

Bipolar bozuklukta Etkin Olan Psikolojik  
Mekanizmaların Anlaşılması: Duygusal ve Bilişsel  
Süreçler Üzerine bir Vaka Örneği

Başak Safrancı  
Orta Doğu Teknik Üniversitesi

Özet

Bipolar bozukluk günümüzde iş yaşamı, sosyal yaşam ve insan ilişkileri üzerinde oldukça yıkıcı etkileri olan yaygın ve kronik bir durum olarak kabul edilmektedir. Klinik raporlarda kaydedilen geç ya da yanlış tanı oranının yüksekliği, başarısız tedavi sonuçları, eşlik eden diğer sorunların sıklığı ve yüksek intihar oranları, bipolar bozukluğun tanı ve tedavisinde devam eden sorunlara işaret etmektedir. Bu sorunları çözmeye amacıyla yapılan çalışmalar, sadece biyolojiye indirgenen bir bakış açısının bu hastalığı anlamada yeterli olmadığını göstermekte, sınırlı bilgiyle yapılan farmakolojik tedavilerin de yetersiz kaldığını vurgulamaktadır. Bu amaçla, bu çalışmada bipolar bozuklukta bilişsel ve duygusal faktörleri içeren psikolojik dinamiklerin rolü ve bu roller üzerinden yapılandırılan psikoterapinin bipolar bozukluk seyrindeki etkisi araştırılmış ve vaka örnekleri verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, bilişler, duygular, psikoterapi

## **Bipolar Bozuklukta Etkin Olan Psikolojik Mekanizmaların Anlaşılması: Duygusal ve Bilişsel Süreçler Üzerine bir Vaka Örneği**

### **Bipolar Bozuklukta Etkin Olan Psikolojik Mekanizmalar Nelerdir?**

Bipolar bozukluk, manik ve depresif dönemleri içerebilen bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır edilmektedir (American Psychiatric Association - APA , 2000). Kişinin sosyal, mesleki hatta fiziksel işlevlerini oldukça olumsuz şekilde etkileyen bu bozukluk, kronik bir durum olarak kabul edilmektedir (APA, 2000). Hastalığın yaygınlık oranı ve başlangıç yaşı ile ilgili farklı sonuçlar veren çalışmalarda ortak olarak, bipolar bozukluğa major depresyon, madde bağımlılığı, intihar girişimleri, kişilik ve anksiyetere bozuklukları gibi eşlik eden diğer sağlık sorunlarının sıklığı vurgulanmaktadır (Brieger, 2005; Judd ve Akiskal, 2003; Tamam, 2007).

Bipolar bozukluk oldukça karmaşık yapılıdır, öyle ki ortaya çıkışı eski Yunan Dönemi'ne dayanmasına rağmen; tanımlanması, sınıflandırılması ve tedavisi ile ilgili tartışmalar günümüzde hala devam etmektedir. Bu karmaşıklık ilk olarak dürtüsellikten, yasal ve sosyal problemlere; madde bağımlılığından duygu durumunda ve enerji seviyesinde dalgalanmalara uzanan oldukça geniş bir semptom yelpazesine sahip olmasından kaynaklanır. Bu semptomlar aynı zamanda diğer bozukluklarda da belirgin olduğu için, genellikle bipolar bozukluktan ziyade kişilik bozuklukları ya da kaygı bozuklukları gibi başka sorunlarla ilişkilendirilmektedir (Lish, Dime-Meenan, Whybrow, Price, ve Hirschfeld, 1994). İkinci olarak bipolar bozukluk; hafif depresyon ve hipomaniden, psikotik özellikli mani ve major depresyona kadar oldukça çeşitli bir görüntü sergileyebilmektedir (APA, 2000). Tanı kriterlerinde, semptomların süresi ve ağırlığı, neden olduğu bilişsel, davranışsal ve işlevsel bozulmalar, aynı zamanda eşlik eden diğer sorunlar oldukça ayrıntılı şekilde belirtilmesine rağmen klinik çalışmalar, yanlış ya da geç tanı oranının hala oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Hirschfeld, Lewis, ve Vornik, 2003).

Klinik alandaki tutarsızlıkları çözmek amacıyla Bipolar bozukluk başlığı altında, depresif ve manik dönemlerin sayısı, düzeni ve sırası göz önünde bulundurularak, hastalığın bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk gibi alt tipleri de tanımlanmıştır (APA, 2000). Buna göre, bipolar bozukluklardaki temel semptom “mani” olarak adlandırılan oldukça yüksek seviyeden, “depresyon” olarak adlandırılan oldukça düşük seviyeye gidip gelebilen duygu durumundaki değişimdir. Mani, benlik algısında aşırı artış, somut bir duruma dayanmayan özgüven artışı, enerji seviyesinde, aktivitelerde ve cinsel istek gibi dürtülerde artış, düşünce ve konuşmaların uçuşması, uyku ihtiyacında, dikkati toplamada azalma ve psikomotor ajitasyonla nitelendirilen oldukça yüksek ve huzursuz bir duygu durumunun hakim olduğu dönemdir. Depresyon ise suçluluk, utanç gibi olumsuz duyguları içeren, düşük özgüven, ilgi, enerji ve dikkat eksikliği, uyku ve aktivitelerdeki bozulmalara intihar düşüncelerinin de eşlik edebildiği bir dönem olarak nitelendirilmektedir. Tanımlanan bu dönemlere göre bipolar I bozukluk en az 1-2 hafta süren depresyondan maniyeye sürekli bir değişimin olduğu klasik alt tipidir. Bipolar II bozukluk, hipomanik dönemlerin major depresif dönemlerle değişebilmesi, fakat ağır bir mani döneminin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Yine sürekli olarak hipomanik dönemlerin, daha hafif depresif dönemlerle değiştiği alt tip, siklotimik bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca bu alt gruplara ek olarak, gün içinde depresif ve manik dönemlerin

varlığına işaret eden karma durum ile 12 aylık süre içinde dört ya da daha fazla farklı dönemin varlığını belirten hızlı döngülü bipolar da tanımlanmıştır (APA, 2000).

Ayrıntılı olarak tanımlanan bu alt tiplere rağmen, bipolar tanısının geçerliliği ve tutarlığı ile ilgili problemler devam etmekte; hatta klasik mani ve depresyon dönemlerinden ziyade dürtüsellik, ruhsal dengesizlik, huysuzluk ve sinirlilik gibi alt klinik semptomların öne çıktığı durumlarda bu sorun daha da belirginleşmektedir (Goodwin ve Jamison, 2007). Buna örnek olarak, yapılan klinik çalışmalar bipolar II bozukluk tanısına sahip hastaların neredeyse yarısının, başlangıçta major depresyon gibi yanlış tanıları almış olduklarını ve bu yanlış tanılarıyla yapılan tedavilerin başarısız olma, aşırı ilaç kullanımı ve intihar girişimi gibi tehlikeler içerdiğini belirtmektedir (Angst, 2006; Dilbaz, 2013; Youngstrom, van Meter, ve Algotra, 2010).

Bu tartışmalarda, herhangi bir bozuklukla ilişkili geçerli tanı kriterlerine ulaşmak için temelde, patolojiye dair birçok farklı alandan beslenen kapsamlı bilgi ihtiyacı dikkat çekmektedir. Bu anlamda sadece farmakolojik alana dayanan gelişmeler, bipolar bozukluğun en çok biyolojik ve nörofizyolojik boyutuna ilişkin açıklamalar sunmuştur. Bununla birlikte, bipolar bozukluğun başlangıç ve seyri ile ilgili olarak bu açıklamaların yanı sıra, olumsuz yaşam olaylarının da oldukça etkili olduğu, biyolojik gelişmelerin ise bu etkiyi açıklamakta yetersiz kaldığı son çalışmalarda sıkça gösterilmektedir (Christensen, Gjerris, Larsen, Bendtsen, Larsen, Rolff, Ring, ve Schaumburg, 2003; Johnson, 2005; Kessing, Agerbo ve Mortensen, 2004). Bu anlamda sadece biyolojik alana odaklanarak, psikolojik ve çevresel mekanizmaları göz ardı ederek oluşturulan tanı kriterlerinin oldukça soyut kalacağı ve yanlış tanı riskini arttıracığı vurgulanmaktadır. Tanıda yapılan bu yanlışlıklar da, başarısız tedavi oranının yüksek olmasıyla ilişkili olarak değerlendirilmektedir. Buna göre, farmakoloji endüstrisi oldukça yatırım yaparak, duygu durum bozuklukları tedavisi için çok geniş bir ilaç yelpazesi sunmakta; farmakoterapi de bipolar bozukluk tedavisinde temel rol oynamaktadır. Bununla birlikte, klinik çalışmalar ilaç tedavisinin etkinliği, yan etkileri ve ilaç bağımlılığı gibi çeşitli konularda anlaşmazlıkları dile getirmektedirler. En doğru ilaç ve doz kullanımı düzenlense ve herhangi bir yan etki görülmesi bile, atakların tekrarlama oranı oldukça yüksek bulunmaktadır. Etkililiğinin yanı sıra, hayat boyu ilaç kullanımının ayrıca bireye fiziksel, maddi ve psikolojik olarak ağır bir yük olduğu da göz önünde bulundurulması gereken noktalardan biri olarak belirtilmektedir (Martin, 2007).

Özetle, bipolar bozukluğun sadece farmakolojik perspektiften ele alınması, hastalığının biyolojiye indirgenmesine ve psikolojik süreçlerin göz ardı edilmesine neden olmuştur. Buna bağlı olarak da, tedavi aşamasında psikolojik müdahaleler, sadece aile ve hasta eğitimi, hastalık ile yaşamaya uyum sağlanmasına yardım ile sınırlı kalmıştır. Fakat son zamanlarda tanı kriterlerinin işlevine yönelik eleştiriler, tekrarlanan atakların yüksek oranı ve klinik vakalarda rapor edilen başarısız tedavi süreci, bu bozukluğa çok daha derin bir bakış açısıyla bakılmasını sağlamıştır. Bu arayış da kaçınılmaz olarak, “bipolar bozuklukta hangi psikolojik mekanizmalar hakim ve psikoterapi tedavi sürecinde nasıl etkin olabilir?” sorularının cevabını aramaya yöneltmiştir. Bu sorulara cevap bulmak amacıyla bu makalede, bipolar bozuklukta yakın tarihte öne çıkmaya başlayan bilişsel süreçlere ve hala geri planda kalmaya devam eden duygusal süreçlere ışık tutulması amaçlanmıştır. Bu amaçla bahsedilen duygusal ve bilişsel teorilerin klinik süreçte uygulanmasını gösteren bir vaka örneği de incelenmiştir. Bu örnekte, kendisine 4 yıl önce bipolar teşhisi konulan 23 yaşındaki “A.”nın terapi süreci anlatılmaktadır. “A.”nın tedavisinde, tanıyı izleyen ilk yıl boyunca lityum gibi çeşitli duygu durumu sabitleyiciler denenmiş, fakat kendisine göre, durumunda ya da işlevselliğinde bir düzelme kaydedilememiştir. Kullandığı ilaçların fiziksel yan etkileri ile hızlı duygu değişimleri gibi şikâyetleri üzerine, doktoru tarafından kendisine klasik bir antidepresan verilerek, psikoterapiden yararlanması önerilmiş ve kliniğimize yönlendirilmiştir. “A.”nın 4 yıl boyunca deneyimlediği sıkıntılar genel olarak, sık aralıklı depresif dönemler ile

seyrek aralıklı ve kısa süreli hipomani ataklarını içermekte, bu anlamda şikayetlerinin bipolar II bozukluk ile örtüştüğü düşünülmektedir.

## 1. Bipolar Bozuklukta Bilişsel Mekanizmalar

Duygudurum bozukluklarını bilişsel çerçeveden ele alan güncel araştırmalar hızla artmaktadır. Bu çerçevedeki teoriler bilişsel faktörleri, hem hastalığa yatkınlıkla ilişkilendirilen risk faktörleri olarak, hem de hastalık sürecinde değişikliğe uğrayan mekanizmalar olarak ele almaktadır. Yatkınlıkla ilişkilendirilen bilişsel faktörler işlevsiz tutumlar, şemalar ve yapıcı olmayan baş etme biçimlerini içermektedir. Hastalık sürecinde değişikliğe uğrayan mekanizmalar ise olayların ve durumların yorumlanmasında etkili olan düşünceler, beklentiler ve çıkarımları kapsamaktadır (Abramson, Metalsky, ve Alloy, 1989).

Duygusal bozukluklara bilişsel yatkınlığı açıklayan en geçerli yaklaşım Bilişsel Stres-Yatkınlık Modeli'dir. Bu model, olumsuz olayların kendisinden ziyade, bu olaylara yönelik olumsuz bilişsel yöntemlerin ve bu yöntemlere dayanan çıkarımların depresyona yol açtığını savunan Bilişsel Stres Paradigmasının gözden geçirilmiş halidir (Beck, 1976). Bu paradigmaya göre olumsuz bilişsel süreçler, psikolojik bozukluklar için gelişimsel yatkınlık faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçler, genellikle çocuklukta oluşan yetişkinlikte de kişilik, atıflar ve tutumlar olarak etkisini sürdüren işlevsiz şemalardan beslenmektedirler (Beck, 1987). Daha sonra bu paradigma, Bilişsel Stres Yatkınlık Modeli olarak geliştirilmiş; özellikle depresyon başlangıcı ve sürekliliğinde umutsuzluk, ruminasyon ve dikkatte seçiciliğin rolü vurgulanmıştır (Alloy, Abramson, Walshaw, Keyser ve Gerstein, 2010; Gruber, Harvey ve Johnson, 2009).

Çalışmalar Bilişsel Stres Yatkınlık Modeli'nin bipolar bozukluk için de oldukça geçerli olduğunu göstermektedir. Öncelikle iki uçlu depresyon dönemindeki bireylerin, tek uçlu major depresyon dönemindeki bireylerle, olumsuz otomatik düşünceler ve temel inançlar anlamında benzer bilişsel örüntülere sahip olduğu gösterilmiştir (Alloy, Reilly-Harrington, Fresco ve Flannery-Schroeder, 2006; Bentall, Myin-Germeys, Smith, Knowles, Jones, Smith ve Tai, 2011). Ayrıca, bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda, özellikle bağımlı kişilik örüntüsü ve başarı ile ilişkili işlevsiz inançların belirgin olduğu bulunmuştur (Perich, Manicavasagar, Mitchell ve Ball; 2011). Özellikle hastalığın hem akut hem de remisyon döneminde kişisel felaketleştirme, kötümserlik, aşağılık ve yükseklik kompleksleri arasında gidip gelme ve ruminasyon belirgin bilişsel stiller olarak tanımlanmaktadır (Alatiq, Crane, Williams ve Goodwin, 2010; Johnson, McKenzie ve McMurrich, 2008; Knowles, Tai, Jones, Highfield, Morris ve Bentall, 2007).

"A"nın terapi sürecinde bipolar ataklarının başlangıç ve içeriğinin anlaşılmasına odaklanılmıştır. Sıkıntılarının başlangıcı, üniversiteyi kazanıp ailesinden ayrıldığı döneme denk gelmektedir. "A." o dönemde, tanıdığı hiç kimsenin olmadığı yeni bir şehre yerleşmiş ve çevreye uyum sağlama sürecinde zorluk yaşamıştır. Bu süreç biraz daha detaylı incelendiğinde ilk olarak, üniversite sınavında aldığı puan yüzünden ailesi tarafından kendisine yansıtılan hayal kırıklığı öne çıkmıştır. Ayrıca şehir değişikliği nedeniyle erkek arkadaşının kendisinden ayrılmak istemesi de yine aynı olumsuz sürece denk gelmiştir. Bu anlamda, sıkıntılarının ortaya çıkışı hem kendisine yönelik hedeflerinde, hem de duygusal ilişkisinde kayıplar yaşamasıyla ve bu kayıp sürecinde aile desteğinden uzak olmasıyla bağlantı taşımaktadır. Hayatındaki bu büyük stres kaynağı, işlevsiz baş etme mekanizmalarından ruminasyon ve kaçınma ile birleşince olumsuz duygular kontrol edilemez olmaya başlamıştır. Bununla ilişkili olarak, terapi sürecinde "A"nın yaşadığı olumsuz olaylarla bipolar ataklar arasındaki ilişkiyi anlamlandıran önemli işlevsiz bilişlere odaklanılmıştır. En yüzeyde, stresli durumlarda etkin şekilde baş edebilmesi için, ruminasyon ve kaçınma gibi işlevsiz tutumlar yerine, sorun ve çözüm odaklı etkin baş etme yöntemleri çalışılmıştır. Ayrıca aşırı genelleme ("herkes bencildir" "yeterince iyi değilim" gibi), zihinsel filtreleme (örneğin; sadece

başarısızlıklarına odaklanıp, yapabildiği şeyleri görmezden gelmesi) gibi mantık hatalarının da ele alınması, hastanın günlük sorunlarına alternatif çözümler getirerek, rutin aktivitelerini takip edebilmesinde, ayrıca olaylara yönelik kontrol ve güç algısının pekiştirilmesinde oldukça etkili olmuştur.

Bir diğer öne çıkan bilişsel model, amaca ulaşma ve ödül kazanmaya dayalı bir motivasyon sistemini açıklayan Davranışsal Aktivasyon Sistemi'dir (DAS - Behavioral Activation System ). İlgili çalışmalar, bipolar hastalarının bu tür motivasyona karşı oldukça duyarlı olduğunu ve olumsuz yaşam olaylarıyla bipolar atakları arasındaki ilişkinin bu hassasiyet aracılığıyla açıklanabileceğini savunmaktadır. Buna göre, bu sistemin aktivasyonunu engelleyen, kendine yönelik eleştirel tutum, aşırı yüksek standartlar ve hedefler belirlemek; ve mükemmeliyetçilikle ilgili bilişsel stillerin, olumsuz yaşam olaylarında bipolar depresif dönemi tetiklediği belirlenmiştir. Öbür taraftan, bu motivasyon sistemini aktive eden hedefe ulaşma, ödül kazanma ile ilişkili bilişler ise hem olumlu hem de olumsuz yaşam olaylarında maniyle ilişkilendirilmiştir (Alloy, Abramson, Urosevic, Nusslock ve Jager-Hyman, 2010). Motivasyon sistemi ve bipolar atakları arasındaki ilişki kişisel atıflar, umut ve öz-yeterlilik gibi diğer etmenlerden de oldukça etkilenmektedir. Bu yan etmenlerin, stres durumlarının kimi hastalarda depresyona yol açarken, kimilerinde mani ataklarına neden olmasını; ataklarda içerik ve süreç olarak yaşanan bireysel farklılıkları açıklamada önemli olduğu belirtilmektedir (Alloy ve diğerleri, 2010).

DAS sistemi bu vakada, özellikle performansa yönelik tutumlarda kendini göstermiştir. Benlik değerini başarı-başarısızlık üzerinden değerlendiren A., hobilerinde bile hırslı bir tutum sergilemektedir. Hipomani dönemlerinde geleceğe yönelik aşırı yüksek beklentileri, eğitimine ilişkin çok fazla ders yükü altına girmesi aynı zamanda para kazanmak için çeşitli işlerde çalışması gibi karşılanması mümkün olmayan standartlar ve hedefler koyması da sıkça görülmektedir. Bu hedeflerin kaçınılmaz bir şekilde gerçekleşmediğini fark ettiğinde depresif süreci tetiklenmektedir. Bu süreçte, tüm yaşamını “boşa geçmiş ve anlamsız” olarak genellemekte, başarısızlıkları için kendisini “aptal, beceriksiz ve yetenezsiz” olarak aşırı şekilde eleştirmektedir. Bununla ilgili tedavi sürecinde, benlik değeri ile ders başarısı arasındaki çarpık ilişki fark ettirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca beklentilerinde gerçekçi olması, basitten yükseğe doğru kısa süreli hedefler yapılandırarak basit davranışçı ödevlerle yeterlilik algısının güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Bununla bağlantılı, mükemmeliyetçi (“en güzel, en sevilen, en başarılı olmalıyım” gibi) ve aşırı öz-eleştirel tutumunun işlevselliğinin sorgulanması, bunlara ilişkin otomatik düşünce ve çarpık inançların ele alınması da karamsarlık (“çevremde kimse güvenilir değil”) ve umutsuzluğun (“asla sevmeye layık olamayacağım” gibi) azalmasına faydalı olmuştur. “Elinden gelenin en iyisini yapmak” ve “yeterince iyi olmak” kavramlarıyla barışabilmesi, başarısız olduğu dönemlerde performans değerlendirmesi üzerinden gelişen bipolar ataklarının azalmasına da yardımcı olmuştur. Çeşitli bilişsel süreçlerin işaret ettiği ortak noktaya bakıldığında tedavi sürecinde, psikolojik yapının bir alt mekanizması olan kişilik örüntüsünün anlaşılması önem kazanmıştır.

## 2. Bipolar Bozuklukta Kişilik Örüntüleri

Bipolar bozukluğa kişilik bozukluklarının eşlik etme oranının oldukça yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda bilişsel stillerin ötesinde, kişilik örüntüleri de önem kazanmaktadır (George, Miklowitz, Richards, Simoneau ve Taylor, 2003). Çalışmalar, kişilik özelliklerinin; bipolar bozukluk başlangıcı, seyri, atakların süresi, intihar girişimleri, madde kullanımı ve kaygı bozukluğu gibi diğer hastalıkların bulunmasında etkili olduğunu göstermektedir (Engstrom, Brandstrom, Sigvardsson, Cloninger ve Nylander, 2004; Lozano ve Johnson, 2001; Nery, Hatch, Glahn, Nicoletti, Serap Monkul, Najt, Fonseca, Bowden ve diğerleri, 2008). Bipolar tanısı alan hastalar ve bir tanıya sahip olmayan sağlıklı bireyler arasında yapılan karşılaştırmada, bipolar

hastalarda öne çıkan en belirgin kişilik özelliği nevrotik örüntü olmuştur (Solomon, Shea, Leon, Mueller, Coryell, Maser, Endicott ve Keller, 1996). Hatta nevrotik belirtilerin, bipolar hastalığının depresyon, mani ya da remisyon döneminde bile sabit olarak yüksek olduğu dikkati çekmiştir (Jabben, Arts, Jongen, Smulders, ve vanOs, 2012; Strong, Nowakowska, Santosa, Wang, Kraemer, ve Ketter, 2007). Ayrıca depresif dönemdeki hastaların hastaneye yatma oranı nevrotik kişilik özelliğiyle olumlu, yeni deneyimlere açık olma ve dışadönük kişilik özellikleriyle ters yönde ilişkili bulunmuştur (Coulston, Bargh, Tanius, Cashman, Tufrey, Curran, Kuiper, Morgan ve diğerleri, 2012; Kim, Joo, Kim, Lim ve Kim, 2011). Bu durum, esnek ve girişken kişilik örüntüsüne sahip kişilerin sosyal destek alma ve çözüme odaklanma gibi daha yapıcı baş etme yöntemlerini benimsemeleriyle açıklanabilmektedir. Nevrotik örüntü ise ruminasyon, kaçınma, aşırı öz eleştiri gibi depresyonu tetikleyici hatalı baş etme yöntemleriyle ilişkilendirilmektedir (Watson ve Hubbard, 1996). Bununla tutarlı olarak, bipolar hastalarda sınır durum kişilik örüntüleri de major depresif hastalardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Özellikle, bilerek kendine zarar verme, öfke patlamaları yaşama, başını derde sokma dürtüsü gibi sınırdurum özellikleri bipolar depresyonda olan hastalarda oldukça belirgin olarak gözlenmiş; hatta bu özelliklerin bipolar depresyonu major depresyondan ayırt etmek için geçerli olabileceği savunulmuştur (Smith, Muir ve Blackwood, 2005). Ayrıca, kişilerarası ilişkilerde hassasiyet ve öz farkındalığın da uzun vadede bipolar yakınlıkla ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Lozano ve Johnson, 2001).

“A.”nın kendisine sıkıntı veren olumsuz her türlü deneyimden kaçınması, kaçamadığı durumlarda aşırı ruminasyonu ve öz eleştirel tutumu gibi kişilik örüntüleri bu bilgilerle paralellik taşımaktadır. Hemcinsleriyle sürekli olarak “fiziksel görünüm ve çekicilik” üzerinden bir rekabet içinde hissetmesi nedeniyle yakın ilişki kuramamaktadır. Örneğin, geçmişte terapistinin kendisinin sahip olamadığı fiziksel özelliklere sahip olmasına “dayanamadığı için” görüşmeleri sonlandırmayı talep etmiştir. Bununla tutarlı olarak, erkeklerle ilişkileri de genellikle cinsellik üzerine kurulu, kişilerarası ilişkilerinde aşırı olarak bir terk etme ve edilme hassasiyetini taşıdığı gözlenmiştir. Erkek arkadaşı tarafından ihmal ya da terk edilme tehdidi hissettiğinde ya da bir arkadaş ortamında “yeterince güzel olmadığı için” kendini yetersiz hissetmesi sonrasında ani öfke patlamaları yaşadığı, aşırı alkol tüketimi, cinsellik ya da alışveriş gibi kaçınmacı ve kendisine yönelik zarar verici dürtüsel eylemleri dikkati çekmiştir.

Bu kişilik özelliklerinin temeline bakıldığında bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde, sağlıklı bireylere göre çok daha fazla olumsuz erken dönem şeması öne çıkmaktadır. Major depresyon ya da kaygı bozukluğunda etkin olan şemaların çoğunun bipolar hastalarda da aktif olduğu kaydedilmiştir. Bununla birlikte, depresyon durumu kontrol altına alındığında bazı şemalar diğerlerinden daha ön plana çıkmıştır. Buna göre depresyonun kontrol edildiği mani ve hipomani sürecinde, kendini yüceltme, onay arayışı ve fark edilme çabası oldukça belirgin olurken; duygusal bastırma ve terk edilme oldukça düşük olarak kaydedilmiştir (Hawke ve Provencher, 2012).

“A.”nın ilişkilerinde terk edilme kaygısının aşırı yüksek olması, ihmal ve duygusal anlamda suistimal edilmesine izin veren tutumu, “yalnız” kalmaya yönelik aşırı endişesi gibi bağımlı kişilik özellikleri dikkati çekmiştir. Bu örüntülerin kaynağına bakıldığında, kişilerarası ilişkilerdeki aşırı hassas ve kendisine yönelik aşırı eleştirel tutumuna (“insanlar beni terk etmekte haklılar” “kimseyi hak etmiyorum” gibi), terk edilme ve reddedilme ile ilgili (“herkes sonunda beni terk edecek” “terk edilmemek için duygularımı asla belli etmemeliyim” gibi) çok katı şemalara ulaşılmıştır. Bu örüntülerin işaret ettiği temel nokta, özellikle depresif dönemlerde oldukça etkin olan değersizlik ve yetersizlik şemalarıdır. Hipomani dönemlerinde de bu şemaların telafisi ön plana çıkmaktadır. Örnek olarak, fiziksel görünümü üzerinden geliştirdiği “çok güzel, çok fit, çevresindeki birçok kadından daha çekici ve eğlenceli olduğuna” dair kendini yüceltme eğilimi oldukça belirginleşmektedir. Bu yüceltmeyi tehdit edecek her türlü hemcinsle temastan

kaçınmakta, sürekli olarak karşı cinsten bu yüceltmenin onayını aramaktadır. Bir ortama girdiğinde, gözlerin kendisine yönelmesi “A.” için aşırı önem taşımakta, bir ortamda “güzelliğinin ve çekiciliğinin” yeterince fark edilmediğini hissetmesi de depresif duruma geçmesi için yeterli olabilmektedir.

İşlevsiz şemaların varlığı kaçınılmaz olarak olumsuz aile yaşantısının önemini düşündürmektedir. Bununla ilgili olarak literatürde, ailesel etkileşimin bipolar atakların başlangıç ve seyriyle yakından ilişkili olduğu gösterilmektedir. Buna göre aileden algılanan eleştiri, aile içi çatışmalar hastalığın erken yaşta ortaya çıkıp olumsuz seyir izlemesine etki ederken; aile bütünlüğü, uyumu ve ebeveynlerden algılanan sıcaklığın ise hastaneye yatma sayısında azalma, duygu durum sürekliliği, geç hastalanma yaşı gibi koruyucu etkisi olduğu belirtilmektedir (Christensen ve diğerleri, 2003; Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto ve Sachs, 2005; Sullivan, 2012). Ayrıca ailedeki hırslı ortamın, aileden gelen dış odaklı motivasyonun ve başarıya yönelik koşullamaların, mani ile ilişkili ödül inançları ve olumsuz bilişleri pekiştirmesi nedeniyle yatkinliği arttıran risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Chen ve Johnson, 2012).

“A.”nın reddedilme, yetersizlik ve değersizlik şemalarını öncelikle fark etmesi, sonrasında da bu şemaların oluştuğu erken dönem acı verici deneyimlerine ulaşması terapi sürecinde yaşadığı ilerleme için çok etkili olmuştur. Örnek olarak, hastanın yaşam öyküsünde aile içi geçimsizlik, ergenlikte babasının kendisinden uzaklaşması, babanın yerini dolduran amcanın ölümü, annenin sürekli olarak kendisini eleştirmesi, evdeki çatışma ve babasının uzaklaşması için kendisinin suçlanması ve sürekli daha iyi olan evlatlarla ya da öğrencilerle kıyaslanması gibi olumsuz yaşantılar oldukça ön plana çıkmıştır. Bu yaşantılar sonucunda reddedilme, ilişkilerde güvensizlik, yetersizlik ve değersizlik üzerine benlik ve ilişki örüntüsü inşa edilmiş, manik depresif duygu yapılanması beslenmiştir. Örnek olarak, “İnsanlar beni gerçekten tanıyınca ne kadar boş biri olduğumu anlayıp giderler” inancından beslenen suçluluk ve kendisine yönelik öğrenmenin ön planda depresif bir kişilik yapılanması gözlenmiştir. Bu depresif yapıyla insanların kendisinden daha da uzaklaşmasını önlemek için diğer uçta, olumsuz düşünce ve tepkilerini bastırma, sürekli çekici ve neşeli görünme, eğlenceli ve yaratıcı biri olma gibi hipomanik savunmalar benimsemiştir.

### 3. Bipolar Bozuklukta Duygusal Mekanizmalar

Bipolar bozukluk bir çeşit duygu durum bozukluğudur; duygudurum da “yaygın ve uzun süreli duygu” anlamına gelmektedir. Bu duygular hisleri, davranışları ve değerlendirmeleri etkileyen algı ve bilişle oldukça yakından ilişkilidir (aktaran Martin, 2007). Buna rağmen, depresyon ve maninin kategorik betimlemelerinde duyguların işlevine oldukça az yer verilmektedir.

Duygularla ilgili, bütünleşik bilişsel bir model olan Şematik, Orantılı, Benzeşen ve Temsili Simge Sistemi’nde (Schematic, Propositional, Analogical and Associative Representation System –SPAARS) mutluluk, öğrenme, korku, üzüntü ve öfke olarak beş temel duygu tanımlanır ve duygusal bozuklukların bu temel duyguların simgesel biliş düzeyinde işlenmesinden kaynaklandığı öne sürülür (Power ve Dalglish, 1997). Bu modelde, üzüntü ve öğrenme depresyonun temelini oluşturur. Bu ilişki biraz daha detaylandırılırsa üzüntü, fazlasıyla yatırım yapılmış ve benlik değeri için büyük öneme sahip bir amacın kaybedilmesinden kaynaklanır. Bu üzüntü kaybın önemi ve sorumluluğu, kişinin geçmiş yaşantıları ve şemalarına bağlı olarak, simgesel seviyede öfke ve korku gibi diğer duygularla birleşebilmektedir. Öğrenme ise suçluluk, utanç gibi kendine yönelik birçok karmaşık duygunun temeli olarak kabul edilmektedir. Kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesinden kaynaklanan bu duygular genellikle bir amaca ulaşamadığında, belirlenmiş bir kural yerine getirilemediğinde ya da standardın altında

kalındığında ortaya çıkmaktadır (Power ve Dalglish, 1997). Temelinde iğrenme duygusunun olduğu bu benliğe dair negatif değerlendirmelerden özellikle değersizlik ve suçluluk, depresyon semptomu olarak tanı kriterlerinde yer almaktadır. Bu teoriyle tutarlı olarak bipolar bozukluk tanısı alan hastalarla yapılan nöropsikolojik çalışmalarda, hastaların genel olarak yüz ifadesindeki birçok duyguyu tanımada sorun yaşarken, iğrenme duygusunu sağlıklı gruptaki insanlardan çok daha hızlı ve başarılı bir şekilde bildikleri gösterilmiştir (Harmer, Grayson ve Goodwin, 2002).

Mani ise bu modelde mutluluk duygusuyla ilişkilendirilmekte, fakat buradaki mutluluk, bireyin amacına ulaştığı zaman etkin olan işlevsel duygu düzenlemesiyle değil, öfke ve iğrenme gibi olumsuz duyguları bastırma rolündeki ikincil bir duygu olarak açıklanmaktadır (Power ve Dalglish 1997). Modelde bahsedilen temel duyguların ve onların bilişsel işlenmesiyle oluşan karmaşık duyguların varlığı, literatürde bahsedilen depresyon ve mani özellikleriyle oldukça tutarlı olsa da, bu alanda özellikle bipolar bozukluk için yapılan klinik çalışmalara hala ihtiyaç vardır.

Diğer taraftan, vaka analizlerine dayanan psikanalitik çalışmalar, bipolar bozuklukta duygusal yapılanma ile ilgili oldukça önemli teorik ve pratik bilgiler sunmaktadır. İlk olarak, Freud (1923) melankoli ve mani arasında gidip gelen hastalarıyla olan deneyimlerinden yararlanarak ego temelli bir teori öne sürmüştür. Bu teoriye göre, melankoli erken dönemde benlik için çok önemli olan bir objenin kaybedilmesiyle ilişkilendirilmekte, dolayısıyla bir yas süreci olarak kabul edilmektedir. Kaybın ardından gelen öfke ve nefret gibi olumsuz duygular süper-ego tarafından kabul edilmediği için içselleştirildiği, böylece benlik için yıkıcı bir duygu olan suçluluk formu aldığı savunulmaktadır. Freud bu süreçte, süper-egonun bu sert baskısının, ego için ölümcül olduğunu ve maninin bu yıkıcı saldırılar karşısında korunmak için bir çeşit ego savunması olduğunu belirtmiştir (Freud, 1923). Bu teoriye katkı olarak Melanie Klein (1994) “depresif pozisyon” denilen, yaşamın ilk yıllarında benliğin kendisini başkalarından ayrı olarak algılamasıyla ortaya çıkan kayıp, üzüntü ve yasla ilişkilendirilen bir dönem tanımlamıştır. Klein’a göre de mani, bu dönemdeki tüm bu olumsuz ve acı veren duygulara, aynı zamanda dışarıdan gelen tehditlere karşı bir çeşit savunma mekanizmasıdır.

Bu ilk teorilerden yola çıkarak geliştirilen modern perspektifler de, manik ve depresif benlik örüntülerinde etkin olan duygusal mekanizmalara dair ayrıntılı bir tablo sunmaktadır. Buna göre, içselleştirilmiş suçluluk duygusu temelinde gelişen benlik algısı, depresif bireylerin kendilerini temelde “kötü” olarak değerlendirmelerine ve reddedilmelerinin sorumluluğunu almalarına neden olmaktadır. Hissettikleri öfke, nefret, haset ve cinsellik gibi duygu ve ihtiyaçları, kötü olan benliklerine atfederler ve onlar için kabul edilemezdir. Bu nedenle, bu duyguları deneyimlemek ve ihtiyaçları fark etmek depresif kişilerde, çok ciddi bir rahatsızlık ve acı yaratır. Bu acıdan kaçmak için duygu ve ihtiyaçları tamamen bastırma ve inkar etme tutumunu yoğun olarak benimseyebilmektedirler. Depresif bireyler, insanların kendisini gerçekten tanıyıp aslında ne kadar kötü biri olduğunu gördükleri zaman reddedilmenin kaçınılmaz olduğuna oldukça inanırlar ve kaçınılmaz olan bu sonu en azından mümkün olduğunca geciktirmek için karşı tarafı memnun etme ya da onay arayışı gibi dış odaklı tutum ve tepkileri benimseyerek fedakâr bir örüntü sergileyebilirler (McWilliams, 2010). Örnek olarak, depresif bireyler başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya odaklı ve boyun eğici bir tutum benimseyerek, öfke kırgınlık gibi olumsuz duygularını genellikle bastırmaktadırlar. Buna karşılık aşırı cömertlik, şefkat ve anlayış içeren bağımlı ilişki örüntüleri oldukça ön plana çıkmaktadır. Bu örüntü terapide de varlığını sürdürebilmekte, terapistine kolayca bağlanarak onu idealize eden ve aşırı uyum göstererek onay almaya çalışan bir tutum sergileyebilmektedir. En ufak bir eleştiri bile depresif bireylerde, kendilerine yönelik yıkıcı felaket senaryoları tetiklemesine rağmen, çok nadir olarak olumsuz tepki ve duygu göstermektedirler. Ayrıca her olumsuz mesajı kişiliklerinin bir parçası olarak iç almaktadırlar.

“A.”nın, tipik bipolar atakları gibi görünen depresif dönemleri tetikleyen olaylar incelendiğinde, her dönem öncesinde erkek arkadaşı tarafından aldatılma ya da terk edilme örüntüsü dikkati çekmiştir. Aldatıldığını öğrenmesinin ardından uyku düzeninde bozulma, konsantrasyon sorunu, günlük işlerini ve sorumluluklarını takip edememe, değersizlik, suçluluk ve ağlama nöbetlerini yoğun olarak gözlenmektedir. Bu nöbetler erkek arkadaşının ilişkiye geri dönmesiyle ya da kendisinin yeni bir ilişkiye başlamasıyla sonlanmaktadır. Bu örüntünün kaynağı incelendiğinde yaşam öyküsünde, duygusal olarak bağlandığı insanların hayatından bir şekilde çıktığını (örneğin “anne modeli” olarak benimsediği öğretmenin başka bir şehre gitmesi, “babası kadar sevdiği” amcasının kanser nedeniyle vefat etmesi gibi) ya da kendisinden zamanla uzaklaştıklarını ifade etmiştir. “A.” için bu kayıplar, “sevilmeye layık biri olmadığı” inancının temelini oluşturmaktadır. Bir önceki terapistinin şehir değişikliği nedeniyle ayrılması da bu inancı destekleyen kayıplardan biri olmuştur onun için. Yeni terapistiyle başlayan süreçteki ilk sorusu “siz de gidecek misiniz” olmuş, koşulsuz kabul alabileceğine ve terk edilmeyeceğine güvenene kadar terapistte olan öfke, hayal kırıklığı gibi duygularını dile getirmekten kaçınarak aşırı uyumlu bir rol benimsemiştir. Bir başka örnekte, konuşmayı genellikle sessiz kalmadığı bir seans için terapistini “yeterince memnun edemediği ya da eğlendiremediğini” düşünüp, sonraki seansa gelmeyerek terapistin onu düşünmesi ya da araması için denemelerde bulunmuştur. “A.”nın terapideki bu ilişki örüntüsü, özel ilişkilerinin bir yansımasıdır. Birinin onu gerçekten tanıdığında “ne kadar boş ve sıkıcı” biri olduğunu anlayacağı ve kendisini terk edeceği inancıyla, her türlü düşünce ve duygularını bastırarak, karşı tarafı memnun etme üzerine kurulu fedakar bir rol benimsemektedir. Bu role uygun şekilde de kendisini suistimal eden ve aldatan kişilerle birlikte olmakta, kendisine değer veren ve ilgilenen insanlarla arasına mesafe koymaktadır. Bu ilişki örüntüsü kendisinden daha da “iğrenmesine” neden olmakta, bu iğrenme de “sevilemeyecek” biri olduğu inancını pekiştirerek kısır döngüyü tamamlamaktadır.

Terapide sağlanan tutarlı koşulsuz kabul ve anlayış A’nın “kötü” biri olduğu inancına neden olan duygu, istek ve ihtiyaçlarını fark edebilmesi ve ifade edebilmesine olanak sağlamıştır. Güvenli terapi ortamında yapılan aynalamalar, kendisini “keşfetmesine” imkan vermiş ve bu keşifler sonucunda “hiç de boş biri” olmadığını anlamasını sağlamıştır. Böylece terk edilme korkusunun altındaki “yalnız kalma” endişesinin zayıfladığı gözlenmiş; tercihlerini, duygu ve isteklerini ifade edebilme ve gerektiğinde itiraz edebilme cesaretini kazandığı dikkati çekmiştir. Örnek olarak, erkek arkadaşına karşı çıkabildiği, kendisine iyi gelen arkadaşlarına daha fazla zaman ayırdığı, terapi ortamında da kendisini daha çok ifade edip, olumsuz duygularını daha rahat dile getirdiği gözlenmiştir. Bu değişim kaçınılmaz olarak, istismar edildiği ilişkilerden uzaklaşarak kendisini değerli hissettiği ilişkilere yatırım yapma yolunu açmıştır. İlişkilerinde bu yıkıcı örüntünün yerini alan besleyici ve destekleyici yeni örüntü, benliğinin temelinde hissettiği “suçluluk ve tiksinti” duygularının kaynağını sorgulama cesaretini de sağlamıştır.

Duygu odaklı yaklaşımlar için mani, depresyonun diğer ucu olarak değil; depresif egonun kendisini savunmak için kullandığı bir çaba olarak kabul edilmektedir. Buna göre, neşeli, çekici, cinsel olarak aktif ve yücelik düşüncelerinin önde olduğu manik ya da hipomanik kişilik örüntüsünün arkasında suçluluk, reddedilme korkusu, bağımlı kişilik yapısı, uzun süreli ilişki için gereken beceri eksikliği ve çok kırılabilir irade gibi benlik için oldukça yıkıcı olan örüntü ve değerlendirmeler varlığını sürdürmektedir. Bu iki boyutlu mani yapılanması, temel olarak inkar ve eyleme koyma savunma mekanizmasıyla açıklanmaktadır: İnkâr, çok yoğun ve büyük ölçüde bilinçdışı olarak her türlü olumsuz ve stresli duyguyu reddetme anlamı taşır. Eyleme koyma ise bir tür kaçınmacı baş etme biçimidir ve özellikle bir kayıp tehdidi sırasında ön plana çıkmaktadır. Buna göre manik kişilik, kaybın dayanılmaz acısından kaçınmak için cinsellik, dürtüsellik, alkol gibi zevk veren aktivitelere yönelme, hatta karşı tarafta öfke oluşturma gibi çeşitli eyleme koyma davranışlarına başvurmaktadır (aktaran, McWilliams, 2010). Kayba karşı tolerans çok düşük

olduğu için, manik kişiler de reddedilmeye karşı aşırı hassastırlar. Fakat depresif kişilerin başkalarını idealize etme eğilimlerinin tersi olarak, manik kişiler kendilerini kaybın yıkıcı etkisinden korumak için, karşı tarafı ya da ilişkinin kendisini değersizleştirme eğilimi göstermektedirler. Bu örüntünün kökenine bakıldığında, manik kişilerin geçmişlerinde sevilen birinin/nesnenin/durumun travmatik kaybına sıkça rastlandığı, ayrıca bu kayıp karşısında duygularının rahatça yaşanmasına izin verilmediği, duygularını bastırarak baş etmek zorunda kaldıkları kaydedilmiştir. Dolayısıyla, sevgi, şefkat, yakınlık gibi ilişkide bağlanmayı işaret eden duyguların varlığından oldukça rahatsız olduklarına ve bu bağlanmanın hissedilmesi durumunda alternatif partnerler bulma ya da ilişkiyi birden bırakma gibi diğer eyleme dökme savunmalarına başvurabildiklerine de dikkat çekilmiştir (Akiskal, 1984; Akhtar, 1992).

“A.”nın duygudurum değişikliği ve dürtüsellüğün ağırlıklı olduğu, psikomotor bozulma içermeyen hipomani dönemlerinin, benzer şekilde terk edilme ve yalnız kalma öyküleriyle ilişkili olduğu gözlenmiştir. Örneğin, ne zaman erkek arkadaşının ya da babasının artık kendisiyle ilgilenmediğini düşünse, terk edilme ve değersizlik tehdidi algılasa babasının kredi kartıyla yüklü miktarda alışveriş yapma, huzursuzluk, sinirlilik hali, aşırı can sıkıntısı, evde kalamama, dışarı çıkıp alkol tüketme, yoğun sosyal aktivitelerde bulunma ya da diğer erkeklerle tanışıp flört etme gibi eyleme koyma davranışları öne çıkmaktadır. Bu dönemleri tetikleyen olumsuz yaşantıları unutmama, duygusal tepkileri de bastırma savunmaları ön plandadır.

Mani örüntüsü terapide de varlık gösterebilmekte, dolayısıyla psikoterapi sürecinde çeşitlik zorluklar yaşanabilmektedir. Öncelikle, hastaların hızlı konuşmalarını takip etmek ve uçuşan düşüncelerini yakalamak oldukça zor olabilmektedir. Ayrıca terapistin, kendisini hipomanik hastanın çekici ve neşeli tavırlarına kaptırmaması, inkar savunmasını kaldırarak hastayı acı verici birincil duygularına ulaştırabilmesi de önemli bir zorluk olarak belirtilmektedir. McWilliams (2010) bunun için, terapi sürecinde hastayı sürekli olarak olumsuz duygularıyla yüzleştirmenin gerekliliğini vurgulamıştır. Fakat bu yüzleştirmeler, hasta için oldukça acı verici olabileceğinden, hastanın mantıksallaştırma, inkar, bastırma, eyleme koyma gibi her türlü kaçınmaya başvurması da beklenmelidir. Bu kaçınmaların önlenmesi için, yüzleştirmelerde terapistin desteğinin oldukça faydalı olduğu, fakat o zaman da hastanın terapistle bağlandığını hissetmesiyle birlikte terk edilme korkularının aktif olabileceği belirtilmektedir. Bu korkuların, terapiyi birden bırakma ya da terapisti küçümseme gibi savunmaları tetikleyebileceği, bunun önüne geçmek için de terapistin koşulsuz kabulünün çok önemli olduğu vurgulanmaktadır.

“A.” yaşadığı olumsuz yaşantıları hatırlamakta ya da terapi seansına getirmekte oldukça zorlanmış, bu yaşantılar dışında gündelik olayları dağınık şekilde anlatmaya odaklanmıştır. Kaçınma ihtiyacının anlaşılmasının, bu savunmacı tutumun yargılanmadan, terapistin destekleyici tavrıyla yapılan yüzleştirmelerin ardından “A.” kendisi için önemli olayları anlatabilecek güvenli ortamdan ve kendisine değer verildiğinden emin olabilmiş ve olaylarla yüzleşmeye hazır olabilmştir. Sonraki aşama, yaşadığı olumsuz deneyimlerin onda yarattığı duygusal tepkilere ulaşmak olmuştur. Kendisi için oldukça sarsıcı olan deneyimleri ustalıkla önemsiz ya da küçümseyici bir şekilde, sürekli gülerken ya da kendisiyle dalga geçerek duygusal içerikten kaçındığı gözlenmiştir. Bu süreçte, anlatılan bir olayın “A.” için ne kadar önemli olduğunu ve kendisinin ne kadar acı çektiğini gözden kaçırmamak için terapist oldukça dikkatli olmak zorunda kalmıştır. Duygusal deneyimin bu kadar örtük olmasının ardında geçmiş yaşantısında, duygu ve ihtiyaçlarının reddedildiği, dışlandığı, yargılandığı ya da önemsenmediği yönünde bir algısının olduğu gözlenmiştir. Terapinin destekleyici ve kabul edici ortamının tutarlı olarak sağlanması, örtük olarak duygusal deneyimin açık bir şekilde ele alınabilmesine olanak sağlamıştır. “A”nın sahip olduğu öfke, arzu, kıskançlık, yetersizlik, yalnızlık ve hayal kırıklığı gibi duyguları; sevgi, şefkat, korunma gibi ihtiyaçları ile yüzleşebildiği ve onları terapi ortamı içinde ve dışında ifade edebilme cesaretini gösterebildiği gözlenmiştir.

Duygularının kendisi tarafından kabulü ve ifadesi “A.”nın, özünde “sevilemez, değersiz ve yetersiz” biri olduğu inancını terapinin güvenli ortamında sorgulama imkanı vermiştir. Erken dönem olumsuz deneyimleriyle birlikte bu temel duyguların kabulü ile ilgili çalışmalar başarılı sonuçlar vermiş, bir yıllık terapi sürecinde aldatılma ya da terk edilme gibi büyük stres durumlarında herhangi bir depresyon atağı kaydedilmemiştir. Ayrıca başarısızlık ve değersizlik şemasını aktive eden olaylardan (sınavda düşük not almak, arkadaşı tarafından eleştirilmek gibi) hipomanik savunmalar kullanarak kaçınmak yerine, ağlama, yas tutma ve kabullenme gibi doğal süreçleri yaşayabildiği gözlenmiştir. Bu gelişmeler sonucunda, “A”nın bağımlı örüntüsünün azaldığı, yaşamının merkezine kendisini daha çok koyabildiği, kendini ifade ederek “var olma” cesaretinin arttığı dikkati çekmiştir.

## Tartışma

Bu makalede bilişlerden duygulara, bipolar bozukluğun başlangıcı, yatkınlığı, devamlılığı ve seyri ile yakından ilişkili olan psikolojik mekanizmaların rolü araştırılmıştır. Klinik çalışmalar, sadece fizyolojik, genetik ve stres faktörlerinin bu hastalığı açıklamada yeterli olmadığını belirtmekte; hastalığın tam anlaşılmadan doğru tanı ve tedavi eksikliğinin giderilmeyeceğini göstermektedir. Bu nedenle, bipolar bozukluktaki psikolojik etmenlerin araştırılması literatürde son zamanlarda oldukça ilgi çekmektedir. Özellikle, hatalı baş etme stratejilerinin, olumsuz tutumların ve olumsuz kişilik özelliklerinin hastalığın oluşumuna ve sürekliliğine etkisi oldukça destek görmektedir. Bilişsel mekanizmalar ve kişilik özelliklerinin önemini vurgulayan bu çalışmalardan yola çıkılarak, psikoterapinin bipolar bozukluk tedavisinde psikoeğitim dışındaki sağaltıcı rolü de araştırmalarda oldukça önem kazanmaktadır (Maçkalı ve Tosun, 2011). Bununla ilgili, ilaç tedavisinin bilişsel-terapi modeliyle birleştirilmesinin sadece ilaç tedavisine göre; atak önleme, eşlik eden hastalıkların azalması, hastaneye yatma ve duygu durumu sabitlenmesi anlamında çok daha etkili olduğu gösterilmiştir (Jones, 2004; Sütçigil ve Cansever, 2006). Buradan yola çıkılarak, bipolar bozukluğun alt tiplerine özgü psikolojik mekanizmaların belirlenmesi ve onlara yönelik sistemli terapi modellerinin oluşturulması, daha etkin tedavi için oldukça önemlidir.

Bu makalenin önemli bir diğer katkısı da, bipolar bozuklukta etkin olan fakat kategorik tanımlarda yer bulamayan duygusal mekanizmaları aydınlatma çabasıdır. Özellikle suçluluk, utanç gibi bazı duyguların, depresyon ve mani dönemleri için tanı kriteri olduğu göz önünde bulundurulduğunda, duygusal mekanizmaların göz ardı edilerek tam bir bipolar bozukluk çerçevesi elde etmenin mümkün olmadığı söylenebilir. Bu anlamda temel duyguların olaylar, şematik simgeler ve anlamlandırmalarla ilişkilendirildiği güncel bir model, son zamanlarda oldukça dikkat çekmektedir. Modelin özellikle klinik gruplardaki geçerliliği için hala çalışmalar gerekmektedir, fakat duygu deneyimleri ile ilgili önermelerinin bipolar bozukluk literatüründeki bulgularla tutarlı olması açısından gelecek vaat eden bir model olarak kabul edilmektedir. Atakları önleme ve duygu durumunun dengelenmesi anlamında etkin bir terapi modeli için, sadece işlevsiz bilişsel mekanizmaların çalışılmasının yeterli olmayacağı, bunların öne çıkan duygusal deneyimlerle ilişkilendirilerek çalışılması gerektiği özellikle desteklenmektedir (Jones, Sellwood ve Mc Govern, 2005). Bu alanda, psikanalitik vaka analizleri de mani ve depresif dönemlerdeki duygu örüntüsüyle ilgili önemli bilgiler sunmaktadır. Özellikle, maninin depresyonun tam zıddı olarak değil, onun bir savunması olarak ele alınması ve içselleştirilmiş suçluluğun önemini vurgulanması, terapi için çalışılacak önemli noktaları göstermekte, ayrıca bu örüntülerin terapiye de ne şekilde yansıtacağı hakkında rehberlik etmektedir. Bu anlamda, tedavi sürecinde terapi ilişkisinin önemi de açığa çıkmaktadır. Psikanalitik önermelerin geniş örneklem üzerinde ampirik olarak desteklenememesi gibi bir kısıtlılık söz konusudur. Bununla birlikte SPAARS modeli gibi

bişsel modeller de dahil olmak üzere birçok farklı psikolojik perspektif tarafından bipolar bozukluk hakkında bilgi verirken bu psikanalitik yaklaşımların referansından oldukça yararlanılmaktadır.

## Kaynaklar

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372.
- Akhtar, S. (1992). *Broken structures: severe personality disorders and their treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Akiskal, H. S. (1984). Characterologic manifestations of affective disorders: Toward a new conceptualization. *Integrating Psychiatry*, 2, 83-88.
- Alatiq, Y., Crane, C., Williams, J.M.G, & Goodwin, G.M. (2010). Dysfunctional beliefs in bipolar disorder: Hypomanic vs. depressive attitudes. *Journal of Affective Disorders*, 122, 294-300.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Walshaw, P.D., Keyser, J., & Gerstein, R.K. (2010). Adolescent-onset bipolar spectrum disorders: A cognitive vulnerability-stress perspective. In *Understanding Bipolar Disorder: A Developmental Psychopathology Perspective*, ed. David J. Miklowitz & Dante Cicchetti (pp. 282-331). New York: The Guilford Press.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Urosevic, S. Nusslock, R. & Jager-Hyman, S. (2010). Course of early-onset bipolar spectrum disorders during the college years: a behavioral approach system dysregulation perspective. In *Understanding Bipolar Disorder: A Developmental Psychopathology Perspective*, ed. David J. Miklowitz & Dante Cicchetti (pp. 166-191). New York: The Guilford Press.
- Alloy, L.B., Reilly-Harrington, N.A., Fresco, D.M., & Flannery-Schroeder (2006). Cognitive vulnerability to bipolar spectrum disorders. In *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*, ed. Lauren B. Alloy & John H. Riskind (pp. 93-134). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed., text revision). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 159 (4), 1-50.
- Angst, J. (2006). Do many patients with depression suffer from bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 3-5.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Bentall, R.P., Myin-Germeys, I., Smith, A., Knowles, R., Jones, S.H., Smith, T., & Tai, S.J. (2011). Hypomanic personality, stability of self-esteem and response styles to negative mood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 397-410.
- Brieger, P. (2005). Comorbidity in mixed states and rapid-cycling forms of bipolar disorder. In *Bipolar Disorders: Mixed States, Rapid Cycling and Atypical Forms*, ed. Andreas Marneros ve Frederick Goodwin (pp. 262-277). UK: Cambridge University Press.
- Chen, S.H., & Johnson, S.L. (2012). Family influences on mania relevant cognitions and beliefs: a cognitive model of mania and reward. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 829-842.
- Christensen, E.M., Gjerris, A., Larsen, J.K., Bendtsen, B.B, Larsen, B.H., Rolff, H., Ring, G., & Schaumburg, E. (2003). Life events and onset of a new phase in bipolar affective disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 356-361.
- Coulston, C.M., Bargh, D.M., Tanious, M., Cashman, E.L., Tufrey, K., Curran, G., Kuiper, S., Morgan, H., Lampe, L., & Malhi G.S. (2012). Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *Journal of Affective Disorders* (in press).
- Dilbaz, N. (2013). İki uçlu depresyonda doğru tanı koymak: Tek uçlu ve iki uçlu depresyon ayrımı. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 545-547.
- Engstrom, C., Brandstrom, S., Sigvardsson, S., Cloninger, C.R., & Nylander, P.O. (2004). Bipolar

- disorder. III: harm avoidance a risk factor for suicide attempts. *Bipolar Disorders*, 6, 130-138.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. *Standard Edition*, 18, 7-64.
- George, E.L., Miklowitz, D.J., Richards, J.A., Simoneau, T.L., & Taylor, D.O. (2003). The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorders*, 5, 115–122.
- Goodwin, F.K. & Jamison, K.R. (2007). *Manic Depressive Illness* (2nd ed). New York:Oxford University Press.
- Gruber, J., Harvey, A.G., & Johnson, S.L. (2009). Reflective ruminative processing of positive emotional memories in bipolar patients and healthy controls. *Behavior Research and Therapy*, 47, 697-704.
- Harmer, C.J., Grayson, L., & Goodwin, G.M. (2002). Enhanced recognition of disgust in bipolar illness. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 298-904.
- Hawke, L.D. & Provencher, M.D. (2012). Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136, 803-811.
- Hirschfeld, R.M., Lewis L, & Vornik, L.A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic– depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(1), 61-74.
- Jabben, N., Arts, B., Jongen, E.M.M., Smulders, F.T.Y., & vanOs, J. (2012). Cognitive processes and attitudes in bipolar disorder: A study into personality dysfunctional attitudes and attention bias in patients with bipolar disorder and their relatives. *Journal of Affective Disorders* (in press).
- Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: Toward more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25, 1008-1027
- Johnson, S. L., McKenzie, G., & McMurrich, S. (2008). Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 702-713.
- Jones, S. (2004). Psychotherapy in bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 80, 101-114.
- Jones, S.H., Sellwood, W., & McGovern, J. (2005). Psychological therapies for bipolar disorder: the role of model-driven approaches to therapy integration. *Bipolar Disorders*, 7, 22–32.
- Judd, L.L. & Akiskal, H.S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases, *Journal of Affective Disorders*, 73, 123-131.
- Kim, B., Joo, Y.H., Kim, S.Y., Lim, J.H. & Kim, E.O. (2011). Personality traits and affective morbidity in patients with bipolar I disorder: The five factor model perspective. *Psychiatric Research*, 185, 135-140.
- Kessing, LV., Agerbo, E. & Mortensen, P.B. (2004). Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania. *Bipolar Disorders*, 6, 122-129.
- Klein, M. (1994). Mourning and its relation to manic-depressive state. In *Essential Papers on Object Loss*, ed. Rita V. Frankiel (pp. 95-122). New York ve London: New York University Press.
- Knowles, R., Tai, S., Jones, S. H., Highfield, J., Morris, R., & Bentall, R. P. (2007). Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disorders*, 9, 490-495.
- Lozano, B. E., ve Johnson, S. L. (2001). Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *Journal of Affective Disorders*, 63, 103–111.
- Lish, J.D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P.C., Price, R.A., & Hirschfeld, R.M. (1994). The national depressive and manic-depressive association (National DMDA) survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorders*, 31, 281-294.
- Maçkalı, Z. & Tosun A. (2001). Bipolar Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride*

Güncel Yaklaşımlar, 3(4), 571-594.

Martin, E. (2007). *Bipolar Expectations: Mania and Depression in American Culture*. UK: Princeton University Press.

McWilliams, N. (2010). *Psikanalitik Tanı: Klinik Süreç içinde Kişilik Yapısını Anlamak*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Miklowitz, D.J., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Otto, M.W., & Sachs, G.S. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatric Research*, 136,101-111.

Nery, F.G., Hatch, J. P., Glahn, D.C., Nicoletti, M.A., Serap Monkul, E., Najt, P., Fonseca, M., Bowden, C.L., Robert-Cloninger, C., & Soares, J.C. (2008). Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 569-577.

Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P.B., & Ball, J.R. (2011). Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 134, 126-132.

Power, M. & Dalglish, T. (1997). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. UK: Psychology Press.

Smith, D.J., Muir, W.J., & Blackwood, D.H.R (2005). Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorders: A comparison of bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 87, 17-23.

Solomon, D. A., Shea, M. T., Leon, A. C., Mueller, T. I., Coryell, W., Maser, J. D., Endicott, J., ve Keller, M. B. (1996). Personality traits in subjects with bipolar I disorder in remission. *Journal of Affective Disorders*, 40, 41-48.

Strong, C. M., Nowakowska, C., Santosa, C. M., Wang, P. W., Kraemer, H. C., & Ketter, T. A. (2007). Temperament-creativity relationships in mood disorder patients, healthy controls and highly creative individuals. *Journal of Affective Disorders*, 100, 41-48.

Sullivan, A.E., Judd, C.M., Axelson, D.A., & Miklowitz, D.J. (2012). Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder, *Behavior Therapy* (in press).

Sütçügil, L. & Cansever, A. (2006). Bipolar bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal girişimler. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(29), 46-51.

Tamam, L. (2007). Bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 59-71.

Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*, 64, 737-774

Youngstrom, E., van Meter, A., & Algotra, G.P. (2010). The bipolar spectrum: myth or reality? *Current Psychiatry Reports*, 12, 479-489.

## **Summary**

### **Understanding Bipolar Disorder: A Psychological Perspective from Cognitions to Emotions**

Bipolar disorder is a common chronic condition that is associated with major impairments in daily, occupational and relational functioning. The high rates of misdiagnoses or delayed diagnoses, poor treatment outcomes, comorbid conditions; and also suicide attempts in clinical reports point to important problematic issues about definition and management of bipolar disorder. Recent studies discussing these controversial issues indicate that one sided dimension focusing only on biological mechanisms does not provide a comprehensive framework and this deficiency lead to poor prognosis in spite of aggressive pharmacotherapy. On the basis of these problems, in the current study a literature review was conducted in order to investigate psychological dynamics in bipolar disorder from cognitions to emotions in an attempt to explore the effectiveness of psychotherapy based on these dynamics.

From cognitive perspective dysfunctional thoughts, maladaptive coping strategies such as avoidance, rumination, cognitive distortion and catastrophizing are found to be significant in both development and maintenance of bipolar episodes. In addition, hypersensitivity in a motivational system called Behavioral Activation System (BAS) is considered as an important vulnerability factor which may include setting too high and unrealistic goals, attitudes of too harsh self-criticism and attitudes of perfectionism; eventually these features may trigger manic or depressive episodes resulting from unfulfilled expectations and negative life events. The common point of these cognitive and motivational dynamics indicates the presence of maladaptive schemas; and consistently, the studies revealed that approval seeking, recognition, emotional inhibition and abandonment are especially significant in these patients.

Another important psychological mechanism in bipolar disorder is related to emotional structure. In bipolar depression, self-disgust and guilt have an important role in the evaluation of self-worth that results from introjection of unacceptable emotions and needs. In contrast to a common view, mania is not considered the opposite pole of the depression, but rather, it is an ego defense facet for these depressive and painful emotions.

From the point of these theoretical perspectives, psychotherapy application focusing on maladaptive cognitive mechanisms and inhibited negative emotions have important implications for preventing bipolar attacks, increasing functioning as well as interpersonal relations for a long term period.

**Keywords:** Bipolar disorders, cognitions, emotions, psychotherapy.