

Bipolar Bozuklukta Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisinin Temel İlkeleri

Basic Principles of Interpersonal Social Rhythm Therapy in Bipolar Disorder

Gökben Hızlı Sayar, Eylem Özten, Barış Önen Ünsalver

Özet

Kişilerarası ilişkiler ve Sosyal Ritim Terapisi hastanın sosyal ritimindeki aksamalar ile psikiyatrik bozukluğunun geçmiş ataklarının başlangıcı arasındaki ilişkiyi fark edebilmesini kolaylaştıran bir psikoterapi yöntemidir. Bu terapi biçiminde, sosyal ritim ve uyku / uyanıklık düzeninin korunabilmesi için psikoeğitim ve davranışsal teknikler kullanılır. Kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi bipolar spektrum bozuklukları olan ya da risk taşıyan bireylerde, sosyal ritim düzeninin, sirkadyen ritim senkronizasyonunda rol oynadığını vurgulayan "sosyal zeitgeber teorisi" ile yakından ilgilidir. Kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi'nin sosyal ritimleri koruduğu ve bipolar bozukluğunun gidişatında olumlu etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Bu gözden geçirme yazısında bipolar bozuklukta kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi uygulamasının teorik ilkeleri ve temel adımları üzerinde durulacaktır.

Anahtar sözcükler: Bipolar bozukluk, psikoterapi, sosyal ritim, sirkadyen ritim.

Abstract

Interpersonal Social Rhythm Therapy is a psychotherapy modality that helps the patient recognize the relationship between disruptions in social rhythms and the onset of previous episodes of psychiatric disorders. It uses psychoeducation and behavioral techniques to maintain social rhythm and sleep/wake regularity. It is closely related to "social zeitgeber theory" that emphasizes the importance that social rhythm regularity may play in synchronization of circadian rhythms in individuals with or at risk for bipolar spectrum disorders. Interpersonal and social rhythm therapy has been shown to stabilize social rhythms and enhance course and outcome in bipolar disorder. This review focuses on the theoretical principles and the basic steps of interpersonal and social rhythm therapy as a psychotherapy approach in bipolar disorder.

Key words: Bipolar disorder, psychotherapy, social rhythm, circadian rhythm.

1960'LARDA lityum ve 1980'lerde duygudurum düzenleyicilerin kullanılmaya başlanması ile bipolar bozukluk tedavisinde önemli gelişmeler sağlanmış olsa da, halen araştırmalarda bipolar bozukluk için saptanan bir yıllık relaps oranları %40, iki yıllık relaps oranları ise %60'tır.[1] Çevresel etkenler bipolar bozukluk riski taşıyan kişilerde hastalığın gelişimi, atakların sıklığı, zamanı ve duygudurum ataklarının etkiler.[2] Psikofarmakolojik tedavinin yanı sıra psikososyal etkenleri de kontrol etmeye yönelik uygulanan bazı psikoterapilerin relaps oranlarını düşürdüğü araştırmacılarca bildirilmiştir.[3,4]

Randomize kontrollü çalışmalar bipolar bozukluk tedavisinde farmakoterapinin etkinliğinin bilişsel davranışçı terapiler, Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisi (KİSRT), grup ve aile psikoeğitimi ile arttırılabileceğini göstermiştir.[5] Kişilerarası ilişkiler Sosyal Ritim Terapisi ya da kısa adıyla KİSRT de bipolar bozuklukta nüks oranlarını azalttığı bildirilen psikoterapi tekniklerinden birisidir.[6] Bu yazıda KİSRT'nin teorik ilkeleri ve KİSRT uygulamasının temel adımları gözden geçirilecektir.

Bipolar Bozukluk ve Sirkadyen Ritim

Bipolar bozukluğun en belirgin klinik özelliklerinden birisi tekrarlarla seyretmesidir. Duygudurum atakları sıklıkla mevsimsel bir ritim takip eder.[7] Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda duygudurum atakları esnasında sirkadyen ritimde ve uyku / uyanıklık döngülerinde belirgin bozulmalar izlenir.[8] Sirkadyen ritim sadece vücut ısısı, hormon salınımı, uyku-uyanıklık döngülerini değil, psikomotor performansı, kognitif fonksiyonları ve duygudurumu da etkiler.[9] Sirkadyen ritim, monoamin sistemini de düzenler. Sirkadyen ritimdeki düzensizlikler, hipotalamus-pitüiter-adrenal aksında ve monoamin sisteminde düzensizliklere neden olur ve kişinin depresyondan hipomani-maniye geçmesine yatkınlığını artırır.[10] Sirkadyen ritimden sorumlu olduğu düşünülen saat geni (clock gen) mutasyonu izlenen farelerde hiperaktivite, azalmış uyku ihtiyacı, kaygılı davranışlarda azalma gibi manik atakta izlenen belirtilere benzer davranışlar gözlemlendiği bildirilmiştir.[11] Bipolar bozukluk hastalarında yapılan çalışmalarda ise saat geni ile bipolar spektrum bozuklukların gelişimi ve lityum tedavisine cevap arasında ilişkiler gösterilmiştir.[12]

Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan lityumun sirkadyen ritimdeki hızlı döngüyü yavaşlattığı bildirilmiştir.[13] Depresyon hastalarında uyku deprivasyonu ile sirkadyen ritimde düzensizlik yaratılmasının depresyon belirtilerinde düzelmelere neden olabildiği de bilinmektedir.[14] Sirkadyen ritimde değişikliklere neden olan parlak ışık tedavisinin de depresif bozukluk, mevsimsel affektif bozukluk ve bipolar bozukluk tedavisinde kullanılabileceği araştırmalarda gösterilmiştir.[15,16] KİSRT ise sosyal ritmin stabilizasyonunu hedefleyerek sirkadyen ritim düzenini sağlamayı hedefleyen bir psikoterapi biçimidir.[6]

Sosyal “Zeitgeber” Teorisi

Sosyal ritimdeki dalgalanmaların azaltılmasının bipolar bozuklukta atak tekrarlarına karşı koruyucu rolü araştırmacılarca bildirilmiştir.[4] Shen ve arkadaşları ise 400 öğrenci ile yaptıkları ileriye yönelik bir çalışmada sosyal ritimlerdeki düzensizliğin sonraki birkaç yılda ilk atak depresyon, hipomani ya da mani gelişimini başarılı biçimde yordadığını saptamışlardır.[17] Sosyal zeitgeber teorisi, stresli yaşam olaylarının uyuma zamanı, uyanma zamanı, yemek zamanı gibi “sosyal zeitgeber” olarak tanımlanan durumların düzenini bozabildiğini, bunun sonucunda da sirkadyen ritim bozuklukları izlenerek, hastalığa yatkın kişilerde duygudurum atağı izlenebileceğini belirtir.[18] Kelime kökenini Almanca'dan alır. “Zeit” zaman, “geben” vermek demektir. “Sosyal zamanlayıcılar” olarak ifade edebileceğimiz zeitgeber'ler sirkadyen ritim, uyku - uyanıklık düzeni gibi, bir biyolojik ritmi etkileyen sosyal durumlardır. Kişilerarası ilişkiler, yaşam evresi, sosyal

ihtiyaçlar gibi etkenler, uykuya dalma saati gibi bir sosyal zeitgeber'i etkileyerek biyolojik ritimleri bozabilir.[19]

Canlılar için en güçlü "zeitgeber" güneşin doğuşu ve batışıdır. Ancak modern yaşamın getirdiği 24 saat aralıksız hızlı şehir hayatı, yoğun çalışmanın gerektirdiği esnek mesai saatleri, vardiyalı çalışma, trafik sıkışıklığı nedeni ile geciken yemek saatleri, kilo vermek için atlanan öğünler, TV programlarına göre ayarlanan uyku saatleri en temel zeitgeber olan güneşin doğuşu ve batışının ayarladığı ritmi bozmaktadır. Biyolojik ritimdeki bu bozulmalar sağlıklı kişilerde kısa süreli kognitif güçlükler ya da duygudurum değişimleri yaratmakla sınırlı kalabilse de, bipolar bozukluk tanısı ya da yatkınlığı olanlarda yeni bir atağı tetikleyebilmektedir. Örneğin yaz saati uygulamasına geçiş gibi birçok kişi için önemsiz bir değişim, yatkınlığı olan kişilerde biyolojik ritmi bozarak enerji düzeyi ve duygudurumda dalgalanmalar yaratabilir.[19]

Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisi ve Uygulaması

Güncel tedavi kılavuzları bipolar bozukluk tedavisinde psikoterapi ve farmakoterapinin hem akut atakta hem de idame döneminde birlikte kullanımını önermektedir. Psikoterapötik yaklaşımlar ilaç tedavilerine eklendiğinde, hastalığın yinleme hızı, yinelemeye kadar geçen süre ve hastaneye yatış sayısı üzerinde olumlu gelişmeler izlenir.[20] Stresli yaşam olayları, sosyal ritimdeki bozulmalar ve ilaç tedavisine uyumsuzluk, bipolar bozuklukta izlenen yinlemelerin en önemli sebepleridir.[21] Dahası, bu üç faktör birbirleriyle de etkileşim içindedir. Stresli yaşam olayları sosyal ritmi bozabilir, sosyal ritimdeki bozulmalar ise ilaç tedavisine uyumu azaltabilir. Sosyal zeitgeber'leri ve biyolojik ritimlere etkilerini ele alırken kişinin çevresi ile ilişkilerini, uyum kapasitesini de göz önüne almak gerekir. Her ne kadar uyku bireysel bir yaşantı olarak düşünülse de yatak partnerleri uykusuzluğun başlangıcında ve sürdürülmesinde oldukça etkili olabilir.[22] Bozuk giden bir evlilik ilişkisinin yarattığı sosyal stresin yanı sıra, eşlerin birlikte yatağa gitmekten kaçınmaları nedeni ile uyku saatlerini değiştirmeleri psikososyal olaylar ile biyolojik ritmin değişmesine örnek verilebilir. KİSRT günlük sosyal ve biyolojik ritimde sabitliği hedefleyen bir psikoterapi biçimidir. KİSRT'de sadece biyolojik ritim, uyku - uyanıklık saatleri değil, kişilerarası ilişkileri ve sosyal roller de ele alınır, böylelikle sosyal ritim düzenlenmeye çalışılır.

Frank ve arkadaşları tarafından geliştirilen KİSRT'de beş konuya odaklanılır.[23]

1. Yaşam olayları ve duygudurum değişimleri ilişkisinin saptanması,
2. Düzenli günlük rutinlerin oluşturulması,
3. Günlük yaşamda ve kişilerarası ilişkilerde sosyal ve biyolojik ritmi bozan etkenlerin saptanması,
4. Kişinin hastalığa bağlı olarak kaybettiği "sağlıklı ben"e ait yasının ele alınması,
5. Affektif belirtilerin saptanması ve ele alınması.

KİSRT'de psikoterapi süreci başlangıç, ara dönem, idame dönemi ve sonlandırma olarak adlandırılan dört aşamadan oluşur.

Başlangıç Dönemi

KİSRT'nin başlangıç döneminde hastalık öyküsü alınır, kişilerarası ilişkiler sorgulanır ve sorunlu alanlar belirlenir. Hastaya, hastalık hakkında psikoeğitim verilir. Bu dönemde hasta akut atakta olabileceği gibi ötimik dönemde de olabilir. Ancak terapiye akut atak sırasında başlanmışsa, hastanın dikkatinin az ve terapiye uyumunun sınırlı olabil-

mesi, akut atak sırasında kullanılan ilaçların sedasyon yapıcı etkileri nedeni ile başlangıç evresi daha uzun sürecektir. Genellikle başlangıç aşaması birkaç hafta ile birkaç ay arası sürer ve hastanın haftada bir defa görülmesi önerilir.[23]

Hastalık öyküsü alınırken geçmiş atakları tetikleyen olaylara, ilişki sorunları ve sosyal ritim aksamalarına odaklanılır. Hastadan önemli yaşam olaylarını, yaşamındaki önemli kişileri ve bu kişilerle ilişkilerini listelemesi istenir. Kişilerle ilgili hayal kırıklıkları, ilişkilerde karşılayamadığı kendisine yönelmiş beklentiler, elinde olsaydı her bir ilişkide neleri değiştireceği sorgulanır. Belirlenen kişilerarası sorunların hastanın duygudurum belirtileri ile ilişkisinin anlaşılması ile KİSRT'nin bir sonraki evresinde odaklanılacak konular da belirlenmiş olur. Başlangıç evresinde uygulanan psikoeğitimde ise hastaya temel olarak öğretilmesi gerekenler bipolar bozukluk belirtileri, ilaçların etkileri ve yan etkileri, hastalığın kronik seyri, düzenli ilaç kullanımının önemidir. Sosyal ve biyolojik ritim, ritimdeki aksamanın hastalık belirtileri üzerine etkileri de detaylı biçimde anlatılır..

Monk ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş Sosyal Ritim Cetveli (SRM: Social Rhythm Metric) [24] kullanılarak hastanın günlük aktivitelerini kaydetmesi istenebileceği gibi klinik uygulamada benzeri bir formu terapist kendisi de çizebilir. SRM formunda sabah yataktan kalma saati, bir başka insanla ilk temas kurma saati, yemek zamanları, yatış zamanı ve belirlenmiş diğer aktivitelerin zamanları kaydedilir. Ayrıca, bu etkinliklerin kimlerle birlikte yapıldığı ve kişi için ne kadar uyarıcı olduğu da kodlanır. Aynı formlarda, hastanın haftanın her bir günü için duygudurumunu puanlaması da istenir.

Ara Evre

KİSRT'de ilk 3-4 hafta hastanın doğal seyri ve kayıtları izlendikten sonra terapinin ara evresi başlar. Bu evrede sosyal ve biyolojik ritim bozukluklarına yol açan durumlar için davranışsal çözümler önerilir. Örneğin yatağa gidiş saatleri çok değişkense bir saat belirleyip buna uymasını istemek, hafta içi ve hafta sonu günleri arasındaki uyku - uyanma saatleri arasındaki fark fazlaysa bunu azaltmak, rutin çalışma saatleri olmayan bir işte çalışıyorsa bir mesai saati belirlemek, düzensiz öğünleri varsa yemek saatlerini düzene koymak, sosyal ilişkilerin belirli bir düzeyde sağlanması, aşırı uyarıcı etkinliklerin azaltılması planlanır. Birçok olguda uyku - uyanıklık saatlerindeki düzensizlik hastaların kendi tercihi ile gerçekleşmektedir. Bu durumda mutlaka psikoeğitim aşamasında sosyal ritmin biyolojik ritim ve hastalık seyri üzerine etkileri vurgulanır. Ancak uyku - uyanıklık döngüsü hastalığın belirtisi olarak bozulmuşsa ilaçlarla uyku saatleri düzenlenebilir. Araştırmalar uyku düzeni sağlayabilmede rutin bir uyanma zamanı belirlemenin, rutin bir uyuma zamanı belirlemeye kıyasla daha etkili olduğunu göstermiştir.[25] Haftalık görüşmelerde hastanın kayıtları incelenir ve bir sonraki hafta için hedefler belirlenir.

Bu dönemde KİSRT'nin hedeflerinden birisi rutinlerdeki değişimlere uyum becerisinin artırılmasıdır. Rutinlerdeki değişim taşınma, iş değiştirme, aile evinden ayrılma, evlenme ya da boşanma gibi önceden planlanmış bir olay ise terapi sürecinde yeni yaşam koşullarına göre günlük rutinlerin adapte edilmesi sağlanabilir. Örneğin ailesi ile yaşamakta olan bir genç üniversite eğitimi ya da iş için başka bir şehre gidecekse, belli bir saatte alarm ile uyanma, akşam yemeğini belirli bir saatte yeme ve ilaç düzenini ailenin desteği olmadan sağlama gibi rutin oluşturma çalışmalarına henüz evden ayrılmadan

başlamalıdır. Ancak iş kaybı, bir yakının ölümü, ani gelişen fiziksel hastalık gibi öngörülemeyen değişimler bu tip bir rutin koruma konusunda hem hastayı hem de terapisti zorlayacaktır. KİSRT'nin bu evresinde kişilerarası sorunlar, çözülmemiş yas, rol çatışmaları ve kronik izolasyon gibi daha geniş anlamdaki sosyal yaşam sorunları da ele alınır. Kişilerarası sorunlar, hastanın yaşamında önemli kişiler ile tekrar eden biçimde yaşadığı sorunlardır. Psikoterapist sorunla ilgili hem içerik hem de süreç bilgisini aldıktan sonra hastanın sosyal ritmini düzene koyabilmek için sorunu çözme ya da sorunun sosyal ve biyolojik ritmi aksatmaması için gerekli önlemleri alma yoluna gidilir.

KİSRT'de ele alınan yas, "sağlıklı ben" algısının kaybına bağlı olabildiği gibi sevilen bir kişinin kaybı ile de ilgili olabilir. Yas dönemleri bipolar bozukluk hastalarının stres etkisine en açık oldukları zamanlardır. Normal yas süreci ile depresyonun ağlama, uyku bozukluğu, ajitasyon, iştah kaybı ve anhedoni gibi belirtileri benzerlik gösterse de yas döneminde sosyal ve biyolojik ritmin bozulması ile tetiklenen manik atak da izlenebilir. Sevilen bir kişinin ya da bir aile bireyinin ölümünden sonraki ilk bir hafta içinde gelişen ilk manik atak geçmişte "cenaze manisi" (funeral mania) olarak adlandırılmıştır.[26] Yas sürecinde yeni bir atağın başlaması riski dikkatle değerlendirilir, yasin doğal seyri hakkında bilgi verilir, sosyal rutinlerin ve ritmin korunması için terapi seansları sıklaştırılır.

KİSRT'de ele alınan bir diğer sorun alanı kişilerarası çatışmalardır. Gerek hipomani, gerekse depresyonda izlenen irritabilite, hastanın çevresi ile daha fazla çatışmaya girmesine yol açar. Aile bireyleri, çoğu zaman hastayı hoş görür ve çatışmadan kaçınırlar. Ancak hastaya karşı aynı uzlaşmacı tavrı arkadaşları ya da iş çevresi göstermeyebilir. Hastaya bu fark anlatılır ve iki konuya odaklanılır. Birinci odak noktası hastanın kendi zorluklarını kabullenmesi, sabırlı olabilmesi ve çatışmalardan kaçınılabilmesidir. İkinci odak noktası ise çevresi ile çatışma yaşadığında ortaya çıkabilecek iş kaybı ve sosyal izolasyon gibi negatif sonuçlardır. Hastanın sosyal ritmi düzenlenirken kişilerarası çatışmaların olası çözümleri ele alınır.

Rol geçişleri de KİSRT'de sosyal ritmi bozan bir etken olarak değerlendirilir. Rol geçişleri boşanma, çocukların evden ayrılması, emeklilik gibi kayıplarla ya da doğum, çalışmaya başlama, terfi gibi kazanımlarla olabilir. Bir rol değişimi, kişinin sosyal ve biyolojik ritmini de değiştirebilir.[27] Bipolar bozuklukta hastalıkla ilişkili kaygılar yeni role uyum sağlamayı güçleştirir. Özellikle de hastalığa bağlı nedenlerle yürümeyen bir evlilikten sonra boşanma dönemi, ya da hastalık nedeni ile iş uyumu sağlayamama ve işten çıkarılma gibi durumlarda benlik saygısı düşer, özgüven kaybı yaşanır. KİSRT'de önceki rolün zorlukları tanımlanır ve yeni rolün sosyal ritimde yaratacağı değişiklikler öngörülür ve yeni role uyum sağlanır. Ancak kişinin bir olayı algılama biçiminin de olayın ne düzeyde sosyal ritim bozukluğuna sebep olacağını etkileyeceği unutulmamalıdır.[28]

İdame Evresi

KİSRT'nin idame evresinde hasta kendi sosyal ve biyolojik ritminin farkındadır ve daha önceki evrelerde öğrendiklerini uygulama konusunda ustalaşır. Sosyal ritmi ve dolayısıyla biyolojik ritmi sabit tutabilme, tatil-çalışma dönemi değişimlerinde ve beklenmedik yaşam olayları karşısında rutinlerini koruyabilme hedeflenir. KİSRT'nin idame evresinde görüşme sıklığı önce iki haftada bir, daha sonra ise ayda bir indirilir.

Her gün tamamen aynı ritim uygulanması yerine daha hareketli günlerden sonra görece sakin geçen birer gün planlanabilir. Ancak hastanın doldurduğu çizelgelerden ve

anlattıklarından bu gibi pasif günlerin uzadığı ve hastanın tekrar sosyal hale geçmesini engellediği anlaşılıyorsa davranışsal aktivasyonu sağlayacak yeni bir düzenleme yapılır.

Davranışsal aktivasyon depresyon tedavisinde uzun yıllardır kullanılan bir psikoterapi tekniğidir. Temel olarak hastanın keyif aldığı ve becerikli hissettiği etkinliklerin sıklık ve sayısının artırılmasına dayanır.[29] Jacobson ve ark. unipolar depresyonda bilişsel davranışçı psikoterapinin sadece davranışsal aktivasyon kısmının kullanıldığı bir grupla tüm bilişsel davranışçı tekniğin uygulandığı bir grupta depresyon belirtilerindeki düzelmeyi kıyasladıkları çalışmalarında iki grup arasında fark bulamamışlardır.[30] Bu denli tedavi etkinliğine sahip olan davranışsal aktivasyon önerileri KİSRT'nin idame evresinde de kullanılır. Hastanın bir önceki haftadaki aktivite düzeyi ve bir sonraki haftayla ilgili beklentileri öğrenilir. Yeterli aktivite olmayan durumlarda günlük ve hatta saati belirlenmiş aktiviteler planlanır. Bipolar bozukluğun depresyon dönemindeki hastalarda bu teknik kullanılırken manik evredeki hastalarda ise hastanın sosyal ritmi planlı biçimde yavaşlatılabilir.

KİSRT, hastanın bireysel özelliklerine ve belirtilerine göre şekillendirilebilir. Örneğin premenstrual dönemde duygudurum dalgalanmaları olan bir hastada, hastanın kayıtlarına adet döngüsünü eklemesi istenebilir. Hastalığın doğal seyri ile ilgili dalgalanma öngörülebiliyorsa, hastanın buna uyum sağlamasını kolaylaştıracak değişiklikler planlanır. Adet öncesi günlere hafif egzersiz eklenmesi ya da adet dönemi uyarıcı sosyal aktivitelerin kısmen kısıtlanması gibi uygulamalar yapılabilir. KİSRT'yi uygulayan terapistin aynı zamanda hastanın hekimi olması durumunda ise terapistin idame evresinde hastanın ilaç uyumu takip edilir, duygudurumdaki dalgalanmalara göre ilaç tedavisi düzenlenebilir, yan etkiler yakından gözlemlenir. Örneğin lityum kullanan hastalarda poliüri ile uyku sık bölünebilir ve biyolojik ritimde aksamalar olabilir. Tedavide kullanılan psikotrop ilaçlar uyku düzenini olumsuz etkileyebilir.[31] Riskli hastalarda alkol ve madde kullanımı KİSRT içinde takip edilir, obez hastalarda beslenme önerileri ve egzersiz programı da KİSRT planlarına dâhil edilebilir.

Sonlandırma

Bipolar bozukluğun kronik ve yinelemelerle giden seyri göz önüne alındığında, görüşme sıklığının azaltılarak yıllar boyunca idame evresinin devamı sağlanabilir. Ancak taşınma, ekonomik nedenler ya da hasta tercihi gibi nedenlerle KİSRT sonlandırılacaksa ayda bir yapılan 3-5 seans ile sonlandırma evresi tamamlanabilir. Hasta-terapist iletişiminin kesilmemesi, 3-6 ayda bir görüşmeye devam edilmesinin avantajı, hastalıkta bir yineleme izlenmesi durumunda terapiye hızla geri dönülebilmesi olacaktır.

Swartz ve arkadaşları unipolar depresyonda daha kısa süreli KİSRT kullanmışlar ve kişilerarası ilişkilerdeki tek bir alana odaklanarak başarılı sonuçlar almışlardır.[32] Örneğin kronik evlilik çatışmaları olan ve uzun psikoterapi süreçleri boyunca bu çatışmanın çözülemediği durumlarda kısa KİSRT'nin hedefi evlilikteki çatışmanın çözümüne dayanmayan daha doyurucu bir sosyal yaşam geliştirme olabilir. Akut manide kısa KİSRT'nin hedefi ise biyolojik ritmin düzenlenmesi olabilir.

Bipolar Bozuklukta KİSRT Etkinliği

KİSRT, bipolar bozukluk tedavisi için geliştirilmiş, kısa süre içinde başarılı sonuçlar verebilen bir terapi biçimidir. Konuyla ilgili gözden geçirme yazılarında KİSRT uygulanan bipolar bozukluk hastalarında ataksız geçen sürenin uzadığı bildirilmiştir.[33,34]

Aralık 2013'te PubMed, Scopus, Google Scholar veritabanlarında "interpersonal social rhythm therapy" söz dizimi ile arama yapıldığında ulaşılan İngilizce çalışmalardan randomize kontrollü olanların sayısı oldukça sınırlıdır. KİSRT'nin bireysel terapilerin yanı sıra bipolar bozuklukta grup terapisinde de deneyimli klinisyenlerce ve program koordinasyonu sağlanmasında kullanılabileceği bildirilmiştir.[35]

Bipolar bozuklukta grup terapisinde yapılan KİSRT uygulamasında bir yıllık süreçte depresif belirtilerde ve hastaneye yatış oranlarında azalma olduğu bildirilmiştir.[36] Bipolar bozukluk tanısı olan 12 ergende KİSRT uygulanan bir açık çalışmada ise hastaların seanslara düzenli katılma oranı %97 olarak bulunmuş, 20 haftalık terapi sonunda manik, depresif ve genel psikiyatrik belirtilerde anlamlı düzelme izlenmiştir.[37] Birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk tanısı olan ergenlerde yapılan bir başka çalışmada ise 6 ay boyunca 12 seans KİSRT uygulanan gençler terapinin bitiminden sonra altı ay süreyle takip edilmişler ve KİSRT ile uyku düzeni ve sirkadyen ritimde anlamlı düzelme olduğu, günlük ritmin stabilizasyonunun riskli ergenler için faydalı olduğu saptanmıştır.[38] Bir başka çalışmada ise kişilerarası ilişkilere ve rol işlevlerine vurgu yapan KİSRT uygulanan bipolar bozukluk hastalarında, bu alanlara vurgu yapmayan terapi yöntemleri uygulanan hastalara kıyasla mesleki fonksiyonlarda daha hızlı düzelme izlenmiştir.[39] Swartz ve arkadaşları çalışmalarında ise ilaç kullanmayan bipolar bozukluk tip 2 tanısı olan depresif atak hastaları randomize olarak sadece KİSRT ya da sadece ketiapin 25-300 mg/gün esnek doz gruplarına alınmış, 12 hafta takipten sonra iki grup arasında tedaviden genel tatmin ya da depresyon skorlarında düzelme açısından anlamlı fark izlenmemiştir.[40]

Frank ve arkadaşları KİSRT ile yoğun klinik bakımın depresif, manik ya da karma ataktaki bipolar bozukluk hastalarında belirtilerin stabilizasyonu için geçen süre bakımından farklılık göstermediğini, ancak hastalığın akut döneminde KİSRT uygulanan hastalarda iki yıllık klinik izlem sonucunda hastalığın nüks oranının daha az olduğunu bildirmişlerdir.[6] Bir başka çalışmada ise 9 aylık süre boyunca 30 seansa kadar KİSRT, aile odaklı terapi ya da bilişsel davranışçı terapi uygulanan bipolar bozukluk, depresif atak tanısı olan hastalar, 6 hafta içinde 3 seans psikoeğitim alan hastalarla karşılaştırılmıştır. Yoğun psikoterapi grupta kısa psikoterapi alan gruba göre iyileşme süresi daha kısa ve hastalığın yinleme oranı daha düşük bulunmuştur.[41] KİSRT'nin ana bileşenlerinin tamamen internet temelli bir programda kullanıldığı bir başka çalışmada bipolar bozukluk tanısı olan 64 hasta günlük aktivitelerini ve gün içindeki duygulanımlarını programa kaydetmişlerdir. Doksan günlük süre sonunda grubun %31'inin sosyal ritim stabilitesinde artış izlenmiştir.[42] Randomize kontrollü çalışma yapılmamış olmakla birlikte alandaki araştırmacılar çocukluk döneminde de KİSRT'nin olumlu etkileri olacağını bildirmektedir.[43]

Sonuç

KİSRT motivasyonu iyi ve hastalığını kabullenmiş hastalarda uygulanması oldukça kolay olan bir tekniktir. Hastalığa içgörüsü az, hastalığın kronik seyirini inkâr eden hastalarda ise öncelikle "sağlıklı ben" in kaybına ait yası çalışmak ve yoğun bir psikoeğitim gerekecektir. KİSRT'de bipolar bozukluk kronobiyojik bir modelde ele alınır. Bipolar bozukluk hastalarında sosyal ritim değişiklikleri ile sirkadyen ritmin bozulabileceği, hastalığa yatkın kişilerde sosyal ve biyolojik ritim bozukluklarının duygudurum epizotlarını tetikleyebileceği görüşüne dayanan bir terapi yöntemidir. Kişilerarası psiko-

terapi ile günlük rutinleri düzenleyen davranışçı önerilerin bir bileşkesini sunar. KİSRT yeterli psikoegitim ve farmakoterapiye rağmen duygudurum atakları yaşamaya devam eden bipolar bozukluk hastalarında hastalığın yineleme sıklığını azaltmada önemli bir terapi stratejisi olarak kullanılabilir..

Kaynaklar

1. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller T, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1635–1640.
2. Nusslock R, Abramson LY, Harmon-Jones E, Alloy LB, Coan JA. Psychosocial interventions for bipolar disorder: Perspective from the behavioral approach system (BAS) dysregulation theory. *Clin Psychol (New York)* 2009; 16:449-469.
3. 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.
4. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1340–1347.
5. Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Sedlackova Z, Cerna M, Mainerova B et al. Bipolar affective disorder and psychoeducation. *NeuroEndocrinol Lett* 2013; 34:83-96.
6. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:996–1004.
7. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A. Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3:368-386.
8. McClung CA. How might circadian rhythms control mood? let me count the ways. *Biol Psychiatry* 2013; 74:242–249.
9. Lee HJ, Son GH, Geum D. Circadian rhythm hypotheses of mixed features, antidepressant treatment resistance, and manic switching in bipolar disorder. *Psychiatry Investig* 2013; 10:225-232.
10. Juruena MF, Cleare AJ, Pariante CM. The hypothalamic pituitary adrenal axis, glucocorticoid receptor function and relevance to depression. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:189–201.
11. Easton A, Arbuza J, Turek FW. The circadian clock mutation increases exploratory activity and escape-seeking behavior. *Genes Brain Behav* 2003; 2:11–19.
12. McCarthy MJ, Nievergelt CM, Kelson JR, Welsh DK. A survey of genomic studies supports association of circadian clock genes with bipolar disorder spectrum illnesses and lithium response. *PLoS One* 2012; 7:e32091.
13. Abe M, Herzog ED, Block GD. Lithium lengthens the circadian period of individual suprachiasmatic nucleus neurons. *Neuroreport* 2000; 11:3261–3264.
14. Bunney BG, Bunney WE. Mechanisms of rapid antidepressant effects of sleep deprivation therapy: clock genes and circadian rhythms. *Biol Psychiatry* 2013; 73:1164–1171.
15. Tuunainen A, Kripke DF, Endo T. Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2:CD004050.
16. Sit D, Wisner KL, Hanusa BH, Stull S, Terman M. Light therapy for bipolar disorder: a case series in women. *Bipolar Disord* 2007; 9:918–927.
17. Shen GH, Alloy LB, Abramson LY, Sylvia LG. Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals. *Bipolar Disord* 2008; 10:520-9.
18. Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ. Social zeitgebers and biological rhythms. A unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:948–952.
19. Sylvia LG, Alloy LB, Hafner JA, Gauger MC, Verdon K, Abramson LY. Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: a prospective study. *Behav Ther* 2009; 40:131-141.
20. Çakır S, Özerdem A. İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:143-154.
21. Goodwin GM. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2003; 17:149–173.
22. Rogojanski J, Carney CE, Monson CM. Interpersonal factors in insomnia: a model for integrating bed partners into cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Rev* 2013; 17:55-64.
23. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48:593–604.

24. Monk TH, Flaherty JF, Frank E, Hoskinson K, Kupfer DJ. The social rhythm metric: an instrument to quantify the daily rhythms of life. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:120–126.
25. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA* 2013; 309:706-716.
26. Hollender MH, Goldin ML. Funeral mania. *J Nerv Ment Dis* 1978; 166:890-892.
27. Carta MG. Social change and increasing of bipolar disorders: an evolutionary model. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013; 9:103-109.
28. Boland EM, Bender RE, Alloy LB, Conner BT, LaBelle DR, Abramson LY. Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: An examination of social rhythm sensitivity. *J Affect Disord* 2012; 139: 264–272.
29. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press, 1979.
30. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:295–304.
31. Oral E, Özcan H, Güleç M, Selvi Y, Aydın A. Psychotropic medications affecting biological rhythm. *Journal of Mood Disorders* 2011; 1:169-177.
32. Swartz HA, Frank E, Shear MK, Thase ME, Fleming MAD, Scott AM. A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women. *Psychiatr Serv* 2004; 55:448–450.
33. Frank E, Swartz HA, Boland E. Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2007; 9:325-332.
34. Miklowitz DJ, Otto MW. Psychosocial interventions for bipolar disorder: a review of literature and introduction of the systematic treatment enhancement program. *Psychopharmacol Bull* 2007; 40:116-131.
35. Hoberg AA, Vickers KS, Erickson J, Bauer G, Kung S, Stone R et al. Feasibility evaluation of an interpersonal and social rhythm therapy group delivery model. *Arch Psychiatr Nurs* 2013; 27:271-277.
36. Bouwkamp CG, de Kruiff ME, van Troost TM, Snippe D, Blom MJ, de Winter RF et al. Interpersonal and social rhythm group therapy for patients with bipolar disorder. *Int J Group Psychother* 2013; 63:97-115.
37. Hlastala SA, Kotler JS, McClellan JM, McCauley EA. Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial. *Depress Anxiety* 2010; 27:457-464.
38. Goldstein TR, Fersch-Podrat R, Axelson DA, Gilbert A, Hlastala SA, Birmaher B et al. Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: Pilot study of interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT). *Psychotherapy (Chic)* 2014; 51:180-189.
39. Frank E, Soreca I, Swartz HA, Fagiolini AM, Mallinger AG, Thase ME et al. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1559-1565.
40. Swartz HA, Frank E, Cheng Y. A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. *Bipolar Disord* 2012; 14:211-216.
41. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:419-426.
42. Lieberman DZ, Swayze S, Goodwin FK. An automated internet application to help patients with bipolar disorder track social rhythm stabilization. *Psychiatr Serv* 2011; 62:1267-1269.
43. Yan WS, Li YH, Xiao L, Zhu N, Bechara A, Sui N. Working memory and affective decision-making in addiction: A neurocognitive comparison between heroin addicts, pathological gamblers and healthy controls. *Drug Alcohol Depend* 2014; 134:194-200.

Gökben Hızlı Sayar, Yrd.Doç.Dr., Üsküdar Üniversitesi, İstanbul; **Eylem Özten**, Yrd.Doç.Dr., Üsküdar Üniversitesi, İstanbul; **Başı Önen Ünsalver**, Yrd.Doç.Dr., Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Yazışma Adresi/Correspondence: Gökben Hızlı Sayar, Üsküdar Üniversitesi, Nİstanbul Hastanesi, İstanbul, Turkey. E-mail: gokben.hizlisayar@uskudar.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/

Çevrimiçi yayım / Published online 15 Ocak/January 15, 2014; doi: 10.5455/cap.20140115123942
