

# Bipolar Bozuklukta Psikoeğitimin Relapslara Etkisi: Sistemik Bir Derleme

## *Effect of Psychoeducation on Relapses in Bipolar Disorder: A Systematic Review*

Gülşah Acar, Kadriye Buldukoğlu

### Özet

Bu çalışma bipolar bozukluğu olan hastalarda relapsları önlemek için uygulanan psikoeğitim girişimlerini ve bu girişimlerin etkilerini belirlemek amacıyla yapılmış bir sistemik derlemedir. Çalışmada psikoeğitim girişimlerini belirlemek için ulusal ve uluslararası veritabanları taranmış ve dahil etme ve dışlama ölçütlerine uyan toplam yedi makale değerlendirmeye alınmıştır. İncelenen makalelerde, psikoeğitimin relaps sıklığı, hastaneye yatış sıklığı, hasta olarak geçirilen zaman, serum lityum düzeyleri ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmalardan elde edilen bulgular incelendiğinde, psikoeğitimin relaps ve hastaneye yatış sıklığını, hasta olarak geçirilen süreyi azalttığı saptanmıştır. Bununla birlikte uygulanan psikoeğitimin, hastaların serum lityum düzeylerinin koruyucu düzeyde kalmasına etki ettiği ve hastaların sosyal işlevselliğini de olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Sonuç olarak, değerlendirmeye alınan tüm çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarına yönelik relapsları önleme amacıyla uygulanan psikoeğitim programlarının olumlu sonuçları olduğu görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Bipolar bozukluk, relaps önleme, psikoeğitim.

### Abstract

This study is a systematic review of psychoeducation interventions which aims at preventing relapses in patients with bipolar disorder. This study has been conducted in order to determine the effects of these interventions. In the present study national and international databases were screened to identify psycho-education initiatives and a total of seven articles that met the criteria for inclusion and exclusion were evaluated. All of the seven studies reviewed, focused on the effects of psychoeducation on frequency of relapse and hospitalization, time spent as a patient, serum lithium levels and social functioning. The findings of the studies revealed that psychoeducation reduces the frequency of relapse and hospitalization and time spent as a patient. Besides, psychoeducation contributed to the protective levels of serum lithium levels and has a positive impact on the social functioning of bipolar patients. In conclusion, psycho-education programs have positive results on preventing relapse for patients with bipolar disorder.

**Key words:** Bipolar disorder, relapse prevention, psychoeducation.

**BİPOLAR BOZUKLUK** mani ve depresyon atakları ile giden bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır.[1] Bipolar bozukluğun kesin bir tedavisi yoktur, ancak uygulanan tedavi ile morbidite ve mortalite azaltılabilmektedir. Bununla birlikte bipolar

bozukluk, ekonomik yük ve yüksek ölüm oranları ile sonuçlanabilen, ciddi, kronik ve tekrarlayan bir durum olarak da karşımıza çıkmaktadır.[2-5] Tedavide amaç, relaps sıklığını, şiddetini ve hastalığın psikososyal sonuçlarını azaltmak ve relapslar arasındaki psikososyal işlevselliği artırmaktır.[6] Bipolar bozukluğun genetik ve nörobiyolojik temellerinin giderek daha iyi anlaşılması ve ilaç tedavisindeki gelişmelere karşın bipolar bozuklukta görülen relaps oranları yüksektir. Uzun süreli izlem verilerine göre tam iyileşme gösteren hastaların oranı yalnızca %24'tür.[7] Gitlin ve arkadaşlarının belirttiğine göre iyi ilaç uyumunda bile beş yıl içinde relaps oranı %73'tür.[8] Hastalık yükü açısından değerlendirildiğinde de, bipolar bozukluk yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında altıncı sıradadır.[9]

**Tablo 1. Taramada Kullanılan Anahtar Sözcükler**

Relaps prevention (Relaps önleme)
Prophylaxis of recurrences
Prevention of relapse
Experimental studies (Deneysel çalışmalar)
Bipolar disorder (Bipolar bozukluk)
Bipolar affective disorder (Bipolar affektif bozukluk)
Manic depressive disorder (Manik depresif bozukluk)
Prevention of relapse and bipolar disorder (Relaps önleme ve bipolar bozukluk)
Prevention of relapse and bipolar affective disorder (Relaps önleme ve bipolar affektif bozukluk)
Prevention of relapse and manic depressive disorder (Relaps önleme ve manik depresif bozukluk)
Relapse prevention and bipolar disorder,
Relapse prevention and bipolar affective disorder
Relapse prevention and manic depressive disorder
Prophylaxis of recurrences and bipolar disorder
Prophylaxis of recurrences and bipolar affective disorder
Prophylaxis of recurrences and manic depressive disorder

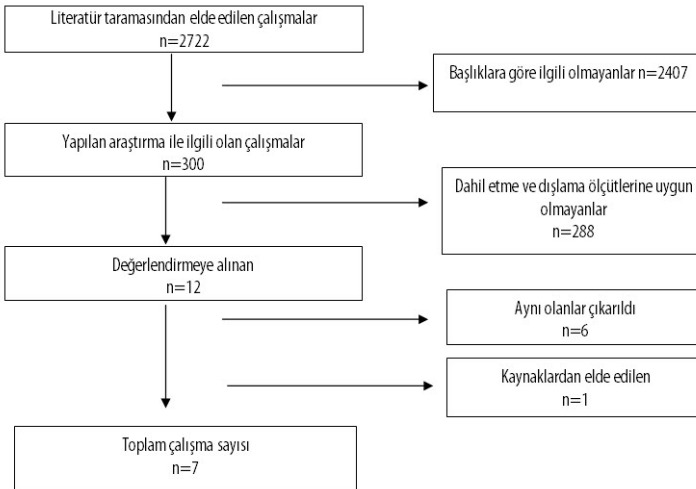
Günümüzde ilaç tedavisi bipolar bozukluk belirtilerinin kaybolmasında etkili olmakla birlikte relapsların önlenmesi, hastalık yükünün azaltılması ve işlevselliğin geri kazanılmasında yetersiz kalmaktadır.[10-12] Son yıllarda bu boşluk çeşitli yöntemlerle kapatılmaya çalışılmaktadır. Bipolar bozuklukta relapsları önlemeye yönelik literatürde yer alan başlıca uygulamalar; psikoeğitim, kişilerarası sosyal ritimler terapisi ve aile odaklı terapilerdir. Her bir uygulamanın etkililiğine ilişkin önemli bulgular vardır.[13-16] Farmakolojik tedavinin etkili olmadığı ilaç tedavisine uyum, hastalığı anlama ve farkında olma, prodromal belirtileri erken tanıma ve başatma becerileri gibi konular psikososyal girişimlerin hedef konularıdır. Psikososyal girişimlerin amacı, ilaç tedavileri ile birlikte kullanılarak bireylerin hastalıklarını yönetebilme, duygudurumu, sosyal ve mesleki işlevselliği ve yaşam kalitesini kontrol etmede aktif katılımlarını sağlamaktır.[17,18] Psikoeğitimi de kapsayan nonfarmakolojik yöntemler 1970'lerde ilaç tedavisine ek bir tedavi yöntemi olarak hastaların toplum içinde bakımını gerçekleştirmek amacıyla uygulanmaya başlanmıştır.[19] Relapsları önleme amacıyla yapılan biyopsikososyal modele dayanan psikoeğitim, hastaya hastalığı ve hastalığının sonuçlarıyla başa çıkmak için gereken teorik ve pratik bilgileri sağlayan bir yöntem ve "hastalığı hakkında bilgi edinme hakkını" kapsayan bir girişimdir.[20,21]

Son zamanlarda yayımlanan çalışmaların büyük çoğunluğu, psikoterapilerin tamamlayıcı tedavi olarak kullanıldığında olumlu sonuçlar ortaya koyduğunu ve depresif relapsların tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalarda prodromal belirtilerin erken tanınması ve uyumun artırılması, yaşam tarzının düzenlenmesi gibi önemli konulara değinilmekte ve hastaların sağlık inançları ve hastalığının farkında olma durumları araştırılmaktadır.[19,21]

Bipolar bozuklukta relapsı önlemek için verilecek olan psikoeğitim müdahaleleri, farklı disiplinlere ait meslek üyeleri (psikiyatrist, psikolog, hemşire v.b.) tarafından uygulanabilir.[22] Buradan yola çıkılarak bu çalışmada relapsların önlenmesi, tekrarlı yatışların azaltılması amacıyla yapılan psikoeğitim uygulamaları ile ilgili araştırmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu incelemeye başlarken oluşturulan sistematik derleme sorusu “Bipolar bozuklukta relapsları önlemeye yönelik uygulanan psikoeğitim girişimleri ve bu girişimlerin etkileri nelerdir?” olarak belirlenmiştir.

## Yöntem

Bu çalışma bipolar bozuklukta relapsları önlemeye yönelik olarak hastalara uygulanan psikoeğitim girişimlerini ve etkilerini belirlemek amacıyla yapılmış bir sistematik derlemedir. Derleme York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen Centre for Reviews and Dissemination 2009 rehberi doğrultusunda yapılmıştır.[23] Literatür taraması; Pubmed, Cinahl, Ovid, Wiley Interscience, Cochrane, Ulakbim Tıp Veri Tabanı, Türk Medline veri tabanlarında İngilizce ve Türkçe dillerinde yapılmıştır. Taramalarda yıl sınırlaması yapılmamıştır. Taramada kullanılan anahtar sözcükler Tablo. 1’de verilmiştir.



**Şekil 1. Sistematik Derleme Çalışma Seçim Süreci**

İncelenen çalışmalarda derlemeye dahil etme ölçütleri; katılımcıları 18 yaşından büyük ve bipolar I ya da bipolar II tanısı almış olan çalışmalar, araştırma deseni deneysel ve yarı deneysel olan, müdahale olarak psikoeğitim yapılmış olan, sonuçları relaps sıklığı

üzerine odaklanmış olan çalışmalar olarak belirlenmiştir. Dışlama ölçütleri ise; müdahale olarak sadece farmakolojik yöntemlerin kullanıldığı, tanımlayıcı, katılımcıları şizofren, anksiyete bozukluğu vs. tanısı almış olan, katılımcıları hasta aileleri ve eşleri olan çalışmalar olarak belirlenmiştir. Tarama sonucunda toplam 2722 (Pubmed:1015, Cihahl:1027, Wiley Interscience:478, Ovid:110, Cochrane:96, Ulakbim Tıp Veri Tabanı:0, Türk Medline:0) çalışmaya ulaşılmıştır. Ulaşılan 2722 çalışma öncelikle başlıklara göre incelenmiş ve araştırma konusuyla ilgisi olmayan 2407 çalışma kapsam dışı bırakılmıştır. Kalan 300 çalışmanın özet ve tam metinleri, dahil etme ve dışlama ölçütleri yönünden değerlendirilmiş ve sonuçta dahil etme ve dışlama ölçütlerine uygun toplam 12 çalışmaya ulaşılmıştır. Beş veri tabanından elde edilen 12 çalışmadan, 6 çalışmanın tüm veri tabanlarında aynı olduğu belirlenmiştir. Aynı olan çalışmalar çıkarıldıktan sonra elde edilen 6 çalışmanın referansları incelenmiş ve bu inceleme sonucunda 1 çalışmaya ulaşılmıştır. Sonuç olarak araştırmanın kapsamına 7 çalışma alınmıştır (Şekil 1).

## Bulgular

Bu çalışmada 7 araştırma makalesi incelenmiştir. Çalışmaların beşi İspanya'da, biri Avustralya'da, biri İngiltere'de yapılmıştır. Makalelerin sonuçları üzerinde yapılan incelemelere göre, çalışmaların hepsi psikiyatrist ve psikologlar tarafından yapılmıştır. Çalışmaların, üç farklı araştırmacı grubu tarafından yapıldığı görülmektedir. İncelemeye alınan çalışmaların beşi Colom ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.[13,24-27] Colom ve arkadaşları 2003 yılında randomize kontrollü olarak tasarladıkları çalışmalarında psikoegitim uygulamışlardır.[13] Colom ve arkadaşlarının ilerleyen yıllarda yayımladıkları makaleler, 2003 yılında yaptıkları çalışmanın ileri analizlerini içermektedir. [13,24-27] Bu çalışmalarda aynı örneklem içinden farklı özelliklere sahip hasta grupları belirlererek, psikoegitimin bu gruplarda etkililiği analiz edildiğinden, bu çalışmaların sistematik derleme kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Çalışmalardan elde edilen bulgular aşağıda gruplandırılarak sunulmuştur.

## Örneklem

D'Souza ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın örneklem sayısı 58'dir. Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalaması deney grubunda  $40.7 \pm 8.4$ , kontrol grubunda  $39.5 \pm 10.7$ 'dir. Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında deney grubunun 14 kadın, 13 erkek, kontrol grubunun 16 kadın, 15 erkekten oluştuğu görülmektedir. Deney grubundaki katılımcıların 21'inin tanısı bipolar bozukluk I, altısının tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Kontrol grubundaki katılımcıların 29'unun tanısı bipolar bozukluk I, ikisinin tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Deney grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları son relaps tipleri şöyledir; 14 hasta manik, 11 hasta depresif, iki hasta karma relaps yaşamıştır. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların yaşadıkları son relaps sayıları ve tipi ise şöyledir; 20 hasta manik, 11 hasta depresif relaps yaşamıştır.[28] Araştırmaya alınma ölçütleri; relaps nedeniyle hastaneye yatışı yapılan ve taburculuktan sonra bir ay geçmiş, Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nden (YMDÖ) 10'dan az puan almış, Montgomey Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nden (MADDÖ) sekizden az puan almış olan hastalar şeklinde belirlenmiştir. Araştırmanın dışlama ölçütleri; psikoegitim oturumlarından en az dört oturuma katılmamak, komorbid eksen I rahatsızlığı bulunmak ya da mevcut madde bağımlısı olmak olarak belirlenmiştir.[28]

Colom ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmanın örneklemini, incelemeye alınan çalışmalar arasında en fazla örneklem sayısına sahip olup, örneklem sayısı 120 kişiden oluşmaktadır. Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalaması belirtilmemekle birlikte katılımcıların yaş aralığı 18-65 olarak belirtilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında deney ve kontrol gruplarının 38 kadın (%63.3), 22 erkek (%36.7) katılımcıdan oluştuğu görülmektedir.[13] Deney grubundaki katılımcıların 52'sinin (%86.7) tanısı bipolar bozukluk I, sekizinin (%13.3) tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Kontrol grubundaki katılımcıların 48'inin (%80) tanısı bipolar bozukluk I, 12'sinin (%20) tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Katılımcıların bipolar bozukluk başlangıç yaşları incelendiğinde; deney grubunun ortalama 22.2 yaşında, kontrol grubunun 23.2 yaşında hastalıklarının başladığı görülmektedir. Grupların daha önce yaşadıkları toplam relaps sayısı deney grubunda  $10.31 \pm 10.55$ , kontrol grubunda  $8 \pm 6.60$ 'dır. Grupların hastaneye yatış sayısı ise deney grubunda ortalama  $1.8 \pm 1.78$ , kontrol grubunda  $2 \pm 2.12$  olarak belirlenmiştir. Bu özellikler bakımından gruplar homojendir.[13] Çalışmaya alınma ölçütleri; "DSM IV'e göre bipolar I ve bipolar II tanısı olan, ötimik, en az altı ay için YMDÖ'nden altıdan az puan, HDDÖ'nden sekizden az puan almış olan, DSM-IV eksen I komorbiditesi olmayan (kafein, nikotin bağımlılığı ve mental retardasyon [IQ<70] hariç), çalışma sırasında herhangi bir psikoterapi almayan ya da bir ilaç araştırmasında yer almayan hastalar" şeklinde belirlenmiştir. Psiko eğitim grubunda yer alan 16 (%26.6) hasta araştırmadan ayrılmıştır. 16 hastanın 12'si iki yıl süreyle takip edilmiştir. Geriye kalan dört hastanın ise üçü depresif, biri manik relaps yaşadığı için araştırmadan ayrılmıştır. Relapslar deney grubu kayıtlarına eklenmiş; ancak hastalar diğer bütün durumlar için kayıp olarak değerlendirilmiştir.[13]

Psiko eğitim grubundan çıktıktan sonra takip edilmeye devam edilen hastaların (12 kişi) bu gruptan ayrılma nedenleri; manik relaps (yedi kişi), yeni iş bulma nedeniyle grup saatlerine uymama (iki kişi), grup kurallarını kendi rızasıyla reddetme (bir kişi), grup üyeleri ile kişilerarası sorunlar yaşama (bir kişi) ve depresif relapstur (bir kişi). Kontrol grubundan yedi hasta haftalık görüşmelere katılmamış; ama psikiyatri vizitlerine, farmakolojik tedaviye ve takip dönemi prosedürlerine katılmıştır. Bu kişilerin görüşmelere katılmama nedenleri; manik relaps (dört kişi), majör depresyon (bir kişi) ve grup kurallarını kabul etmemedir (iki kişi). Deney grubundan ayrılan kişi sayısı, kontrol grubundan ayrılan kişi sayısından daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Gruba devam edememe, araştırmadan çekilme nedenlerinden biri olarak kabul edilirse, gruplar arasında araştırmaya devam eden kişi sayısı açısından fark bulunmamaktadır.[13]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında, kişilik bozukluğu eştanısı olan bipolar hastalara verilen grup psiko eğitiminin relaps önleme üzerine etkisi incelenmiştir. Bu çalışma araştırmacıların 2003 yılında yaptıkları çalışmanın ileri analizi olarak yapılmıştır. 2003 yılında yapılan çalışmanın örneklemini oluşturan 120 hastanın %31'i (37 hasta), DSM-IV kişilik bozukluğu ölçütlerine sahip olduğundan, bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalaması deney grubunda 36, kontrol grubunda 35'tir. Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında deney grubunun 11 kadın (%73.3), 4 erkek (%26.7), kontrol grubunun 17 kadın (%77.3), 5 erkek (%22.7) katılımcıdan oluştuğu görülmektedir.[24] Deney grubundaki katılımcıların 11'inin (%73.3) tanısı bipolar bozukluk I, dördünün (%26.7) tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Kontrol grubundaki katılımcıların 17'sinin (%77.3) tanısı bipolar bozukluk I, beşinin (%22.7) tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Ortalama bipolar bozukluk başlangıç yaşı deney gru-

bunda  $23.86 \pm 6.1$ , kontrol grubunda  $23.81 \pm 7.23$  yıl olarak belirlenmiştir. Grupların daha önce yaşadığı ortalama relaps sayısı deney grubunda  $10.93 \pm 9.43$ , kontrol grubunda  $9.0 \pm 7.3$ 'dür. Bu özellikler bakımından gruplar homojendir.[24]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında, psikoeğitimin bipolar bozukluğu olan hastaların serum lityum düzeylerine etkisi belirlenmiştir. Bu çalışma da, araştırmacıların 2003 yılında yaptıkları çalışmanın başka bir alt analizi olarak yapılmıştır. Çalışmanın örnekleme, psikoeğitim almış 44 hasta (deney grubu) ve psikoeğitim almamış 49 hasta (kontrol grubu) olmak üzere toplam 93 kişiden oluşmaktadır. Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalaması belirtilmemiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında deney grubunun 33 kadın (%63.3), 16 erkek (%32.7), kontrol grubunun 28 kadın (%63.6), 16 erkek (%36.4) katılımcıdan oluştuğu görülmektedir.[25] Deney grubundaki katılımcıların 43'ünün (%87.8) tanısı bipolar bozukluk I, altısının (%12.2) tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Kontrol grubundaki katılımcıların 37'sinin (%84.1) tanısı bipolar bozukluk I, yedisinin (%15.9) tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Katılımcıların ortalama bipolar bozukluk başlangıç yaşı deney grubunda  $21.95 \pm 6.33$ , kontrol grubunda  $23.56 \pm 7.63$  olarak belirlenmiştir. Grupların daha önce yaşadıkları ortalama relaps sayısı deney grubunda  $10.18 \pm 9.34$ , kontrol grubunda  $9.52 \pm 7.19$  olarak bulunmuştur. Grupların ortalama hastaneye yatış sayısı ise deney grubunda 1.9, kontrol grubunda 1.8 olarak belirlenmiştir. Gruplar demografik veriler ve yukarıda belirtilmiş olan klinik özellikler bakımından homojendir. [25]

Colom ve arkadaşlarının çalışması, araştırmacıların 2003 yılında yaptıkları randomize klinik araştırmanın beş yıllık sonuçlarını içermektedir. 120 hasta ile başlanan çalışmanın iki yıllık izleminde, kontrol grubunda yer alan 60 hastanın 7'si (%11.6) haftalık görüşmelere katılmamış ancak psikiyatrist görüşmelerine ve izlem evresi prosedürlerine devam etmiş ve değerlendirmelere katılmıştır.[26] Deney grubunda 16 hasta araştırmadan ayrılmıştır. Bu hastaların 12'si manik ve depresif relaps yaşamaları nedeniyle psikoeğitime katılmamış; ancak değerlendirmelere katılmıştır. Dört hasta ise kendi isteğiyle araştırmadan çıkmıştır. Devam edilmeyen oturum sayısı bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Kontrol grubu katılımcıları ortalama  $3.75 \pm 0.87$  oturuma, deney grubu katılımcıları ise  $3.38 \pm 1.16$  oturuma katılmamıştır. Araştırmanın beş yıllık izlemini, 99 kişi tamamlamış, 21 kişi (%25.2) bu süreçte araştırmadan ayrılmıştır. Araştırmadan ayrılan 11 hasta kontrol grubunda, 10 hasta deney grubunda yer alan hastalar olup her iki grupta araştırmadan ayrılan kişi sayıları birbirine eşittir. [26]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında, psikoeğitimin bipolar bozukluk II tanısı olan hastalar üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada 2004 ve 2005 çalışmalarına benzer şekilde, araştırmacıların 2003 yılında yaptıkları randomize kontrollü araştırmanın alt analizi yapılmıştır. Bu araştırmada yer alan katılımcılar ( $n=20$ ), 2003 yılında yapılan çalışmanın örneklem grubundan ( $n=120$ ) seçilmiştir. Sadece bipolar II tanısı olan hastalar bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Orijinal araştırmada bipolar II tanısı olup psikoeğitim alan 12 hasta deney grubunu, bipolar II tanısı olup kontrol girişimleri uygulanan sekiz hasta kontrol grubunu oluşturmuştur.[27] Araştırma başlangıcında yapılan ölçümlere göre, gruplar arasında demografik veriler, hastalık öyküsü ya da uygulanan ilaç tedavileri açısından fark yoktur. Katılımcıların yaş ortalaması yaklaşık 40'tır. Deney grubunda yer alan katılımcılar hastalık ortaya çıktıktan sonraki 15 yıllık süre içinde ortalama 12 relaps yaşamışlardır. Bu oran kontrol grubunun yaşadığı relaps sayısından (8.83) fazla olmakla birlikte, istatistiksel olarak fark oluşturmamaktadır.[27]

Perry ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın örneklem sayısı 69'dur. Çalışmaya bipolar bozukluk tanısı olan, biri son 12 ay içinde olmak koşuluyla ikiden fazla relaps yaşamış olan, 18-75 yaş arası, İngilizce okuyup yazabilen, alkol ve madde kötüye kullanımını ya da alkol ve madde bağımlılığı olmayanlar dahil edilmiştir. Bipolar bozukluğunun etyolojisinde organik serebral bir neden (örn: multipl skleroz, felç) olanlar dışlanmıştır.[29] Katılımcıların yaş ortalaması deney grubunda  $44\pm 13$ , kontrol grubunda  $45\pm 11$ 'dir. Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında deney grubunun 23 kadın (%68), 11 erkek (%32), kontrol grubunun 24 kadın (%69), 11 erkek (%31) katılımcıdan oluştuğu görülmektedir. Deney grubundaki katılımcıların 30'unun (%88) tanısı bipolar bozukluk I, dördünün (%12) tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Kontrol grubundaki katılımcıların 33'ünün (%94) tanısı bipolar bozukluk I, ikisinin (%6) tanısı ise bipolar bozukluk II'dir. Grupların daha önce yaşadığı ortalama relaps sayısı deney grubunda altı, kontrol grubunda beştir. Katılımcıların ortalama hastalık süresi deney grubunda 11, kontrol grubunda ise 12 yıl olarak belirlenmiştir. Gruplar yaş ve cinsiyet açısından homojendir.[29]

### **Uygulanan Programlar**

D'Souza ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada "Genel Bakım- *Treatment as Usual (TAU)* ve Sistematik Hastalık Yönetim Becerileri Geliştirme Programı-Bipolar Bozukluk - *Systematic Illness Management Skills Enhancement Programme- Bipolar Disorder (SIMSEP-BD)*" programı uygulanmıştır (Tablo 2).[28] Colom ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada "standart psikiyatrik bakım ve psikoeğitim" uygulanmıştır (Tablo 2).[13] Colom ve arkadaşlarının diğer çalışmaları 2003 yılında yaptıkları çalışmanın ileri analizleri ve izlemi olduğundan, yeni herhangi bir müdahale yapılmamıştır.[24-27] Perry ve arkadaşlarının çalışmasında "rutin bakım ve deneysel tedavi" yapılmıştır (Tablo 2).[29]

D'Souza ve arkadaşlarının çalışması [28] ile Colom ve arkadaşlarının çalışmalarında [13,24-27] uygulanan psikoeğitim programlarında birbirine benzer şekilde hastalığın ne olduğu, belirtiler, farmakolojik tedavi, manik, depresif ya da karma atakların erken tanınması konularına yer verilmiştir. Bununla birlikte D'Souza ve arkadaşlarının çalışmasında uygulanan psikoeğitimde, Colom ve arkadaşlarının çalışmalarından farklı olarak psikoterapilerden bahsedilmiştir.[28]

Colom ve arkadaşlarının çalışmalarında uygulanan psikoeğitimde, D'Souza ve arkadaşlarının çalışmasından[28] farklı olarak serum lityum seviyeleri, gebelik ve genetik danışmanlık, alternatif tedaviler, alkol ve madde bağımlılığı riski, stresle başetme yöntemleri ve problem çözme teknikleri gibi konulara değinilmiştir.[13,24-27] Perry ve arkadaşlarının çalışmasında ise diğer bütün çalışmalardan farklı olarak psikoeğitimin uygulanması rutin bakım içinde yer almaktadır. Çalışma incelendiğinde psikoeğitimin içeriğine yönelik ayrıntılı bilgi verilmediği ancak eğitimin bipolar bozuklukla ilgili olduğu belirtilmiştir.[29] Çalışmalarda uygulanan psikoeğitim programlarının içeriği ile ilgili ayrıntılı bilgi Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 2. İncelemeye Alınan Araştırmaların Özellikleri

Makale No	Kaynak No	Yöntem	Örneklem	Uygulanan Program	Kullanılan Araçlar	Sonuç
1	[28]	Randomize Kontrollü Çalışma	n = 58 Deney grubu: 27 kişi Kontrol grubu: 31 kişi  Relaps nedeniyle hastaneye yatışı yapılan ve taburculuktan sonra bir ay geçmiş olan hastalar YMDÖ'den 10'dan az puan almış olan MADDÖ'den 8'den az puan almış olan 45 hasta (%78) araştırmayı tamamlamıştır. 13 hasta araştırmadan ayrılmıştır. Araştırmadan ayrılan 13 hastanın beşi bölgeden taşınmıştır (Deney grubu=1 kişi, Kontrol grubu=4 kişi) (p<0.1), sekizi araştırmadan kendi isteğiyle ayrılmıştır (Deney grubu=6kişi, Kontrol grubu=2 kişi) (p<0.1). Bölgeden taşınan katılımcılar son analizden çıkarılmıştır.	Genel Bakım- Treatment as Usual (TAU): Ayda bir 45 dakika süren, tıbbi görüşmeyi içeren, toplum temelli bir vaka yönetimi modelidir. Kontrol grubu hastalarına genel bakım uygulanmıştır. Sistematik Hastalık Yönetim Becerileri Geliştirme Programı- Bipolar Bozukluk – Systematic Illness Management Skills Enhancement Programme- Bipolar Disorder (SIMSEP-BD) Deney grubuna 90 dakika süren 12 oturum SIMSEP-BD uygulanmıştır. 12 hafta sonra deney grubundaki hastalara TAU uygulanmıştır.	Araştırma grubuna kör bir kişi tarafından YMDÖ, MADDÖ, ARS ölççekleri uygulanmıştır.  ARS den alınan 0 puan ilaç uyumunun olmadığını, 1 puan kısmi uyum olduğunu, 2 puan tam uyum olduğunu göstermektedir.  Bütün hastalar ölçüm araçları kullanılarak 60 hafta boyunca izlenmiştir.  İlk 12 hafta, haftada bir izlemler yapılmıştır. 12. haftadan sonraki izlemler 16,20.,24.,32.,40.,48.,60. haftalarda yapılmıştır.  Uygulamaların supervizyon ve gözlemi 3 haftada bir D'Souza tarafından yapılmıştır.	Relaps gelişme riski deney grubunda düşük bulunmuştur.  Manik relaps gelişme sıklığı deney grubunda düşük bulunmuştur.  Depresif relaps gelişme sıklığı açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır.  Deney grubunda relaps gelişme süresi kontrol grubuna göre daha uzun bulunmuştur.  Tedaviye uyum deney grubunda yüksek bulunmuştur.
2	[13]	Randomize kontrollü, tek kör çalışma	n = 120 Deney grubu: 60 kişi Kontrol grubu: 60 kişi  Örneklem, Barcelona Üniversite Hastanesi kliniği bipolar bozukluk programına kayıtlı hastalardan oluşturulmuştur.  Çalışmaya dahil etme ölçütleri: DSM-IV bipolar bozukluk I ve II tanı ölçütlerini karşılayan, 18-65 yaş arası, En az altı ay için YMDÖ<6, HDDÖ-	Standart Psikiyatrik Bakım Bütün hastalar 2 psikiyatrist tarafından dört haftada bir görülmüştür. Hastalar duygudurum değişikliği ya da uykusuzluk gibi herhangi bir problem yaşamaları durumunda merkeze gitmeleri önerilmiştir.  Hastalar Barcelona Bipolar Bozukluk Programının tedavi algoritmalarına göre ilaç tedavisi almışlardır. Psikiyatristlerin resmi olarak psikoterapi ya da spesifik psikoeğitim yapmalarına izin	Bütün katılımcılar çalışmaya kör bir psikiyatrist tarafından aylık olarak değerlendirilmiştir.  Herhangi bir relaps şüphesi olan hastalar iki haftada bir araştırma asistanı tarafından değerlendirilmiştir.  Hastalar iki yıllık izleme alınmıştır.  Her iki ayda bir relaps değerlendirmesi, semptom kontrolü ve tedavi kaydı yapılmıştır.  Her iki ayda bir SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders) ve SCID-II	Tedavi fazı süresince deney grubundaki hastalarda daha az relaps görülmüştür.  İki yıllık izlem sonrasında deney grubundaki hastalarda daha az relaps görülmüştür  Tedavi fazı süresince deney grubundaki hastaların hastaneye yatış sayıları daha az olmuştur.  İki yıllık izlem sonrasında deney



			<p>17&lt;8, DSM-IV eksen I komorbiditesi olmayan (kafein, nikotin bağımlılığı ve mental retardasyon [IQ&lt;70] hariç), Çalışma sırasında herhangi bir psikoterapi almayan ya da bir ilaç araştırmasında yer almayan hastalar.</p>	<p>verilmemiştir. Psikoeğitim (deney grubuna) 8-12 kişilik gruplar oluşturulmuştur. Deney grubuna dahil edilen hastalar standart psikiyatrik bakım ve toplam 21 oturum ve her bir oturumu 90 dakika süren psikoeğitim programına katılmışlardır. Gruplar araştırma grubunda yer alan iki psikolog tarafından yürütülmüştür.</p> <p>Oturumların yapısı: 30-40 dakika günün konusuyla ilgili konuşma, konuyla ilgili bir egzersiz (örn: yaşam tablosu çizme, potansiyel tetikleyici faktörlerin listesini yapma) ve tartışma.</p> <p>Kontrol grubu prosedürleri: Standart psikiyatrik bakım almalarının yanı sıra, iki psikoloğun yönettiği 20 haftalık grup toplantılarına katılmışlardır. Gruplar 8-12 kişiden oluşmuştur.</p> <p>Psikologlar, hasta etkileşimi için gerekli olmadıkça psikoeğitimsel bir geribildirim vermemişlerdir.</p>	<p>(Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Disorders), YMRS, HDRS-17 ve stresli yaşam olaylarını değerlendirmek için Holmes ve Rahe Envanteri uygulanmıştır.</p>	<p>grubundaki hastaların hastaneye yatış sayıları daha az olmuştur.</p> <p>Tedavi sonrası iki gruptaki hastaların plazma konsantrasyonları arasında fark bulunmamıştır.</p> <p>İki yıllık izlem sonrası deney grubundaki hastaların lityum seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.</p>
3	[24]	Randomize kontrollü çalışma	<p>n = 37 Kontrol grubu: 22 kişi Deney grubu: 15 kişi</p> <p>2003 yılında yapılan çalışmanın örneklemini oluşturan 120 hastanın %31'i DSM-IV kişilik bozukluğu ölçütlerine sahip olduğundan bu alt analizin örneklemini oluşturmuştur.</p>	Bk. Makale No:2	Bk. Makale No:2	<p>Tedavi fazı süresince deney grubundaki hastalar kontrol grubundaki hastalara göre daha az relaps yaşamışlardır.</p> <p>İki yıllık izlem sonrası kontrol grubundaki bütün hastaların (22 kişi), deney grubundaki 10 hastanın relaps yaşadığı görülmüştür.</p>

			Makale no:2'de bahsedilen dahil etme ölçütleri bu araştırma için geçerlidir.			tür.  2 yıllık izlem sonrası kontrol ve deney grubunun hastaneye yatış sayıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.  Kontrol grubundaki hastaların hastanede yatış süresi deney grubuna göre fazla bulunmuştur.
4	[25]	Randomize-kontrollü, tek kör çalışma	n = 93 Kontrol grubu: 44 kişi Deney grubu: 49 kişi  Bu çalışmanın örneklemini, 2003 yılında yapılan çalışmanın örneklemini oluşturan 120 hasta içinden, çalışma süresince lityum kullanan hastalar oluşturmuştur.	Bk. Makale No:2	Bk. Makale No:2  Tedaviye uyum, hastayla ve yakınları ile yapılan uyum odaklı görüşmeler ve duygudurum düzenleyicilerin plazma konsantrasyonları ile değerlendirilmiştir.  Plazma lityum seviyeleri biyokimya laboratuvarlarında 6., 12., 18. ve 24. aylarda kontrol edilmiştir.	Serum lityum seviyeleri psikoeğitim alan hastalarda bütün izlemler sırasında yüksek bulunmuştur.
5	[26]	Randomize kontrollü çalışma  (Beş yıllık izlem çalışması)	n = 99 Deney grubu: 50 kişi Kontrol grubu: 49 kişi  2003 yılında yapılan çalışmanın örneklemini oluşturan 120 hasta içinden, araştırmanın beş yıllık izlemini, 99 kişi tamamlamıştır. 21 kişi (%25.2) araştırmadan ayrılmıştır. (Deney grubundan 10 hasta, kontrol grubundan 11 hasta ayrılmıştır.) Makale no:2'de bahsedilen dahil etme ölçütleri bu çalışma için geçerlidir.	Bk. Makale No:2	Bk. Makale No:2	5 yıllık izlem sonrası:  Deney grubundaki hastalar daha az relaps yaşamışlardır.  Deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre akut geçirdikleri süre daha az bulunmuştur.  Deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre hastaneye yatış sayıları daha az bulunmuştur.

6	[27]	Randomize kontrollü çalışma	n = 20 Deney grubu: 8 kişi Kontrol grubu: 12 kişi 2003 yılında yapılan çalışmanın örneklemini oluşturan 120 hasta içinden 20 hasta DSM-IV Bipolar II tanı ölçütlerine sahip olduğundan bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.	Bk. Makale No:2	Bk. Makale No:2 Hastalar beş yıllık izleme alınmıştır. İşlevselliği değerlendirmek için SOFAS kullanılmıştır.	Gruplar arasında relaps sayıları açısından istatistiksel fark bulunmamıştır. Ancak deney grubundaki hastaların daha az relaps yaşadıkları görülmüştür.  5 yıllık izlem sonrası; Deney grubundaki hastaların daha az relaps yaşadıkları görülmüştür.  Kontrol grubundaki bütün hastaların relaps yaşadığı görülmüştür.  Her iki gruptaki hastaların hastanede geçirdikleri gün sayıları arasında fark bulunmamıştır. Deney ve kontrol grubunda hastaneye yatışı yapılan hasta sayıları arasında fark bulunmamıştır. İşlevsellik puanları arasında başlangıçta fark olmamakla birlikte, 2 ve 5 yıllık izlemler sonrası psikoeğitim alan hastaların işlevsellik puanları yüksek bulunmuştur.
7	[29]	Randomize kontrollü, tek kör çalışma	n = 69 Deney grubu: 34 kişi Kontrol grubu: 35 kişi Araştırmaya dahil etme ve dışlama ölçütleri: Bipolar bozukluk tanısı olan Biri son 12 ay içinde olmak koşuluyla ikiden fazla relaps yaşamış olan	Rutin bakım, Rutin bakım + Deneysel tedavi ile karşılaştırılmıştır. Araştırma 1994-1997 yılları arasında yapılmıştır. Rutin bakım: Psikiyatristler ve anahtar çalışanlar (toplum psikiyatrisi hemşiresi, sosyal çalışmacı, toplum	Her iki gruptaki hastalar 6., 12. ve 18. aylarda araştırma asistanları tarafından standart psikiyatrik görüşme ve sosyal işlevsellik görüşmesi ile değerlendirilmiştir.  Standart belirti ölçütlerine göre en az beş gün devam eden mani, hipomani, karma duyuşulanım bozukluğu ya da majör	Deney grubundaki hastalarda kontrol grubundaki hastalara göre relaps daha geç gelişmiştir.  Toplam manik relaps sayısı deney grubunda daha az bulunmuştur.  Manik relaps

<p>18-75 yaş arası İngilizce okuyup yazabilen Alkol, madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olmayanlar dahil edilmiştir. Bipolar bozukluğunun etiolojisinde organik serebral bir neden (örn: multipl skleroz, felç) olanlar dışlanmıştır.</p> <p>Araştırmayı toplam 68 hasta tamamlamıştır. Deney grubundan bir hasta kalp krizi geçirmiştir.</p>	<p>uğraşı terapisti) tarafından ilaç tedavisinin yapılması, duygudurum değişikliklerinin ve tedaviye uyumun izlenmesi, destek, bipolar bozuklukla ilgili eğitim yapılması ve gerekirse yatan hasta bakımını içermektedir.</p> <p>Deneyisel tedavi: Hasta ve psikolog (araştırmacılarından biri) arasında işbirliğini ifade etmektedir.</p> <p>Tedavi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Hastaya manik veya depresif relapsların prodromal belirtilerin öğretilmesi ve hastanın prodromal belirtilerin geliştiğini fark etmesi halinde bir hareket planı üretmesi ve prova yapmasını sağlamak Daha önce yaşanmış relapslardan bir öykü üretilmiştir.</p> <p>Prodromal belirtilerin doğası ve zamanlamasını belirlemek için standart kontrol listesi ve kart sıralama egzersizi kullanılmıştır.</p> <p>Normal duygudurum değişimlerini prodromal belirtilerden ayırmak için günlükler kullanılmıştır.</p> <p>Haftalık izlemler sırasında manik ya da depresif relapsa ilişkin üç belirti gelişmişse, bu durum uyarıcı aşama olarak kabul edilmiş ve izlemler günlük olarak yapılmıştır.</p> <p>Eğer üçten fazla belirti gelişmişse, bu durum eylem aşaması olarak kabul edilmiş ve hastalardan bu aşamada sağlık profesyonellerinden yardım araması beklenmiştir.</p> <p>Her hasta 7-12 arasında oturumlara katılmıştır.</p>	<p>depresyon olması relaps olarak değerlendirilmiştir.</p> <p>“Sosyal İşlevsellik Görüşme-si” kullanılmıştır.</p> <p>Her ay araştırma asistanları her hastanın anahtar çalışmacılar (toplum psikiyatrisi hemşiresi, sosyal çalışmacı, toplum uğraşı terapisti) ile görüşmüş ve hastaların bu uzmanlara başvuru durumlarını ve dolayısıyla relaps yaşama durumlarını değerlendirmiştir.</p>	<p>süreleri arasında fark bulunmamıştır.</p> <p>Toplam depresif relaps sayısı ve süresi bakımından gruplar arasında fark bulunmamıştır.</p> <p>18 aylık izlemin sonunda, deney grubunun sosyal işlevsellik düzeyinin, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.</p>
---	---	--	--

### ***Kullanılan Ölçüm Araçları ve İzlem Süreleri***

İncelenen araştırmalarda hastaların yaşadığı relaps sıklığı çeşitli ölçüm araçları ile değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamına alınan 6 çalışmada YMDDÖ ve stresli yaşam olaylarını değerlendirmek için Holmes ve Rahe Envanteri;[11,20-24] beş çalışmada HMDDÖ;[13,24-27] D'Souza ve arkadaşlarının çalışmasında MADDÖ ve ilaç uyumunu değerlendiren Medication Adherence Rating Scale (ARS) kullanılmıştır.[28] Çalışmaların birinde işlevselliği değerlendirmek için Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) kullanılmıştır.[27] Colom ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada tedaviye uyum; hastalar ve yakınları ile yapılan uyum odaklı görüşmeler ve duygudurum düzenleyicilerin plazma konsantrasyonları ile değerlendirilmiştir.[25] Perry ve arkadaşlarının çalışmasında psikiyatrik görüşme ve sosyal işlevsellik görüşmeleri yapılmıştır.[29]

İncelemeye alınan çalışmalarda izlem süreleri değişiklik göstermektedir. D'Souza ve arkadaşları, araştırmalarına dahil olan bütün hastaları 60 hafta boyunca izlemişlerdir.[28] İlk 12 hafta, haftada bir izlem yapılmıştır. 12. haftadan sonraki izlemler 16., 20.,24.,32.,40.,48.,60. haftalarda yapılmıştır. Colom ve arkadaşlarının 2005 yılındaki çalışmasında plazma lityum seviyeleri biyokimya laboratuvarlarında 6.,12.,18. ve 24. aylarda kontrol edilmiştir.[25]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında iki yıllık izlem yapılmıştır.[13] Colom ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada 6.,12.,18. ve 24. aylarda izlemler yapılmıştır.[24] Colom ve arkadaşlarının sonraki çalışmalarında ise beş yıllık izlem yapılmıştır.[25,26] Perry ve arkadaşları çalışmalarında her iki gruptaki hastaları 6.,12. ve 18. aylarda izleme almışlardır.[29] Her ay araştırma asistanları her hastanın anahtar çalışanlarını (toplum psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı, toplum uğraşı terapisti) ile görüşmüş ve hastaların bu uzmanlara başvuru durumlarını ve dolayısıyla relaps yaşama durumlarını değerlendirmiştir.

### ***Relaps Sıklığı***

İncelemeye alınan çalışmaların tamamında relaps sıklıklarının azaldığı görülmektedir.[13,24-29] D'Souza ve arkadaşları bipolar bozukluk tanısı olan hastalara uyguladıkları psikoeğitim ve genel psikiyatrik bakımın relaps sıklığı üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, uygulama sonrası relaps gelişme riskini deney grubunda düşük bulmuşlardır( $p=0.013$ ). Gruplar arasındaki farklara bakıldığında ise manik relaps gelişme sıklığı deney grubunda düşük bulunurken, depresif relaps gelişme sıklığı açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Deney grubunda relaps gelişme süresi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha uzun bulunmuştur. Bu farkın, deney grubunda mani belirtilerinin kontrol grubuna göre daha az olmasından kaynaklandığı saptanmıştır.[28]

Colom ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hem tedavi süresince hem de iki yıllık izlem sonrasında deney grubundaki hastalarda daha az relaps görülmüştür. Tedavi fazı süresince kontrol grubunun %60'ı (36 hasta), deney grubunun %38'i (23 hasta) mani, hipomani, depresyon ya da karma relapslarından birini yaşamıştır ( $p<0.05$ ). İki yıl devam eden izlemin sonunda kontrol grubunun %92'si (55 hasta), deney grubunun %67'si (40 hasta) relaps yaşamıştır ( $p<0.01$ ). Eğer hafif relapslar (hipomani) dışlanırsa relaps oranları kontrol grubunda %87, deney grubunda %63 olarak değişmektedir ( $p<0.04$ ).

Her durumda relaps sıklığı deney grubunda anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. [13]

Colom ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada tedavi evresi süresince deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre daha az relaps yaşadıkları görülmüştür. Tedavi evresi süresince kontrol grubundaki hastaların %77'si, deney grubundaki hastaların %46'sı relaps yaşamıştır (p=0.055). İki yıllık izlemin sonunda kontrol grubundaki bütün hastaların (%100), deney grubu hastalarının %66'sının relaps yaşadığı saptanmıştır (p<0.005). Deney grubundaki hastaların süre olarak kontrol grubuna göre relaps gelişme zamanlarının daha geç olduğu bulunmuştur (p=0.016).[24]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında 5 yıllık izlem sonrası psikoeğitim alan hastaların daha az relaps yaşadıkları belirlenmiştir. Beş yıllık izlem sonrası deney grubunun yaşadığı relaps sayısı (3.8) kontrol grubuna (8.3) göre düşük bulunmuştur (p<0.0001). İki yıllık ve beş yıllık etki büyüklüğü (Cohen's d) değerlendirildiğinde, zaman geçmesine rağmen etki büyüklüklerinin azalmadığı görülmüştür. Bu durum herhangi bir relaps-ta (iki yıl: 0.79; beş yıl: 0.87), manide (iki yıl: 0.40; beş yıl: 0.57), hipomanide (iki yıl: 0.27; beş yıl: 0.42), karma atakta (iki yıl: 0.34; beş yıl: 0.61) bulunan değerlerde görülebilir. Depresyon için etki büyüklüğü beş yıl için iki yıllık izleme göre düşüktür (iki yıl: 0.91; beş yıl: 0.80) ancak yine de geniş etki büyüklüğü değerindedir.[26]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında tedavi evresinin altı ayı süresince gruplar arasında relaps sıklığı bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte kontrol grubundaki hastaların %50'si, deney grubundaki hastaların %25'i relaps yaşamıştır. Beş yıllık izlem sonrası kontrol grubundaki hastaların tamamı, deney grubundaki hastaların %62'si relaps yaşamıştır (p=0.021). Beş yıllık izlem süresince kontrol grubunda yer alan 11 hasta ile deney grubunda yer alan 3 hasta en az bir hipomanik relaps yaşamıştır (p=0.02). Beş yıllık izlem süresince kontrol grubunda yer alan hastaların tamamı, deney grubunda yer alan hastaların %63'ü depresif relaps yaşamıştır (p=0.03).[27]

Perry ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmanın başında, 6. ve 18. ayda yapılan değerlendirmelerde, psikoeğitim alan hastaların kontrol grubuna göre yaşadığı toplam manik relaps sayısında anlamlı azalma saptanmıştır. Deney grubundaki hastalar ilk manik relapsı 65. haftada yaşarken, kontrol grubu hastaları 17. haftada yaşamıştır. Gruplar arası bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0.008). Buna karşılık ilk depresif relapsı deney grubundaki hastalar 21. haftada yaşarken, kontrol grubu hastaları 26.haftada yaşamıştır. Gruplar arası bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p= 0.19).[29]

### ***Hastaneye Yatış Sıklığı***

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında psikoeğitim alan hastaların hastaneye yatış sıklığı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada iki yıllık izlem sonrasında deney grubundaki hastaların hastaneye yatış sayıları kontrol grubuna göre daha az bulunmuştur. Tedavi süresince kontrol grubunun %16.1'inin, deney grubunun %13.3'ünün hastaneye yatışı yapılmıştır (p=0.67). Takip evresinin sonunda kontrol grubunun %35'inin, deney grubunun %25'inin hastaneye yatışı yapılmıştır (p=0.24).[13]

Hastaneye yatış sıklığı bakımından, tedavi evresi süresince ve takip evresinin ilk altı ayında, gruplar arasında fark bulunmamıştır. Eğitim sonrası deney grubunun hastaneye yatış sayıları ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır. 12 aylık izlem sonrası deney grubunun hastaneye yatış sayısı ortalama 0.23, kontrol grubu-

nun 0.63 ( $p<0.05$ ); 18. ayda sırasıyla 0.24, 0.86 ( $p<0.01$ ); 24.ayda sırasıyla 0.30, 0.78 ( $p<0.05$ ) olarak bulunmuştur. Hastaların hastanede yatış süresi de deney grubunda (4.75 gün) kontrol grubuna göre (14.83 gün) anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).[13]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında iki yıllık izlem sonrası kontrol ve deney grubunun hastaneye yatış sayıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki yıllık izlem sonunda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrol grubu hastalarının %50'sinin, deney grubu hastalarının %27'sinin hastaneye yatışının yapıldığı belirlenmiştir. İki yıllık izlem sonunda hastaların ortalama hastaneye yatış sayıları arasında da fark bulunmamıştır. Bununla birlikte hastanede geçirilen süre incelendiğinde, kontrol grubundaki hastaların deney grubundaki hastalara göre hastanede daha uzun süre kaldıkları görülmüştür.[24]

Colom ve arkadaşlarının diğer çalışmasında 5 yıllık izlem sonrası psiko eğitim alan hastaların kontrol grubundaki hastalara göre hastaneye yatış sayılarının daha az olduğu görülmüştür. Buna göre kontrol grubunun %40'ı, deney grubunun %30.4'ü hastaneye yatmıştır ( $p=0.278$ ). Kontrol grubunun hastaneye yatış sayısı 0.59, deney grubunun 0.24 olarak bulunmuştur ( $p=0.023$ ).[26]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında beş yıllık izlem süresince iki grubun hastaneye yatışı yapılan hasta sayıları arasında fark bulunmamıştır (kontrol grubu: %33, psiko eğitim grubu: %28,  $p=0.829$ ). Gruplar arasında hastanede geçirilen gün sayısı bakımından da fark bulunmamıştır (kontrol grubu: 62.75 gün, psiko eğitim grubu:50 gün,  $p=0.643$ ). İncelemeye alınan diğer çalışmalarda bu bulgu araştırılmamıştır.[27]

### ***Hasta Olarak Geçirilen Zaman***

Perry ve arkadaşlarının çalışmasında manik relaps ve depresif relaps süreleri açısından psiko eğitim alan ve almayan hastalar arasında fark bulunmamıştır. Colom ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında katılımcıların hastanede yatış süreleri ile ilgili verilen bulgu, bu derlemede hasta olarak geçirilen zaman kapsamında değerlendirilmiştir. Buna göre iki yıllık izlemde kontrol grubundaki hastaların hastanede yatış sürelerinin ( $-20.19\pm 25.04$  gün) deney grubuna göre ( $6.15\pm 12.61$  gün) fazla olduğu saptanmıştır ( $p=0.038$ ).[29]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında beş yıllık izlem sonrası psiko eğitim alan hastaların kontrol grubundaki hastalara göre akut hasta olarak geçirdikleri sürenin daha az olduğu bulunmuştur. Buna göre deney grubundaki hastaların ortalama  $153.72\pm 184.38$  günü, kontrol grubundaki hastaların  $586.45\pm 510.91$  günü hasta olarak geçirdikleri saptanmıştır ( $p=0.000$ ). Depresif relaps nedeniyle hasta olarak geçirilen ortalama gün sayısı, deney grubunda  $364.17\pm 165.47$  gün, kontrol grubunda  $398.55\pm 364.17$  gün olarak belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Manik relaps nedeniyle hasta olarak geçirilen ortalama gün sayısı, deney grubunda  $26.1\pm 42.31$  gün, kontrol grubunda  $61.27\pm 114.1$  gün olarak belirlenmiştir ( $p=0.035$ ). Hipomanik relaps nedeniyle hasta olarak geçirilen ortalama gün sayısı, deney grubunda  $13.8\pm 24.92$  gün, kontrol grubunda  $60.35\pm 106.41$  gün olarak belirlenmiştir ( $p=0.004$ ).[26]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında beş yıllık izlem süresince gruplar arasında hastanede geçirilen gün sayısı bakımından fark bulunmamıştır (kontrol grubu: 62.75 gün, deney grubu:50 gün,  $p=0.643$ ). Beş yıllık izlem süresince hasta olarak geçirilen ortalama süre kontrol grubunda 859 gün, deney grubunda 192 gün olarak saptanmıştır

( $p < 0.004$ ). Depresif relaps nedeniyle hasta olarak geçirilen ortalama gün sayısı, deney grubunda  $150.29 \pm 221.57$  gün, kontrol grubunda  $500.7 \pm 242.6$  gün olarak belirlenmiştir ( $p < 0.02$ ). Hipomanik relaps nedeniyle hasta olarak geçirilen ortalama gün sayısı, deney grubunda  $42.14 \pm 79.37$  gün, kontrol grubunda  $359.2 \pm 306.24$  gün olarak belirlenmiştir ( $p < 0.009$ ). İncelemeye alınan diğer çalışmalarda bu bulgu araştırılmamıştır. [27]

**Tablo 3. Araştırmalarda Uygulanan Psikoeğitim Programlarının İçeriği**

D'Souza ve ark. [28]	Colom ve ark. [13,24-27]	Perry ve ark. [29]
Giriş: hasta ve bakım verenlerin hastalıkla ilgili bakış açıları	Bipolar bozukluk nedir?	Psikiyatristler ve anahtar çalışmacılar (toplum psikiyatrisi hemşiresi, sosyal çalışmacı, toplum uğraşı terapisti) tarafından bipolar bozuklukla ilgili eğitim yapılmıştır.
Programı tanıma: hastalıkla ilgili bilgi	Tetikleyici faktörler	
Belirtiler: mani, depresyon, karma ataklar, psikozlar	Belirtiler (I): mani ve hipomani	
Belirtiler: biyolojik ritimler, stres	Belirtiler (II): depresyon ve karma ataklar	
Farmakoterapi: ilaçların rolü, ilaç çeşitleri	Gidiş ve sonuç	
Farmakoterapi: uyum, ambivalans, kombinasyonlar, izlem	Tedavi (I): duygudurum düzenleyiciler	
Psikoterapi: yaşam tabloları, bireysel öğrenme, riskler, başetme becerileri	Tedavi (II): antimanik ilaçlar	
İşaretler: relaps işaretleri, acil durum planlama, yardım bilgileri	Tedavi (III): antidepresanlar	
İşaretler: iş, çalışma, yasal, finansal, ilişki durumları ve stratejiler	Serum seviyeleri: lityum, karbamazepin, valproat	
İnce ayar (fine tuning): ek kaynaklar ve gruplar, duygudurum tabloları, kalıcı bulgular	Gebelik ve genetik danışmanlık	
Görüşme ve değerlendirme: uyarıcı işaretler, yardım eylemleri, yönetim planı, geribildirim. Sonlandırma.	Psikofarmakolojiye karşı alternatif tedaviler	
	Tedaviyi bırakma ile ilgili riskler	
	Alkol ve madde: bipolar bozuklukta riskler	
	Manik ve hipomanik atakların erken tanınması	
	Depresif ve karma atakların erken tanınması	
	Yeni bir atak geliştiğinde ne yapmalı?	
	Düzenlilik / devamlılık	
	Stresle başetme yöntemleri	
	Problem çözme teknikleri	
	<b>Son oturma</b>	

### *Serum Lityum Düzeyleri*

Klasik kaynaklarda, [30] yeni çalışmalarda [31] ve meta analiz çalışmalarında [32] duygudurum değişimlerinin önlenmesinde bir duygudurum düzenleyici olarak lityum; altın standart olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla serum lityum düzeyleri bipolar bozuklukta önemli bir relaps belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Kanda lityum düzeyinin düşmesi ani relaps oluşması için presipitan faktör olabilir. Bu nedenle lityum düzeyinin korunması da relapsı önleme programı içinde yerini almıştır. [25]

Tedavi için uygun lityum kan düzeyi 1.0–1.25 mEq/L arasındadır. Koruyucu lityum düzeyi 0.60–0.90 mEq/L olarak kabul edilmektedir. Genellikle kanda lityum düzeyi 2 mEq/L ve üzeri düzeylere çıktığında zehirlenme tablosu görülmektedir. Ancak kimi zaman 0.75 mEq/L gibi düzeylerde bile zehirlenmeler olabilmektedir. Lityum düzeyle-



rini değerlendirirken hastadan hastaya bireysel farklılıkların olabileceği ve değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir.[33]

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında, başlangıç ölçümlerinde iki gruptaki hastaların serum lityum düzeyleri arasında fark bulunmazken (kontrol grubu:  $0.71 \pm 0.20$  mEq/L; deney grubu:  $0.74 \pm 0.19$  mEq/L), iki yıllık izlem sonrası deney grubundaki hastaların serum lityum seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.[13] İki yıllık izlem çalışmasının sonuçları Colom ve arkadaşlarının 2005 yılında yayımladıkları çalışmada yer almaktadır.[25] İlgili çalışma incelendiğinde psikoeğitim alan hastaların serum lityum düzeylerinin bütün izlemler sırasında yüksek bulunduğu görülmektedir. Ölçümler sonrası deney grubundaki hastaların ortalama serum lityum düzeylerinin nispeten sabit ( $0.75-0.79$  mEq/L) ve her izlemlerde başlangıç düzeyinden yüksek olduğu saptanmıştır. Başlangıç ölçümlerinde deney grubunun serum lityum düzeyi  $0.74$  iken  $24.$  ayda  $0.76$  olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda serum lityum düzeylerinin daha fazla değişiklik gösterdiği ( $0.64-0.72$  mEq/L) saptanmış ve grubun en yüksek lityum düzeyi  $0.71$  mEq/L olarak araştırmanın başlangıcında ölçülmüştür. Kontrol grubunun  $24.$  ayda izleminde ise serum lityum düzeyi  $0.68$  mEq/L olarak ölçülmüştür.

### **Sosyal İşlevsellik**

Colom ve arkadaşlarının çalışmasında, kontrol ve deney gruplarının eğitim öncesi sosyal işlevsellik düzeyleri arasında fark bulunmamıştır ( $p=0.96$ ). İki yıllık ve beş yıllık izlemlerde, deney grubunun sosyal işlevsellik puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca beş yıllık izlemlerde sosyal işlevsellik puanının iki yıllık izleme göre daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.006$ ).[27]

Perry ve arkadaşlarının çalışmasında, deney grubunun  $18$  aylık izlemin sonunda sosyal işlevsellik düzeyinin, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.003$ ). İncelemeye alınan diğer çalışmalarda bu bulgu araştırılmamıştır.[29]

### **Tartışma**

Bipolar bozukluk tanısı alan hastalar, tedavilerinde duygudurum düzenleyici ilaçlar kullanmalarına karşın sık relaps yaşamaktadır. Bipolar bozuklukta ilaç tedavisine uyum sağlayamama, ilaçların koruyucu etkisini önleyen nedenlerden biri olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte profilaktik ilaç kullanan bazı hastalar da relaps yaşamaktadır. Bu bulgular bipolar bozuklukta yeni farmakolojik ve psikolojik müdahalelere gereksinim olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır.[21] Bu sistematik derlemede farmakolojik tedaviyle eş zamanlı relapsı önlemeye yönelik psikoeğitim girişimi yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Çalışmaların tamamında bipolar bozuklukta uygulanan psikoeğitimin olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır. İncelemeye alınan çalışmalarda, psikoeğitim uygulaması yapıldığı süre içinde ve yapıldıktan sonra relaps ve hastaların/bireylerin hastaneye yatış sıklığı, hastanede yatış süresi ve akut hasta olarak geçirilen sürede azalma saptanırken, hasta işlevselliğinde artma olduğu ortaya konmuştur. Bipolar bozuklukta relaps önlemeye yönelik yapılan psikoeğitimlerin değerlendirildiği meta analiz çalışmalarından elde edilen bulgular da psikoeğitim gibi tamamlayıcı psikoterapi yöntemlerinin relapsları önlemede etkili olduğunu ortaya koymaktadır.[17,34-36]

Bipolar bozuklukta relapsların tekrarlama, özkıyım riski, relapslar nedeniyle ortaya çıkacak psikososyal sonuçlar ve hastalığa eşlik eden bozukluklar (alkol ve madde kullanım bozuklukları) nedeniyle koruyucu tedavinin gerekliliği tartışılmaz bir durumdur.[37,38] Bu görüşü destekler nitelikte incelenen çalışmaların tamamında uygulanan psikoeğitimin, yaşanan relaps sayılarını azalttığı görülmüştür.

D'Souza ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikoeğitim alan hastalarda manik relaps gelişme sıklığı düşük bulunmuştur.[28] Colom ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikoeğitim alan hastalar daha az relaps yaşamışlardır.[13] Aynı örneklem grubunun iki yıl sonraki izleminde de psikoeğitim alan hastaların daha az relaps yaşadıkları belirlenmiştir. Colom ve arkadaşlarının çalışmasında beş yıllık izlem sonrası, deney grubunda kontrol grubuna göre daha az hastanın relaps yaşadığı, kontrol grubunda ise bütün hastaların relaps yaşadığı görülmüştür.[27]

Relaps önleme amacıyla yapılan psikoeğitim girişimlerinin, bipolar bozukluk tedavi rehberlerinde yer alması gerekliliğini ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Uyumun ve hastalıkla ilgili farkındalığın artması ile birlikte, psikoeğitimin, ilaç tedavilerinin klinik deneylerdeki etkililiği ile gerçek dünya etkililiği arasındaki boşluğu kapatabileceği düşünülmektedir. İlaçların gerçek dünya etkililiği genellikle düşük olduğu bilinen bir gerçektir. Colom ve arkadaşlarının çalışmasında, iki yıllık izlem sonrası deney grubundaki hastaların serum lityum seviyelerinin yüksek bulunması, psikoeğitimin ilaç tedavisine uyumu etkilediğini düşündürmektedir.[13]

Colom ve arkadaşlarının çalışması, psikoeğitimin komorbid kişilik bozukluğu olan hastalarda etkili olduğunu göstermiştir. Ancak bu etkinin, psikoeğitimin sadece bipolar bozukluğu olan hastalardaki etkisinden daha az olduğu belirtilmiştir. Çünkü komorbid kişilik bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmada, kontrol grubunda yer alan bütün hastaların iki yılın sonunda relaps yaşadığı saptanmıştır. Bununla birlikte uygulanan psikoeğitimin, yalnızca bipolar hastalar için hazırlanmış olmasına da dikkat çekilmektedir. [24] Colom ve arkadaşları çalışmalarında, psikoeğitimin lityum düzeyleri üzerine etkisini bulduklarını; ancak araştırmalarının konuyla ilgili kesin kanıt sunmadığını da belirtmektedirler. Çünkü kontrol ve deney gruplarının, serum lityum düzeyi değişimleri tedavi edici doz aralığında, küçük düzeylerde olmuş ve 0.6 mEq/L düzeyinden aşağı hiç düşmemiştir. Fakat uygulanan girişimle birlikte serum lityum düzeylerinin sabitliğinin korunmuş olduğu da görülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmanın, 2003 yılında yapılan araştırmanın ileri analizi olduğu da dikkat edilmesi gereken ayrıntılardan biridir. Psikoeğitimin lityum düzeyini ortalama değerlerde sürdürdüğü düşünülmektedir.[25]

Alataş ve arkadaşlarının belirttiğine göre, ruh sağlığı sistemlerinin ve sigorta kurumlarının hastanede kalış sürelerini kısaltma yönündeki uygulamaları ve hastaneye yatışlarının hastalar ve ailelerine getirdiği ekonomik yük nedeniyle yatış sürelerinin daha kısa tutulmaya çalışılması, bipolar bozukluğu olan bireylere yönelik psikoeğitim uygulamalarının artmasının nedenleri arasında görülmektedir.[35] Colom ve arkadaşlarının çalışmasında psikoeğitim alan hastaların hastaneye yatış sayılarının kontrol grubuna göre daha az olduğu görülmüştür.[13] Colom ve arkadaşlarının çalışmasında beş yıllık izlemden sonra da psikoeğitim alan hastaların hastaneye yatış sayılarının daha az olduğu belirtilmektedir.[26] Elde edilen sonuçlara göre, psikoeğitimin uzun dönemde relapsları önleyerek koruyucu etki gösterebileceği düşünülmektedir. Menezes ve de Mello E Souza'nın yaptığı niteliksel çalışmada, psikoeğitim alan hastaların hastalık ve hastalığın sonuçları ile başetmeyi öğrendikleri için hastaneye yatışlarının azaldığı belirtilmiştir.[19]

İncelenen çalışmalarda dikkat çeken bulgulardan biri; genel bakım, rutin bakım ve standart psikiyatrik bakım uygulamaları ile psiko eğitim uygulamalarının karşılaştırılmasıdır. Ayrıntıları Tablo 2'de verilmiş olan genel, standart ve rutin bakımlardan kast edilen uygulamalar her klinik hatta her ülke için farklı olabilmektedir.

## Sonuç

Değerlendirmeye alınan tüm çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarına yönelik relapsları önleme amacıyla uygulanan psiko eğitim programlarının olumlu sonuçları olduğu görülmektedir. Bu konu ile ilgili daha fazla deneysel çalışmaya gereksinim olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre bu çalışmada; bipolar bozuklukta relapsları önlemeye yönelik geliştirilen psiko eğitim programlarıyla ilgili randomize kontrollü çalışmaların artırılması, bipolar bozuklukta relapsları önlemeye yönelik geliştirilecek psiko eğitim programlarının aile üyelerini de kapsayacak şekilde yapılması ve etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

## Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2000.
2. López AD, Murray CJ. The global burden of disease. *Nature Med* 1998; 4: 1241–3.
3. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord* 2002; 68: 167–81.
4. Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:469–76.
5. Gündüz C, Akkaya C, Deniz G, Cangür Ş, Kırılı S. Bipolar bozuklukta dönem süreleri üzerine sosyodemografik ve klinik özelliklerin etkisi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2012; 6:251-255.
6. Koroğlu E. Boylam Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları. HYB Basım Yayın. Ankara. 2009.
7. Angst J, Gamma A, Neuenschwander M, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rössler W et al. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2005; 14:68–76.
8. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1635-1640.
9. World Health Organization Burden of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, Geneva, Chapter 2. 2001; <http://who.int/whr/2001/chapter2/en/index1.html> (10 Eylül 2013'te ulaşıldı).
10. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 52:379-384
11. Revicki DA, Matza LS, Flood E, Lloyd A. Bipolar disorder and health-related quality of life: review of burden of disease and clinical trials. *Pharmacoeconomics* 2005; 23:583-94.
12. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med* 1997; 27:1091-100.
13. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A et al. 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; 60:402-407.
14. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:904-912.
15. Zaretsky AE, Rizvi S, Parikh SV. How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2007; 52:14-20.
16. Rea MM, Tompson M, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family focused treatment vs individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003;71, 482–492.
17. Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, Duffy S, Geddes JR. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008; 192:5-11.
18. Brady KT, Sone SC. The relationship between substance abuse and mood disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:19-24.

19. Menezes SL, de Mello E Souza MC. The implications of a psychoeducation group on the everyday lives of individuals with bipolar affective disorder. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46:124-31.
20. Schmitz, JM, Averill P, Sayre S, McCleary P, Moeller FG, Swann A. Cognitive-behavioral treatment of bipolar disorder and substance abuse: A preliminary randomized study. *Addict Disord Their Treat* 2002; 1:17-24.
21. Colom F, Lam D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 359-64.
22. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliği. Resmî Gazete. Sayı:27515 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> (20 Ağustos 2013'te ulaşıldı).
23. Dixon-Woods M, Bonas A, Booth A, Jones DR, Miller T, Sutton AJ et al. How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qual Res* 2006; 6:27-44.
24. Colom F, Vieta E, Sa´nchez-Moreno J, Marti´nez-Ara´n A, Torrent C, Reinares M et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord* 2004; 6:294–298.
25. Colom F, Vieta E, Sa´nchez-Moreno J, Marti´nez-Ara´n A, Reinares M, Goikolea JM et al. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disord* 2005; 7:32–36.
26. Colom F, Vieta E, Sa´nchez-Moreno J, Goikolea JM, Popova E, Bonnin CM et al. Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory, 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disord* 2009; 112: 30–35.
27. Colom F, Vieta E, Sa´nchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009; 194:260–265.
28. D'Souza R, Piskulic D, Sundram S. A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2010; 120:272–276.
29. Perry A, Tarrier N, Morris R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; 318:149–153.
30. Dunner DL, Stallone F, Fieve RR. Lithium carbonate and affective disorders. V: a double-blind study of prophylaxis of depression in bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:117–120.
31. Tondo L, Baldessarini RJ, Floris G. Long-term clinical effectiveness of lithium maintenance treatment in types I and II bipolar disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 41:184–190.
32. Geddes JR, Burgess S, Hawton K, Jamison K, Goodwin GM. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 2004; 161:217–222.
33. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 10. Basım. Ankara, Nobel Yayınevi, 2004.
34. Miklowitz DJ. A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:28–33.
35. 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.
36. Soares-Weiser K, Bravo Vergel Y, Beynon S, Dunn G, Barbieri M, Duffy S et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technol Assess* 2007; 11, iii–iv, ix–206.
37. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 53-56.
38. Brady KT, Sone SC. The relationship between substance abuse and mood disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:19-24.
39. Alataş G, Kurt E, Alataş ET, Bilgiç V, Karatepe HT. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam* 2007; 20:196-205.

---

**Gülşah Acar**, Araş. Gör., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya; **Kadriye Buldukoğlu**, Prof.Dr., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Gülşah Acar, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya, Turkey.

E-mail: gulsahgoral@akdeniz.edu.tr

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: [www.cappsy.org/archives/vol6/no4/](http://www.cappsy.org/archives/vol6/no4/)

Çevrimiçi yayım / Published online 2 Ocak/January 2, 2014; doi: 10.5455/cap.20131215112300

---