

---

**AFFEKTİF BOZUKLUKLARDA PSİKOTERAPÖTİK GİRİŞİMLER VE  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

*PSYCHOTHERAPEUTICS INTERVENTION AND PSYCHIATRIC NURSING  
IN AFFECTIVE DISORDER*

**Gülseren ÜNAL\***      **Olcay ÇAM\*\***

\*Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

**Anahtar Sözcükler:** affektif bozukluk, psikoterapötik yaklaşım, psikiyatri hemşireliği

**Key Words:** affective disorder, psychotherapeutics approach, psychiatric nursing

---

**ÖZET**

Mental bozuklukta psikolojik tedavilerden yararlanımın artması ile bipolar affektif bozuklukla ilgili uygulamalarda psikoterapilerin rolüne ilgi artmıştır. Bipolar affektif bozuklukta semptomlarla başetme, yaşamını idame ettirmede pek çok farklı terapötik metod vardır. Bu makale, affektif bozuklukta psikoterapi ve psikiyatri hemşiresinin psikoterapötik bakım girişimlerini irdeler. Psikiyatri hemşireleri affektif bozuklukta, hastalıkla ilgili eğitim, bireylere destek, aile terapisi, kognitif davranışsal terapi, kişiler arası ilişkiler terapisi, grup ve psikodinamik terapi yaklaşımlarından yararlanırlar. Affektif bozukluğu olan hastalara uygulanacak psikoterapi ile semptomların önlenmesi, sosyal uyum ve girişimlerin artırılması, relapsların ve hospitalizasyonun önlenmesi sağlanabilir. Psikoterapötik yaklaşımları iyi kullanabilen psikiyatri hemşireleri hastalığın tedavisinde önemli katkılar sağlayabilirler.

**SUMMARY**

*The increased acceptance of brief evidence-based psychological treatments in mental disorders treatment has finally led to increased interest in the role of psychotherapies in affective disorders practice. There are different many psychotherapy methods to help have affective disorder patients cope with their symptoms and manage their lives. This article provides a review of commonly encountered affective disorders in psychotherapy and primary psychiatric nursing psychotherapeutics care interventions. Psychiatric nurses are skilled to run common intervention strategies for the treatment of affective disorders that include education about affective disorder, and supportive individual and family therapy, cognitive behavioural therapy, interpersonal relationship therapy, group and psychodynamic therapy. The evidence suggests that the addition of a*

*psychoterapy may significantly reduce symptoms, enhance social adjustment and functioning, and reduce relapses and hospitalizations in patients with affective disorders. Psychiatric nurse who use well psychotherapeutics approach, may be important help on affective disorders treatment.*

## **GİRİŞ**

Terapötik girişim, sağaltım işini yürütmek üzere, hasta ve klinisyen arasında kurulan bir ortak çalışma ilişkisidir. Klinisyenin terapötik işbirliği kurma becerisi ise, sorunları/bulguları ayırt etme, tanıma ve en yararlı sağaltımı düşünme sürecine hastayı etkin olarak katabilme becerisi olarak basitçe tanımlanabilir. Psikiyatride terapötik girişim olarak iki farklı yöntem kullanılır. Farmakoterapi ve psikoterapi. Sıklıkla bu iki tedavi yöntemi birbirine yardımcı olurlar ve birlikte uygulanırlar (Öztürk 1997).

Ancak klinik olarak psikiyatrik bir rahatsızlığı olan hastaların hepsinin psikoterapiye ihtiyaçlarının olup olmadığı sorusu sık sık gündeme gelir. Eğer bu soru hastalık hakkında bilgilendirmenin gerekip gerekmediği anlamında soruluyorsa, cevabı evettir. Eğer bazı gizli psikolojik nedenlerin ortaya çıkarılması ve çözümlenmesi için yapılandırılmış bir danışmanlık anlamında soruluyorsa, cevabı hayırdır. Kısaca psikoterapi gereksinimi her hastaya göre değişir. Bazen yalnızca ilaçla tedavi yeterli olurken bazı hastalarda hem psikoterapi hem de ilaç kullanılabilir. Bazen de tek başına psikoterapötik yöntemler kullanılır (Tangör 1997, Güleç , Köroğlu 1997)

Psikoterapi geniş anlamda, ruhsal yollarla yardım ve iyileştirme demektir. Bu tanım her türlü yardım yollarını kapsamaktaysa da psikiyatride psikoterapi, belli bir kurama dayalı, belirlenmiş bir yöntem olarak yapılan tedaviler anlamındadır (Güleç , Köroğlu 1997).

Benzer bir diğer tanımda ise; psikoterapi, hastanın varolan semptomlarını gidermek, değiştirmek ve geriletmek, davranışın bozuk yönlerini değiştirmek, kişiliğin olumlu yönde büyümesi ve gelişmesini sağlamak amacıyla, eğitilmiş bir kişiyle, psikolojik anlamda ve de özellikle duygusal alanda yürütülen profesyonel bir tedavidir (Öztürk 1997).

Psikoterapiye ihtiyaç duyan kişi, psikoterapistle daha olgun bir kişilik örgütlenmesine ulaşmak ve kendi kendisini daha iyi anlayabilmek için gelmiştir. Terapistten beklediği iki unsur vardır. Birincisi, kişiliğinin dinamik örgütlenmesi ve yapısını iyi değerlendirilebilmesidir. İkinci unsur ise, bu bilgi ve değerlendirmeyi, anlayabileceği ve yararlanabileceği bir tarzda ona aktarabilmesidir. Davranış örüntülerinin hastaya entelektüel bir biçimde aktarılması ve açıklanması, o kişide

herhangi bir değişiklik yaratmamaktadır. Kalıcı bir değişikliğin oluşabilmesi için bu bilgilerin hasta tarafından duygusal düzeyde de anlaşılıp yaşanması gerekir (Tangör 1997, Öztürk 1998).

Psikoterapötik yaklaşım tüm tıp alanı için hasta ile ilişkinin başlangıcında olması gereken ilişkidir. Bundan farklı olarak psikoterapi uygulama alanlarının ve şeklinin tanımlandığı düzenli bir ilişkidir. Anksiyete bozukluklarında, somatoform bozukluklarda, duygudurum bozukluklarında, cinsel fonksiyon bozukluklarında, kişilik bozukluklarında, uyum bozukluğunda mevcut rahatsızlığın derecesiyle orantılı farklı türden psikoterapiler tek veya birlikte uygulanabilir (Öztürk 1997, Güleç , Köroğlu 1997).

Psikoterapide hasta seçimi oldukça önemlidir.Hastanın ancak tanısı konulduktan sonra ne tür ve ne yoğunlukta psikoterapiye devam edeceği kararlaştırılmalıdır. Hastanın tedaviye kendisinin geliyor olması önemlidir. Çünkü ailesinin zoruyla ya da başka nedenlerle tedaviye devam etmek zorunda olan bir hastanın psikoterapiden faydalanması güçtür. Hastanın en azından normal zekalı ve sorunlarını anlatabilecek bir konuşma yetisinin bulunması gerekir. Hastanın kendisini tanımaya, incelemeye ve değiştirmeye içten ilgisinin bulunuşu önemli bir seçim ölçütüdür. Psikoterapi uzun zaman alan ve büyük emek isteyen bir sağaltım türüdür. Bunun için hastanın ekonomik yönden psikoterapiye devam edecek gücü olmalıdır. Hastanın yaşam koşulları psikoterapiye devam etme bakımından uygun olmalıdır. Terapi süresince alkol ya da uyuşturucu madde almaya devam edenlerin psikoterapiden faydalanmaları güçtür. Psikoterapiye devam edebilmek için hastanın bir miktar sıkıntısı olması ve sıkıntıya katlanabilmesi gerekir (Court, Nelson 1996, Öztürk 1998)

Psikoterapötik girişimler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilirler (Öztürk O 1998).

<b>Profesyonelin hastaya yanaşma biçimi ve tutumuna göre</b>	<b>Ruhsal bozukluk anlayışı ve kuramsal çıkış noktasına göre ise;</b>	<b>Sağaltım durumunun biçimi ve yapısına göre:</b>
a.Bastırıcı B.Destekleyici C.Derinliğine araştırmacı	a. Psikodinamik temellere dayananlar b. Öğrenme ilkelerine dayanan davranışçı psikoterapi türleri c. Bilişsel psikopatoloji, bilgi işleme, sosyal psikoloji ilkelerine dayananlar d. Varoluşçu ve olgu bilimsel (phenomenologic) temellere dayananlar	a. Bireysel b. Grup c. Psikodrama d.Oyun e. Aile

Hemşirenin terapi yapabilmesi için psikiyatri hemşireliği dalında master ya da doktora derecesine sahip olması gerekmektedir. Psikoterapi konusunda doğrudan hastalarla birebir geçirilmiş 800 terapi saatinin deneyimlenmiş olması gerekmektedir. Bu 800 saatin 100 saati

supervizyon alınarak sağlanmalıdır. Yurt dışında bu sertifika, Amerikan Hemşireler Birliğinin onayı ile alınabilmektedir. (Harrison 1998, Stevens, Manglass 2004). Türkiyede psikoterapist hemşire yüksek hemşirelikten mezun olduktan sonra, master veya klinik doktora yapmakta ve üzerine hangi kuramı seçmiş ise (Örneğin varoluşçu, Cognitif, aile ve çift terapisi, çocuk terapisi gibi) o alanda eğitim almaktadırlar. Daha sonra süpervizyon çalışmalarına katılarak co-terapist daha sonra da terapist olabilmektedirler.

Duygulanım bozukluğu olan hastalarla çalışırken sıklıkla karşılaşılan sorunlar şöyle sıralanabilir; öfke, yadsıma, gerek hastalık gerek tedavi ile ilgili ambivalan duygular, toplum tarafından etiketlenme, sağaltımın başarısının beklenenin altında olması nedeniyle düş kırıklığı ve engellenme duyguları, duygu durum düzenleyicilerine bağlı yitimler, yineleme korkuları, normal ve anormal duygu durumu birbirinden ayırmayı öğrenme çabaları gelişimsel sorunlar (ergenlik, karşı cinsle ilişkiler, mesleki kimlik, mesleki başarı sorunları, evlilik, çocuk sahibi olma, emeklilik, akraba ve yakınların ölümleri, eş ölümleri vb.) aile ve ilişkilerle ilgili kaygılar, hastalığın genetik yönüyle ilgili kaygılar (Feinman et all 2000, Schärer et all 2002 ).

Hastalığın akut epizot ve koruma tedavilerinde farmakoterapi temel araçtır. Ancak, özellikle belli olgularda psikoterapötik girişimlerin önemli etkileri olabilir. Bu hastalar geçirilmiş epizotların psiko sosyal sonuçlarıyla karşılaşır, bu hastalığın tekrarlaması eğilimini arttırabilir. Üstelik süresi bilinmeyen uzun bir tedavide üstesinden gelmek için ekiple işbirliğinin sürdürülmesi gerekir. Yıllardır hastalanmayan bir olguda iyileşmesine karşın neden tedaviye devam etmesi gerektiği bir sorun iken, bazı hastalarda epizotlar arasında süren duygudurum dalgalanmaları da bir başka sorundur (Güleç, Köroğlu 1997, Hirschfeld et all 2002).

Duygulanım bozukluğu olan hastalar psikoterapiden fayda görürler. Psikoterapide hedeflenen hastadaki huzursuzluğu azaltmak, işbirliğini arttırmak ve gelecekteki epizotların frekansını düşürmeye çalışmaktır. Duygulanım bozukluklarında başlıca sorun kaynakları şöyle sıralanabilir: (1) Bir majör duygu durum bozukluğu geçirmiş ve kronik bir akıl hastalığı tanısı almış olmanın duygusal tepkileri, (2) geçirilmiş epizotların yarattığı gelişimdeki aksamalar, (3) etiketlenmeye bağlı sorunlar, (4) benlik değeri duygusunun etkilenmesine bağlı sorunlar, (5) nüks korkusu ve buna bağlı olarak normal işlevselliğin kısıtlanması, (6) kişiler arası ilişki sorunları, (7) evlilik, aile, çocuk sahibi olma, ana babalık rolüne ilişkin sorunlar, (8) akademik ve iş yaşamına ilişkin sorunlar, (9) epizotlar sırasında sergilenen davranışlarla ilgili diğer yasal, sosyal ve duygusal sorunlar. Bu sorunları çözme amacıyla

bireysel terapiler olarak psikodinamik, kişiler arası, davranışsal ve bilişsel terapiler uygulanabilir. Ayrıca evlilik, aile ve grup terapileri de gereksinime göre seçilebilir (Arıkan 1999, Can Saka 2001, Güleç, Köroğlu 1997, Stephen 2002)

Emosyonel ve davranışsal disfonksiyonları olan hastalara psikoterapi uygulanabilir. Ancak hastanın psikoterapiye gelirken kendisi ile ilgili farkındalığı olması gerekir. Psikoterapi pek çok ruh sağlığı çalışanı tarafından değişik yöntemler seçilerek uygulanabilir. Ancak psikoterapi yapabilecek kişinin öncelikle bu konu ile ilgili yetkinliği olması gerekir. Ardından teorik oryantasyon, kişisel özellikler açısından yeterliliğe sahip olmalıdır. Ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlaşmış hemşire psikoeğitim ile hastanın hastalığa ve çevreye uyumunda ve psikoterapi ile hastada pozitif yönde kalıcı davranım değişikliğinde önemli bir yere sahip olabilir (Sharma et all 1997, Holmes et all 1994)

Psikoterapi yapabilmek için uzun süreli uygulamalı eğitim görmek, analizden geçmek, psikoanalitik kuramı iyi bilmek, sağaltım yöntem ve kuramlarını iyi kullanabilmek gereklidir. Ülkemizde henüz etkin olarak hemşireler tarafından psikoterapi yapılamıyor olmasına karşın, yurtdışında hemşirelik tedavi hizmetleri içerisinde psikoterapi yer almaktadır. Gelecekte ülkemizdeki psikiyatri hemşirelerine ışık tutması amacı ile bu gözden geçirme yazısı yazılmıştır.

## **PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN PSİKOTERAPİDE YER ALABİLECEĞİ TERAPİ ALANLARI**

### **A. PSİKODİNAMİK TERAPİ**

Psikodinamik terapi Freud' un psikoanalitik modelinden ortaya çıkmıştır. Psikodinamik teoriye göre depresyon erken dönem çocukluk çağındaki sevilen objenin kaybı, objelerle ilgili ambivalan duygular, libidoda yaşanan azalma nedeniyle egoya yönelen öfke, oral-anal psikoseksüel gelişimde çözümlenmemiş intrapsişik çatışmalar nedeni ile ortaya çıkmaktadır (Berry 2002).

Berry (2002) ve Manning ve arkadaşları (1997) tarafından belirtildiği üzere, Melanie Klein, manik-depresif durumları, bebeklik döneminde olumlu nitelikli içleştirilmiş objeler geliştirememiş olmanın bir yansıması olarak kabul eder. Bir başka deyişle, depresif kişiler bebeklik döneminde olağan ve geçici olarak yaşanan depresif konumlarını aşmamış insanlardır. Bu nedenle, bebeklik döneminde kendi yıkıcılıkları ve hırsları sonucu yok ettiklerine inanmış oldukları olumlu ve sevilen objelerin yasını sürdürürler. Bu yıkıcılıkları sonucu, bir yandan yitirdikleri objenin özlemini yaşarken, diğer yandan geriye kalan içleştiril-

miş olumsuz objeler tarafından kovuşturulmakta olduklarına inanırlar. Bir başka deyişle, depresif kişiler, içleştirilmiş olumlu ebeveyn imgelelerini kendi yıkıcı dürtüleri ve düşlemleri sonucu kovuşturucuya dönüştürmüş olmaktan ötürü kendilerini değersiz hissederler. Klein'a göre, manide görülen omnipotans, yadsıma, küçümseme ve idealize etme gibi savunmalar, yitirilmiş olan sevilen objelere duyulan özlemin acısına karşı geliştirilmiş tepkilerdir. Bu tepkiler üç yönden kişiye rahatlık sağlayabilir: (1) Yitirilen sevgi objelerinin kurtarılması ve onarılması, (2) Olumsuz objelerle bağların reddedilmesi, (3) Sevgi objelerine yönelik aşırı bağımlılığın yadsınması. Manik savunmalar yoluyla diğer insanlara yönelik saldırgan ve yıkıcı eğilimlerini yadsımaya çalışan kişinin, bu çabaları sonucu yarattığı neşeli ve mutlu görüntü, aslında yaşamındaki gerçeklerin karşıtıdır. Birilerini idealize etme ya da başkalarına karşı küçümseyici ve aşağılayıcı tutumlar gösterme ise ilişkiye olan ihtiyacın reddedilmesini sağlar. Klein'a göre manik savunmalar, ebeveyne karşı zafer kazanma ve ebeveyn-çocuk ilişkisini tersine çevirme isteğini simgeler. Bu zafer kazanma isteği ise suçluluk duygularına ve depresyona yol açar. Başarı ve terfilerden sonra bazen yaşanan depresyonun nedeni de budur (Berry 2002, Beech 2000, Manning et al 1997).

Forchuk ve arkadaşları(2000) tarafından belirtildiği üzere; Bibring, her biri çok yoğun yaşanan üç ayrı tür narsistik beklentinin depresif kişinin davranışlarında ölçüt olarak kullanıldığından söz eder Değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün biri olmak, iyi ve seven biri olmak. Ancak egonun bu ölçütlere ulaşamayacağını da farkında olması, kişinin kendisini güçsüz ve çaresiz hissetmesine ve depresif durumun egemenliğine girmesine neden olur. Bibring, bazı durumlarda çaresizliğin kendine dönük bir saldırganlığa neden olabileceğini, ancak bunun yalnızca ikincil bir durum olarak ortaya çıkabileceğini açıklamıştır. Ona göre kişinin kendine olan saygısını sarsan herhangi bir narsistik engellenme ya da zedelenme klinik depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir. Bibring, depresyonun psikodinamiği üzerinde çalışmış olanlar arasında süperregonun rolünden söz etmeyen tek kişidir. Ona göre gerilim egoyla bir başka ruhsal bölüm arasında değil, egonun kendi yapısı içinde yaşanır. Depresyon, egonun kendine olan saygısının, kendi beklentilerini karşılayamaması sonucu kısmen ya da tümünden çökmesine rağmen, beklentilerin aynı yoğunlukta sürmekte olmasının sonucu yaşanır. Bibring'e göre mani, depresyona karşı ödünleyici ikincil bir tepki ya da narsistik beklentilerin düş gücüyle karşılanma çabalarının bir anlatımıdır (Forchuk et al 2000).

Manning ve arkadaşları (1997) ile Mohit (2000) tarafından aktarıldığına göre; Gabbard'a göre, depresif kişi, ulaşılması mümkün

olmayan bir amaç karşısında çaresizlik yaşayan biri olarak değerlendirilir. Bu insanlar öylesi katıdırlar ki egemen amaçlarının dışında bir başka seçeneği düşünemez ya da kabul edemezler. Bir başkası için yaşamının kendileri için iyi olmadığını görseler bile bu tutumlarından vazgeçemezler. Egemen kişiden umdukları tepkiyi alamadıkça ya da imkansız amaçları gerçekleşmedikçe yaşamlarının değeri olamayacağına inanırlar yıkım yaşam boyunca yaşanan kayıplarla ilişkilendirilmiştir (Mohit 2000, Manning et all 1997).

Terapi sırasında, hastanın bastırılmış, henüz ortaya çıkarılmamış yaşam deneyimleri irdelenir. Duygularda katarsis yaşanması hedeflenir. Ancak çok ciddi durumlarda (aktif dönem mani ve major depresyon) hastalar böyle bir uygulamaya aktif olarak katılamayabilirler (Manning et all 1998, Beech 2000, McMahon 2002).

## **B. AİLE TERAPİSİ**

Duygulanım bozukluğu epizotları sırasında aile üyeleri birbirlerine yabancı gibidirler. Aile ilişkilerinde dezorganizasyon ve korku hakim olur. Bazı durumlarda aile üyeleri hostile duygular taşıyor olabilirler. Kendilerinden utanç duyarlar. Aile terapisi mani ve depresyon epizotları sonrasında sağlıklı ilişkiler geliştirmeye odaklıdır. Akut epizotları tetikleyebilecek stresli durumların bilinerek dikkatli olunmaya çalışılır. Hasta ve ailesi şiddetli bir atak sonrasında uzun dönem kişisel sorunlar yaşarlar. Bazen hastalığın biyolojik sürecini öğrendikten sonra, aile üyeleri hastalığı inkar etmeye başlarlar. Bazen de aşırı derecede tetikte davranabilirler (Goldstein, Miklowitz 1994).

Miklowitz ve Goldstein tarafından geliştirilen bu sağaltım programı, duygulanım bozukluğunun gidişinin, aile ortamındaki sorunlardan etkilendiği bulgusu üzerine temellenmiştir. Miklowitz ve Goldstein, bipolar hastalar ve aileleri ile yaptıkları iki çalışmadan hareketle, bu tedavi programını geliştirmişlerdir (Miklowitz, Goldstein 1990). Bu çalışmalarda, ailede eleştiri (beğenmeme, kızgınlık gibi) ve/veya fazla üzerine düşme (aşırı koruma, aşırı ilgi, aşırı fedakarlık ve abartılmış duygusal tepkiler) içeren duyguların ifade edilme düzeylerinin (expressed emotion-EE-), alevlenme oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Alevlenme, özellikle epizot ardından hastaya eleştiri yönelten ve hastayla duygusal ve zihinsel olarak sürekli meşgul olduğunu bildiren ailelerde, olumlu duygular ifade eden ailelere göre daha yüksek oranda görülmüştür. Bu bulgu araştırmacılara, alevlenmeyi önlemek için hastaları olumsuz psikososyal etmenlere karşı korumak gerektiğini düşündürmüştür (Miklowitz, Frank 1999).

Aile terapisi, davranışçı aile modeli tekniklerini kullanarak, hastayı ve aileyi duygulanım bozukluğu hakkında bilgilendirmeyi, iletişim ve

sorun çözmeye becerilerini geliştirmeyi amaçlar. Davranışçı Aile Modelinde davranışlar üzerinde yoğunlaşmaktadır (Pektaş ve ark 2004). Pozitif davranışlar güçlendirilmeye, negatif davranışlar ortadan kaldırılmaya çalışılır. Toplam dokuz ay süren program, akut epizot (manik, depresifya da karma) sırasında başlatılır, stabilizasyon ve sürdürüm sağaltımı sırasında yoğunlaşarak devam eder. Sağaltıma ailenin derinlemesine değerlendirilmesiyle başlanır. Bu aşamada, öncelikle hasta ve aile ile iyi bir ilişki kurulur. Aile işlevleriyle ilgili bilgi toplanır. Terapist, son hastalık epizoduna ilişkin, aile bireylerinin hastaya ne kadar eleştiri yönelttiğini veya ne kadar üzerine düştüğünü, yani aile içinde duyguların ifade edilme düzeyini değerlendirir. Aile içinde bu duyguların ifadesi, hastalığın alevlenme riski ve aile tedavisinde ele alınması gereken temel konular hakkında terapisti aydınlatır. Terapist ayrıca, aile bireylerinden bir sorunu kendi aralarında konuşarak çözümlenmeye çalışmalarını ister. Bu süreç boyunca ailenin iletişim ve sorun çözmeye biçimleri hakkında bilgi toplar ve ailenin gereksinimlerini belirler. Hasta stabilizasyon dönemindeyken programın bilgilendirme aşaması başlatılır, hasta ve aile bireylerine duygu durum bozukluğu hakkında bilgi verilir. Mani ve depresyonun belirtileri, hastalığın etyolojisiyle ilgili kuramlar, epizotları tetikleyebilecek psikososyal etkenler, ilaç sağaltımları, prognozu etkileyebilecek etkenler (sağaltıma uyumsuzluk, aile çatışması, madde kullanımı vb.), psikiyatrik hasta olarak etiketlenme ile baş etmenin yolları, aile bireylerinin hasta için neler yapabilecekleri gibi konular açıklanır. Bu aşamada, hastanın ya da aile bireylerinin hastalığın başlaması ile ilgili olarak, kendilerini suçlanmış hissetmemelerine dikkat etmek gerekir. Bunu sağlamak için bu bozukluğun diyabet ya da hipertansiyon gibi biyolojik temelli ve uzun süreli sürdürüm sağaltımı gerektiren bir bozukluk gibi olduğu vurgulanabilir (Rea et al 2003).

Bilgilendirme aşamasında, hastalık alevlendiği takdirde her aile bireyinin ne yapacağını işlendiği "alevlenme çalışması" da yaptırılır. Bunlar arasında hekime haber vermek, hastanın uykusunu düzenlemeye çalışmak, gerekirse hastaneye yatışı sağlamak gibi işler yer alır. İletişimi zenginleştirme ve sorun çözmeye eğitimleri, stabilizasyon ve sürdürüm dönemleri boyunca uygulanır. Aile bireylerinin iletişim becerilerini geliştirmek için, etkin dinleme, geribildirim verme, istenmeyen davranışların değiştirilmesini isteme gibi alıştırmalar uygulanır. Bu aşamada yapılandırılmış rol oynama teknikleri uygulanır. İletişim becerileri güçlendirildikten sonra, ele alınacak sorunlar belirlenir ve "beyin fırtınası" yöntemiyle çözüm yolları aranır. Ardından aile bireyleri buldukları çözüm yollarını değerlendirir, seçer ve uygulamaya geçer. Sorun çözmeye aşamasında terapist, aile için çözüm üreten kişi olmaktan kaçınarak bir yönlendirici gibi çalışır (Kim , Miklowitz 2004, Miller et al 2004).



### **C. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ**

Duygulanım bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalar, gerginlik veren yaşam olaylarının hastalığın gidişinde önemli bir rol oynadığını göstermiştir ve alevlenmelerin ya da depresyon/maninin yinelenmesinin stres kontrolü ile önlenebileceği ileri sürülmüştür. Bu terapi programında, duygulanım bozukluğundaki bilişler, duygu durumdaki değişiklikler ve sorun yaratan davranışlar arasındaki döngüye müdahale edilerek hastanın yaşamında olumlu değişiklikler yaratılması amaçlanır (Beech 2000, Richards et all 2003, Hovey, McEnany 1996).

Bilişsel terapi unipolar,ılımlı depresyonda oldukça etkilidir.Terapi uygulanan hastalarda semptomların daha az şiddetli yaşandığı gözlenmektedir.Terapinin hedefinde bilişsel bozukluğun düzeltilmesi yer alır. Hastanın otomatik düşünce yapısı,negatif düşünceleri, sessiz kaldığında gösterdiği davranışlar incelenir. Duygulanım bozukluğu olan hastalar için Bilişsel-Davranışçı Terapi programı da diğer psikososyal girişimlerle benzer bir şekilde, hastayı bilgilendirmeyi, sağaltıma uyumu arttırmayı, gerginliklerle baş etmeyi öğretmeyi amaçlar.Davranışçı terapist kişinin yaşamını yönlendiren ve pekiştirilen davranışlar üzerine çalışır. Hastalık sırasında ortaya çıkan maladaptif davranışlar ve bunların negatif sonuçlarından kaçınma davranışı gözlenir.Rol model, rol playing, durumsal analiz teknikleri kullanılır. Bilişsel davranışçı terapi depresyonda ve manide tekrarlayan negatif düşüncelerin değerlendirilmesi ve ciddi semptomların önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesini hedefler (Calvert, Palmer 2003, Perry, Anderson 1992).

### **D. GRUP TERAPİSİ**

Grup terapisi aynı ya da benzer problemleri yaşayan kişilerin bir arada olduğu, profesyonel terapist rehberliğinde yapılan terapi şeklidir. Grup terapisi içerisinde hastalar birbirlerine ve kendilerine yardım ederler. Son yıllarda grup terapisi yolu ile hastaların affektif bozukluğun komplikasyonları hakkında eğitildikleri ve böylece relapsların %15 oranında azaldığı ortaya çıkmıştır.Hastalardan grup terapisi alanların, almayanlara oranla hastalık sürecinde hastalığın olumsuz etkilerinden daha az etkilendikleri ve aile ve evlilik ilişkilerinde olumlu gelişmeler olduğu görülmüştür (Abraham et all, 1992).

Grup terapisinde hastalığın sosyal uyuma olan etkileri, kişisel baş etme mekanizmaları irdelenir.Hastanın kişisel hedefleri belirlenir. Hastanın sosyal izolasyonu ve ümitsizliği üzerine odaklanılır (Pollack, Cramer 1999).Grup terapisi güvenli ve kontrollü bir atmosfer içerisinde gerçekleşir ve terapi sırasında stresli dönemlerdeki davranışlar tartışılır, hastanın inkar mekanizması üzerinde yoğunlaşılır. Grup terapisi içerisinde hastalığın doğal süreci ile ilgili hastaya eğitim verilir.Hastanın kişisel

özellikleri ve baş etme mekanizmaları ve çatışmalarının psikodinamiği üzerine konuşmaya hastalar cesaretlendirilir. Terapi sırasında grup yaklaşımı belirlenir (Feinman et all 2000).Dikkat edilmesi gereken konu manik hastalar hiperaktif ve ajite oldukları durumlarda grup ortamında sürekli tartışma ve gerginlik yaratabilirler, major depresyonu olan hastalar ise psikomotor retardasyonları ve kognitif yıkımları nedeni ile grup içerisinde yeterince etkinlik gösteremeyebilirler.Bu gruplar etkinliği sınırlı gruplar olarak adlandırılır (Hovey, McEnany 1996).

#### **E. KİŞİLERARASI VE TOPLUMSAL RİTM TERAPİSİ (KTRT)**

Frank ve arkadaşlarının geliştirdiği KTRT'nde, duygulanım bozukluğu olan hastayla bireysel olarak çalışılır ve hastanın toplumsal ilişkilerine odaklanılır. KTRT, evlenmek gibi olumlu, iş kaybı gibi olumsuz yaşam olaylarının hastanın günlük ve sirkadiyen ritimlerini bozarak hastalığın gidişini etkilediğini savunur. İki yıl süren KTRT, dört aşamadan oluşur ve haftada birle başlayan görüşme sıklığı giderek seyrekleşir. KTRT, hasta akut epizottan çıkarken ya da remisyonda iken başlar. Terapist öncelikle, hastanın duygu durum epizotlarını tetikleyen yaşam olaylarını, toplumsal ritmindeki (örneğin, düzenli çalışma saatleri, aile bireylerinin sürekliliği) değişiklikleri ve ilaca uyumsuzluğunu araştırarak derinlemesine bir psikiyatrik öykü alır. Ayrıca, hastanın aile ve sosyal ilişkilerine yönelik bir "kişiler arası envanter" uygulanır ve ilişkilerindeki sorunlar belirlenir (Stephen 2002). KTRT'nin amaçlarından biri, hastaya toplumsal ritmini ve uyku-uyanıklık döngüsünü düzenlemeyi öğretmektir. Bu amaçla, terapi programında, hastadan genel duygu durumunu günlük olarak "Toplumsal Ritm Ölçeği"ne kaydetmesi istenir. Hasta bu ölçeğe uyanma, yatma, gezme gibi işleri kiminle, ne zaman yaptığını kaydeder. Hasta bu ölçeği uygulamayı sürdürdükçe, günlük düzeni, toplumsal etkileşimleri ve duygu durumundaki dalgalanmalar arasındaki ilişkiyi kavramaya başlar. Ayrıca, hastanın günlük düzenini bozabilecek çevresel etkenler (örneğin, vardiyalı çalışma saatleri) ve riskler ele alınır. Duygulanım bozukluğu olan hastalar, çeşitliliği ve spontanlığı özledikleri için günlük düzenlerinin stabilize edilmesine ya da duygu durumlarının ilaçla kontrol altına alınmasına itiraz edebilirler. Bu özellik dikkate alınarak, hastanın günlük düzeni, etkinlikleri ve duygu-durumu arasında sağlıklı bir denge sağlanmaya çalışılır. KTRT, hastaların kişiler arası ilişkilerindeki sorunların, toplumsal ritmi bozabileceğini ve semptomları tetikleyebileceğini savunur. Bu nedenle terapinin ikinci amacı, hastanın ilişkilerindeki sorunları belirleyerek çözümlenmeye çalışmaktır. Duygulanım bozukluğu olan hastalar, hastalık öncesindeki sağlıklı durumlarını, yaşam biçimlerini, becerilerini, ilişkilerini kaybettikleri için yas tutarlar. Bazı hastalar da hastalıklarını inkar ederek ilaçlarını almayıp, hastalık

öncesi yaşam biçimine dönmeye çalışırlar (Hummelvoll, Severinsson 2002). Bu nedenle KTRT'nin bir diğer amacı, hastaların kayıpları, ilişkilerindeki çatışmaları ve hastalık sonrası rollerindeki değişikliklerle baş etmelerinde yardımcı olmaktır. Terapist, hastanın yeni yaşam biçimine, rollerine ve günlük düzenine uyum sağlamasına yardımcı olur ve ilişkilerindeki çatışmaları çözmesi için yeni yollar öğretir. Sürdürüm aşamasında, KTRT seansları ayda bire indirilir. Bu aşamada, hastanın toplumsal ritmini ve ilişkilerini korumaya yönelik çalışılır. Terapist hemşire ve hasta, yakın gelecekte hastaya zarar verebilecek olaylar (örn. yaklaşan bir tatil) karşısında günlük ritmini nasıl sürdürebileceğini tartışır. Ayrıca hastanın ilişkilerini düzenlemeye yönelik çalışmalar sürdürülür (Zaretsky 2003).

Sonuç olarak psikoterapi, özünde hasta ile ilişki kurarak etkileme sanatıdır. Bilimsel ve teorik bir donanım gerektirdiği yadsınamaz sanatsal bir yanı da olan etkinliktir. Psikoterapi sürecinde hastayı ya da ailesini dinleyebilmek, eş duyum yapabilmek, yargılamamak, esnek olabilmek oldukça önemlidir. Psikiyatri hemşiresinin de bu konuda yetkinliğinin olması gerekmektedir. Psikiyatri hemşiresi tarafından bilinçli olarak uygulanabilecek süreç sonrasında, affektif bozukluğu olan hasta ile verimli bir psikoterapi sürecine girilebilecek ve hasta bundan fayda görecektir. Yukarıda belirtilen terapi çeşitleri ve genel olarak psikoterapi konusunda iyi eğitilmiş olan, bilgi ve becerisini hastalarla ilişkilerinde profesyonel bir biçimde kullanabilen psikiyatri hemşirelerinin tüm ruhsal hastalıklarda olduğu gibi, affektif bozukluğu olan hastalarla da çalışırken, hastanın iyileşme sürecinde olumlu ve hızlandırıcı süreci olacaktır. Ayrıca verilen ruh sağlığı hizmetinin kalitesi de artacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Arıkan K (1999). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Depresyon Tanısı Ve Ayırıcı Tanısı. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık. S: 35-45.
2. Abraham II, Neundorfer Mm, Currie L (1992). Effects Of Group Interventions On Cognition And Depression In Nursing Home Residents. Nurs Res. Jul-Aug;41(4): 196-202.
3. Beech BF (2000). The Strengths And Weaknesses Of Cognitive Behavioural Approaches To Treating Depression And Their Potential For Wider Utilization By Mental Health Nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2000 Aug; 7(4): 343-54.
4. Berry D (2002). Does Religious Psychotherapy Improve Anxiety And Depression In Religious Adults? A Review Of Randomized Controlled Studies. Int J Psychiatr Nurs Res. Oct; 8(1): 875-90.
5. Calvert P, Palmer C (2003). Application Of The Cognitive Therapy Model To Initial Crisis Assessment. Int J Ment Health Nurs. Mar; 12(1): 30-8.

6. Can Saka M, Özer S, Uluşahin A (2001). Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(4): 283-292.
7. Court BL, Nelson GE (1996). Bipolar Puzzle Solution: A Mental Health Client's Perspective. Taylor & Francis.: 10-67.
8. Feinman JA, Cardillo D, Palmer J, Mitchel M (2000). Development Of A Model For The Detection And Treatment Of Depression In Primary Care. *Psychiatr Q*. Spring; 71(1): 59-78.
9. Forchuk C, Westwell J, Martin MI Et All (2000). The Developing Nurse-Client Relationship: Nurses' Perspectives. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 6, 3-11.
10. Goldstein MJ, Miklowitz DJ (1994). Family Intervention For Persons With Bipolar Disorder. *New Dir Ment Health Serv*. Summer; (62): 23-35.
11. Güleç C, Köroğlu E (1997). *Psikiyatrinin Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. Ss: 442-448.
12. Harrison KA (1998). Sibling rivalry in nursing and the role of nurse psychotherapist. *Perspect Psychiatr Care*. Oct-Dec; 34(4): 32-9.
13. Hirschfeld RMA, Bowden CL, Perlis RH, Et All. (2002). Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Bipolar Disorder (Revision). *American Journal Of Psychiatry*, 159, 1-50.
14. Holmes H, Ziemba J, Evans T (1994). Nursing Model Of Psychoeducation For The Seriously Mentally Ill Patient. *Issues Ment Health Nurs*. Jan-Feb; 15(1): 85-104
15. Hovey J, Mcenany G (1996). Psychobiologic Knowledge And Prescriptive Authority: Rx For Change in Nursing Practice. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 2, 164-166.
16. Hummelvoll JK, Severinsson E (2002). Nursing Staffs' Perceptions Of Persons Suffering From Mania in Acute Psychiatric Care. *J Adv Nurs*. 2002 May; 38(4): 416-24
17. Kim EY, Miklowitz DJ (2004). Expressed Emotion As A Predictor Of Outcome Among Bipolar Patients Undergoing Family Therapy. *J Affect Disord*. Nov 1; 82(3): 343-52
18. Manning, J S, Connor Pd, Sahai A (1998). The Bipolar Spectrum: A Review Of Current Concepts And Implications For The Management Of Depression In Primary Care. *Archives Of Family Medicine*, 7, 63-71.
19. Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Et All. (1997). On The Nature Of Depressive And Anxious States in A Family Practice Setting: The High Prevalence Of Bipolar And Related Disorders in A Cohort Followed Longitudinally. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 102-108.
20. McMahon B (2002). Time-Limited Psychotherapy in The Community Mental Health Team. *Prof Nurse*. 2 Aug; 17(12): 722-4.
21. Miklowitz DJ, Goldstein MJ (1990). Behavioral Family Treatment For Patients With Bipolar Affective Disorder. *Behav Modif*. Oct; 14(4): 457-89.
22. Miklowitz DJ, Frank E (1999). New Psychotherapies For Bipolar Disorder: In J. F. Goldberg, M. Harrow (Eds.), *Bipolar Disorders: Clinical Course And Outcome* Pp. 57-84. Washington, Dc: American Psychiatric Press.

23. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE Et All (2004). Does Adjunctive Family Therapy Enhance Recovery From Bipolar Mood Episodes? *J Affect Disord.* Nov 1; 82(3): 431-6.
24. Mohit D (2000). Psychiatric Home Care And Family Therapy: A Window Of Opportunity For The Psychiatric Clinical Nurse Specialist. *Arch Psychiatr Nurs.* Jun; 14(3): 127-33.
25. Öztürk O(1997).Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği. Ankara.Ss.517-540.
26. Öztürk O (1998). Psikanaliz Ve Psikoterapi. Bilimsel Tıp Yayınevi. 3 Baskı. Ankara.
27. Pektaş Ö, Mırsal H, Kalyoncu A vee ark (2004). Alkol Bağımlılığında Nüks Ve Eş Tutumları. *Bağımlılık Dergisi.* 5(1): 9-12.
28. Perry MV, Anderson GI (1992). Assessment And Treatment Strategies For Depressive Disorders Commonly Encountered in Primary Care Settings. *Nurse Pract.* Jun; 17(6): 25, 29-30, 33-6.
29. Pollack LE, Cramer RD (1999). Patient Satisfaction With Two Models Of Group Therapy For People Hospitalized With Bipolar Disorder.*Appl Nurs Res.* Aug; 12(3): 143-52.
30. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ Et All (2003). Family-Focused Treatment Versus Individual Treatment For Bipolar Disorder: Results Of A Randomized Clinical Trial.*J Consult Clin Psychol.* Jun; 71(3): 482-92.
31. Richards A, Barkham M, Cahill J (2003). A Randomised, Controlled Trial Of Supervised Self-Help Cognitive Behavioural Therapy in Primary Care. *Br J Gen Pract.* Oct; 53(495): 764-70.
32. Schärer S, Walser DM, Hörn L.(2002). Comparison Of Long-Term Monitoring Methods For Bipolar Affective Disorder. *Waldenbipolar Disorders* 45,1: 70-74.
33. Sharma V, Parikh S, Kusumalar V, Et All (1997). Psychosocial Interventions As An Adjunct To Pharmacotherapy in Bipolar Disorder.*Can J.Psychiatry* 42, 2,: 74-78.
34. Stephen L (2002). Bipolar Disorder. Tempering The Mania Of Manic Depression. Erişim Adresi [www.Have-A-Heart.Com/Bipolar-Depression.Html-23k](http://www.Have-A-Heart.Com/Bipolar-Depression.Html-23k) Erişim Tarihi: 16.5.2004.
35. Stevens S, Manglass L(2004). Nurse-Psychotherapist Council American Psychiatric Nurses Association. Erişim Adresi. [http://66.102.9.104/search?q=cache:ITTCOA3A\\_lsJ:www.apna.org/membership/NursePsycho.html+psychotherapist+nurse+&hl=tr](http://66.102.9.104/search?q=cache:ITTCOA3A_lsJ:www.apna.org/membership/NursePsycho.html+psychotherapist+nurse+&hl=tr) Erişim tarihi:10.1.2005
36. Tangör A (1997). Psikoterapiler El Kitabı. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.
37. Zaretsky A (2003). Targeted Psychosocial Interventions For Bipolar Disorder: *Bipolar Disorders.* December 5(2):80.