlılıkların yalnızca farmakoterapi ile söndürülebileceğini düşünmek gerçekçi olmamaktadır. Bu düşünce ve inanışların nüklere yatkınlığı arttırdığını da ortaya koymuştur. Hedeflere ulaşma konusundaki hırs kendisini; "eğer yeteri kadar çabalarsam istediğim her şeyi elde ederim, kişi yaptığı her şeyi iyi yapmalıdır, birey kendine olabilecekleri kontrol edebilecek güçte olmalıdır, sorunları hızlıca çözebilecek bir gücüm olmalı, duygularım üzerinde her zaman kontrol kurabilmeliyim ve her zaman mutlu olmalıyım" gibi temel düşünceler ve ara inanışlar aracılığıyla göstermektedir. Bağımlılık karşıtı olma ise kendisini "mutlu olabilmek için başkalarının onayına ihtiyaç duymam ve mutlu olabilmem için başkaları tarafından beğenilmem gerekmez" gibi düşüncelerle göstermektedir.

Hedefe yönelik hırs ve bağımlılık karşıtı özellikler "Aşırı Olumlu Bir Benlik Algısı-AOBA" na (Sense of Hyperpositive Self) neden olmakta ve AOBA ise mani nedeniyle hastaneye yatış sayı-

larıyla korele bulunmaktadır. Sonuç olarak nüks önleme yönünden bu bilişsel duyarlılıkların ele alınması gerekmekte ve BDT bu anlamda en iyi seçenek gibi görünmektedir (12,13,14).

SONUÇ

BDT:

1. Hastayı ve ailesini

a. Hastalığın gidişi hakkında

b. Hastalığın gidişini belirleyen düşünce-davranış-çevresel stresörler hakkında

c. Koruyuculuk ve tedavi bağlamında ilaçların önemi ve değeri konusunda bilgilendirmeyi ve eğitmeyi amaçlamakta

2. İlaç tedavisine katılımı (uyumu) arttırmayı amaçlarken

a. İlaç kullanmanın önünde bir engel olarak beliren

- unutma

- motivasyon düşüklüğü

- İlaç kullanımı hakkındaki olumsuz otomatik düşünceler

- BB hakkındaki inanışlar

- kendine aşırı güvenme

- otorite ve kontrol karşısındaki tutumları belirlemekte ve gerektiğinde değiştirmekte

b. Farmakoterapiye uyumu bozan bilişsel ve davranışsal engellerle başa çıkma konusunda beceriler kazandırmakta ve bunu yapabilmek için ilaç kullanmayı reddetmenin ve işlevselliği olmayan benzeri düşüncelerin avantaj ve dezavantajlarını gözden geçirmekte, düşünce değişim kayıtları tutturmakta, davranışçı deneyler aracılığıyla yeni öğrenmeler sağlamakta ve de eşleştirme ve hatırlatma yöntemleri aracılığıyla ilaç tedavisine uyumu arttırmaya çalışmaktadır.

3. Kendini gözlemleme ve denetleme yöntemlerinin öğretilmesini hedeflemekte ve hastalığın günlük yaşantıyı nasıl etkilediğini fark ettirmek amacıyla bazı kayıtlar tutulmasını önermektedir. Hastalara normal duygulanım ve davranışlar ile hastalığın belirtilerinin birbirinden ayırt edilmesi konusunda bilgi verilmektedir. İki uçlu bozukluk hastaları düzensiz ve kaotik bir yaşam sergileme eğiliminde olduklarından hastaların günlük aktivitelerini gözlemleme çabasının kendisinin bile stabilize edici bir etkisi olacağı öngörülebilir.

4. Nüksleri önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilebilmesi için prodromal belirtilerinin erken fark edilmesi ve erken müdahale amacıyla hastalık depresmesinin işareti olabilecek belirtileri tanıtmayı amaçlar. Yapılan çalışmalar iki uçlu bozukluk tanısı olan hastaların prodromal belirtileri rapor edebildiğini göstermektedir (15-17). Prodrom belirtiler hastanın mani ya da depresyonda olduğunu düşündürebilecek bilişsel-davranışsal ve affektif boyutlardan herhangi birinde oluşan değişikliklerdir (18,19). Hastanın mani ve depresyonda olabileceğini düşündürecek erken belirtilerin ortaya çıkmasını izleyerek bu değişiklikleri belirti çizelgesi içine yerleştirilmesi istenir. Çizelge kullanmanın amacı atak ortaya çıkmadan duygudurum ve davranışlardaki değişiklik ve kaymaları saptayabilmek ve bu belirtiler konusunda hastaya farkındalık sağlamaktır.

5. Belirtileri kontrol etmekte etkili olabilecek stratejilerin öğretilmesini amaçlar. Bu çerçevede:

a. Hastalara mani ve depresyondaki tipik otomatik düşünceleri ve bilişsel çarpıtmaları belirleme ve onlarla başa çıkma yöntemleri öğretilir. Hastalarda görülen bilişsel çarpıtmalar şöyle özetlenebilir:

Olumlu sonuçlara atlama (Ben hep kazananlardanım ve her şeyi becerebilirim)

Riski küçümseme (Tehlike yok. Olsa da başa çıkabilirim.)

Sorunları küçültme (Herşey yolunda gidecek)

Kazançları abartma (milyoner olacağım)

Hızlı doyuma yönelme (Bekleyecek sabrım yok. Şimdi yapacağım)

Uykuya ihtiyacın azalması (Günde 4 saatlik uyku ile idare edebilirim)

Bireysel değer ile ilgili grandiyöz düşünceler (En büyük benim)

Dürtüsellik (Bugün arabamı satıp 6 haftalık seyahate gideceğim)

Yaratıcı aktivite (yükseldiğim zaman en iyi düşüncelere sahip oluyorum)

b. İki uçlu bozukluk ile ilgili altta yatan ve inanışlarla başa çıkma yollarının öğretilmesini amaçlar. Tipik inanışlar şöyle özetlenebilir:

Hedeflere ulaşma ile ilgili hırslarla bağlantılı varsayımlar (Yeterince çabalarsam erişemeyeceğim bir şey yok)

Bağımlılık karşıtı varsayımlar (Bana olabilecek her şeyi kendim kontrol etmeliyim)

Düşük kendilik saygısı ile ilgili inançlar (Değersizim)

Mükemmeliyetçi inançlar (Her şeyi en iyi şekilde yapmam gerekir)

Sosyal onay ihtiyacı ile ilgili inanışlar (iyi bir insan olabilmek için herkesi memnun etmeliyim)

c. Hastalık, stigma, prognoz ve ilaç tedavisi ile ilgili sayılı ve inanışlarla başa çıkma yollarının öğretilmesini amaçlar. Bu sayılı ve inanışlardan bazıları şöylece özetlenebilir:

Sorumluluklar konusu (Bu benim hatam, ben iyileşmez bir hastayım)

Seçici odaklanma (Yükseldiğim zaman kaybettiğim tüm zamanı telafi edebiliyorum)

İlaçların anlamı (İyi iken neden ilaç alayım)

Başkalarının tepkilerini felaketleştirme (kimse beni tanımak-bilmez istemez)

6. Hastalığın uzun vadeli yönetimi ile ilgili olarak hastaya yardım yöntemleri öğretmeyi amaçlar. Bu çerçevede; yaşam biçimi değişiklikleri, uyku hijyeninin öğretilmesi, stigma gerçeği ile yüzleşme ve yaftalamaya karşı kullanılacak yöntemler, stresli yaşam olayları ile ilgili daha etkili başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi gibi yeni stratejiler kazandırılmaya çalışılır.

7. Hastalara, hastalığın kontrolü konusunda temel bir güven kazandırdıktan sonra kendilik algısı, yaşam hedefleri ve geleceğe bakış konuları hasta ile birlikte gözden geçirilmeli ve yaşamlarını daha anlamlı kılmaları çerçevesinde değerler ve beceriler kazandırılmaya çalışılır.

Kaynaklar:

1. Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder: An unmet need? *British Journal of Psychiatry*, 1995;167,581-8.
2. Keller MB. Chronic and recurrent affective disorders: incidence, course, and influencing factors: *Adv Biochem Psychopharmacol*. 1985;40:111-20.
3. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder: *Am J Psychiatry*. 1995;152:1635-40.
4. Dickson W, Kendall R. Does maintenance lithium therapy prevent recurrence of mania under ordinary clinical conditions. *Psychological Medicine*. 1986;16:521-30.
5. Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: Prevalence and predictors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63,384-90.
6. Scott J, Stanton B, Garland A, Ferrier IN. Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder: *Psychol Med*. 2000;30:467-72.
7. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH et al. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1988;45:225-31.
8. Miklowitz DJ, Scott J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disord* 2009;11:110-22.
9. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008;165:1408-19.
10. 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;10:123-9.
11. Scott J, Colom F. Gaps and limitations of psychological interventions for bipolar disorders. *Psychother Psychosom* 2008;77:4-11.
12. Scott J. Cognitive Therapy of Bipolar Disorder. In R. Leahy(Ed.) *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research and Practice* 2004; The Guilford Press, NY.
13. Lam DH, Jones SH, Hayward P. 2010; *Cognitive Therapy of Bipolar Disorder*; John Wiley & Sons LTD, NY.
14. Newman CF. Cognitive therapy of bipolar disorder: In G. Simos (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy: A guide for the practicing clinician* (pp. 71-96). East Sussex, UK: Brunner – Routledge.
15. Altman ES, Rea MM, Mintz J, et al. Prodromal symptoms and signs of bipolar relapse: A report based on prospectively collected data. *Psychiatry Research*, 1992;41:1-8.
16. Molnar GJ, Feeney MG, and Fava GA. Duration and symptoms of bipolar prodromes. *American Journal of Psychiatry*: 1988;145:1576-8.
17. Smith JA and Tarrier N. Prodromal symptoms in manic depressive psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1992;27:245-8.
18. Lam DH and Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 1997;27:1091-100.
19. Lam D, Wong G and Sham P. Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder – a naturalistic study. *Psychological Medicine*, 2001;31:1397-402.