

Bipolar Bozuklukta Bilişsel Yatkinlık-Stres Kuramları

Zeynep Maçkalı
Hacettepe Üniversitesi

Özet

Bir kuramsal derleme olan bu makalede, yatkinlık-stres kuramı çerçevesinde bilişsel modeller ele alınmıştır. Bipolar bozukluğa özgü bilişlerin biyolojik yatkinlıkla birlikte manik veya depresif belirtileri tetiklediğini savunan ‘Bilişsel-Yatkinlık Stres Kuramları’, ‘Umutsuzluk Kuramı’, ‘Tepki Stilleri Kuramı’ ve ‘Bilişsel-Davranışçı Model’ başlıkları altında incelenmiştir. Umutsuzluk Kuramı, negatif yaşam olaylarına kalıcı ve genel nedenler atfeden, bu olayların sonuçlarını felaketeleştirilen ve bu olaylardan dolayı kendilerini değersiz ve yetersiz gören bireylerin depresyon yaşamaya daha eğilimli oldukları üzerinedir. Tepki Stilleri Kuramı ise, stresli bir yaşam olayıyla başa çıkmak için kullanılan duygu-düzenleme becerilerinin kaygı ve depresyon belirtilerini yordadığını belirtmektedir. Bilişsel-davranışçı model ise, belirli düşünce örüntülerinin duygudurum dalgalanmalarına sebep olduğunu vurgulamaktadır. Bu model, bipolar bozuklukta çevresel etkenlerin ve içsel duyuların bilişsel olarak nasıl yorumlandığını ele alır. Bunu içsel duyuların çevresel etkenlerle bağlantılandırarak yapar. Bu derlemede “bilişsel-davranışçı model”den temellenen yaklaşımlar incelenmiştir. Ele alınmış yaklaşımlar, kurama bakış açıları ve kurama kazandırdıkları farklı yönler de kapsanarak detaylandırılmıştır. Derlemede incelenen yaklaşımlar, psikososyal müdahale bakımından nasıl bir kapsam sundukları, bipolar bozukluğu ele alışı ve önerdikleri yöntemler bağlamında *terapötik doğurgular* olarak ayrı bir başlık altında sunulmuştur. Sonuç bölümünde ise, bahsi edilen yaklaşımların ortak yönleri ve farklılıkları ile vurguladıkları noktalar tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, yatkinlık-stres modeli, bilişsel yatkinlık, sirkadyen ritimler, psikososyal işlevsellik

Abstract

In this theory-based review, the cognitive models were examined within the scope of vulnerability-stress theory. “Cognitive vulnerability-stress theories” argue that together with biological vulnerability, cognitions that are specific to bipolar disorder trigger manic and depressive symptoms. These theories were examined under the headings of “Hopelessness Theory”, “Response Styles Theory”, and “Cognitive-Behavioral Model”. The Hopelessness Theory states that individuals who attribute permanent and general reasons to negative life events, who catastrophize the results of these events and who consider themselves worthless and inadequate are more inclined to depression. The Response Styles Theory indicates that emotion regulation abilities which are used for coping with stressful life event predict anxiety and depression symptoms. The Cognitive-Behavioral Model emphasizes that specific thought patterns result in mood swings. This model examines how environmental factors and internal states are interpreted cognitively. This review elaborates on cognitive-behavioral model by including not only approaches which are based on this model, but also different perspectives of these theoreticians/clinicians. These approaches were presented in a separate heading as “therapeutic implications” in terms of their scopes, how they examine bipolar disorder and methods that they suggest. In the conclusion section, these approaches were discussed in terms of common features, differences, and emphasized points.

Key words: Bipolar disorder, diathesis-stress model, cognitive vulnerability circadian rhythms, psychosocial functioning

Bipolar bozukluk (BB), temelde biyolojik faktörlerle açıklanan ve yine biyolojik yöntemlerle tedavi edilen kronik bir bozukluktur. Bipolar bozukluğun etiyolojisinde sirkadyen ritimlerdeki (örn. uyku, aktivite deceleri gibi biyolojik döngüler) bozulmaların önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sirkadyen ritimde meydana gelen bozulmalar ile bipolar bozukluğu olan kişilerin gün içinde yaşadıkları duygudurum değişimleri, sabahları erken uyanma ve döngüsel/mevsimsel yinelemelerin ilişkili olduğu aktarılmıştır (Jones, 2001). Goodwin ve Jamison (2007) biyolojik yatkınlık ile stres yaratan yaşam olayları, sosyal ritimde bozulmalar ve ilaca uyumsuzluk gibi psikososyal etkenlerin birbirleriyle etkileşerek, bipolar bozuklukta yinelemelere neden olduklarını bildirmektedirler. Sirkadyen ritimlerdeki bozulmaya ise genellikle farmakolojik, kişilerarası veya çevresel faktörler etki etmektedir (Meyer, Johnson ve Carver, 1999). Örneğin, Giglio ve arkadaşları (2010) epizodlar arasındaki dönemlerde biyolojik ritimlerdeki düzensizliklerin relapsların artmasına neden olduğunu ve kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkilediğini bildirmektedirler. Wehr, Sack ve Rosenthal'e (1987) göre, çevresel, farmakolojik veya kişilerarası olaylar uyku yoksunluğuna neden olmakta, bu da maninin tetiklenmesine ve manik belirtilerde artışa neden olmakta, manik belirtilerdeki artış ise uykusuzluğu daha da arttırarak manik durumun şiddetlenmesine yol açmaktadır. Healy ve Williams (1989) ise duygusal değişimlerin enerji seviyeleri ve bilişsel becerilerdeki değişikliklerin içsel atıflarla ilişkilendirilmesinin bir yan etkisi olduğunu belirtmektedir. Kişilerin artmış enerji düzeyleriyle bağlantılı bilişsel çarpıtmalarına verdikleri davranışsal tepkiler sosyal rutinlerinde bozulmaya neden olacaktır (Jones, 2001). Ankers ve Jones (2009) bipolar bozukluğa yatkınlığı olan kişilerin sirkadyen ritimlerinde bozulmalarla ilişkili olarak kendilerine dair daha fazla olumlu değerlendirme (*positive self-appraisal*) yaptıklarını ve bilişsel stillerinin bipolar hastalarınınkinine benzer olduğunu görmüşlerdir. Araştırmanın bulguları hastalığın başlangıcı öncesinde sirkadyen ritimlerdeki düzensizliklerin temel yatkınlık faktörü olabileceğini göstermektedir.

Bipolar bozuklukta hastalık süreci sıklıkla depresif ataklarla başlamakta, manik ataklar daha sonra görülmekte; zaman içinde atakların şiddeti ve sıklığı artmaktadır (*ataklara duyarlılaşma-episode sensitization*). Ayrıca, hastalığın başlangıcındaki ataklar genellikle psikososyal stresörler tarafından tetiklense de, çoklu yinelemelerin (*relapse*) ardından stresör olmaksızın, ataklar yaşanabilmektedir (*strese duyarlılaşma-stress sensitization*) (Post, 2004, 2007; Johnson ve Roberts, 1995). Post, Rubinow ve Ballanger'a (1986) göre, hastalığın ilk dönemlerinde sirkadyen ritmin bozulması için büyük bir olay gerekirken, hastalık ilerledikçe daha ufak çaplı olaylar bile yineleme yaratabilecek kadar etkili olabilir.

Bunun yanı sıra, benzer deneyimlere (örn., kişilerarası kayıplar) tekrarlayıcı şekilde maruz kalınmasının etki şiddetini her defasında daha da arttırdığını belirtmişlerdir. Post (2007) atak sayısı arttıkça, sönme (*remission*) dönemlerinin kısaldığı ve yaşam olaylarının hastalık sürecindeki etkilerini ortaya koyduğu modelinde, psikoterapötik müdahalelerin yaşam stresörlerinin etkisini azaltarak, uyumlu başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesi açısından önemli olduğunu da vurgulamıştır.

Bipolar bozuklukta tedavinin vazgeçilmez olan farmakolojik bölümü akut dönemlerde belirtilerin yatıştırılması ve kontrol altına alınması ile ilgilidir. Bununla birlikte hastanın medikal tedaviye uyumunu ve işbirliğini arttırmak ve sönme dönemlerini uzatmak önemli amaçlarındandır. Yakın zamana kadar sönme, medikal tedavinin nihai hedefi (outcome) olarak görülmekteydi. Bipolar bozuklukta sönme dönemlerinde klinik tablonun yatışması, genel olarak belirtilerin artık yaşanmadığı şeklinde anlaşılma eğilimindeydi. Ancak bipolar bozuklukların sönme dönemlerini inceleyen boylamsal çalışmalar, sönme döneminde de eşik altı hipomanik ve depresif belirtilerin varlığına işaret etmişlerdir (örn., Judd ve ark., 2003). Sönme döneminde, daha çok anksiyete ve bedensel şikayetlerle ilişkili olduğu saptanan eşik altı depresif belirtilerin ağırlıklı olarak görüldüğü (Vieta, Sanchez-Moreno, Lahuerta ve Zaragoza, 2008) ve bu belirtilerin en çok psikososyal işlevselliği olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir (Judd ve ark., 2005). Bu nedenle sönme dönemleri tedavilerin yavaşladığı değil, özellikle psikososyal müdahalelerin hız kazandığı, tedavinin önemli bir dönemi olarak değerlendirilmektedir (Lam ve ark. 2003; Lam, Wright ve Sham, 2003). Bu dönemde uygulanan psikososyal eğitimler, bilişsel davranışçı terapiler gibi psikoterapötik müdahaleler giderek önem kazanmaktadır. Yapılan etkililik araştırmaları bu psikoterapötik müdahalelerin ilaç tedavisinde işbirliğini arttırdığı, yinelemeleri geciktirdiği, sönme dönemlerini uzattığı, kalıntı belirtileri azalttığı, hastaların psikososyal işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini arttırdığı gibi önemli sonuçlar bildirmektedirler (örn., Lam ve ark., 2001; Scott ve Garland, 2001; Zaretsky, Rizvi ve Parikh, 2007). Türkiye'de ise bipolar bozukluğa yönelik müdahalelerin daha çok ilaç tedavisine odaklandığı, psikososyal müdahale çalışmalarına ise yeterince önem verilmediği görülmüştür (Çakır ve Özerdem, 2010; Maçkalı ve Tosun, 2011; Sütçügil ve Cansever, 2006). Ulaşılabilen yayınlar içerisinde Türkiye'de sadece Çakır, Bensusan, Akça ve Yazıcı'nın (2009) psikoeğitim çalışmaları yürüttükleri görülmüştür.

Psikoterapötik müdahalelere yönelik etkililik çalışmalarının bulguları, bipolar bozukluğun doğasındaki psikolojik faktörleri açıklayan kuramlara olan ihtiyacı giderek arttırmaktadır. Bu nedenle bir kuramsal derleme olan bu yazıda, bipolar bozukluğu biyopsikososyal bir

çerçevden ele alan bilişsel modeller/kuramlar derlenmiştir. Aynı zamanda bu model ve kuramlardan temellenen güncel yaklaşımlara da (örn., Bütüncül Bilişsel Model, Şema Terapi) yer verilmiştir. Bu yaklaşımlar bipolar bozukluğa bakış açıları, önerdiği etiyolojik mekanizmalar ve klinik doğurguları temelinde ele alınmıştır. Bu amaçla Medline, ProQuest, Science Direct ve Web of Science indeksleri son on sene kapsanarak taranmıştır.

Bilişsel Yatkınlık-Stres Kuramları

Literatürden izlenebileceği üzere, bazı araştırmacılar (örn., Abramson, Metalsky ve Alloy, 1989; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979; Nolen-Hoeksema, 1991) biyolojik yatkınlık ile duygudurum dalgalanmaları ve yaşam olayları arasındaki ilişkiyi açıklarken bilişleri ön planda tutmuşlardır. Var olan biyolojik yatkınlık bipolar bozukluğa özgü bilişsel stiller ve işlevsel olmayan tutumlarla birlikte manik veya depresif belirtilerin tetiklenmesine neden olmaktadır (Alloy ve ark., 2006). Bu kapsamda stresli yaşam olayları tetikleyiciler, bilişsel stiller ise yatkınlaştırıcı faktörler olarak düşünülebilir (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington ve Gyluai, 2002). Aşağıda tartışılacak yaklaşımlarla ilgili dikkati çeken nokta her birinin öncelikle depresyonu açıklamak üzere geliştirilip, daha sonra bipolar bozukluk da kapsanacak şekilde genişletilmeleridir. Alloy, Abramson, Walshaw ve Neeren (2006) bu başlık altında üç yaklaşımı ele almışlardır: Umutsuzluk Kuramı (Abramson ve ark., 2003), Beck'in Bilişsel-Davranışçı Modeli (Beck ve ark., 1979; Newman ve ark., 2002) ve Nolen-Hoeksema'nın (1991) Tepki Stilleri Kuramı. Bu derlemede ise, bilişsel yatkınlık-stres kuramları özellikle bilişsel-davranışçı modelin takipçilerinin kurama getirdikleri güncel yorumlamalarla genişletilerek, bütüncül bir bakış açısından ele alınmaya çalışılmıştır.

I. Umutsuzluk Kuramı. Bu kuram, negatif yaşam olaylarına kalıcı ve genel nedenler atfeden, bu olayların sonuçlarını felaketleştiren ve böyle bir olay yaşadıkları için kendilerini değersiz ve yetersiz gören kişilerin depresyon yaşamaya daha eğilimli olduklarını ortaya koyar (Abramson ve ark., 1989). Bu kavramsallaştırmada yatkınlık yaratan 'depresojenik (depresyon yordayıcısı) atıf stili' stres yaratan olumsuz yaşam olayıyla birlikte umutsuzluğa neden olur (Haefel, Voelz ve Joiner, 2007). Alloy ve arkadaşları (1999) eşik altı belirtilerin gözlemlendiği bir örnekte atıf stilleri ve yaşam olaylarının etkileşiminin hipomanik ve depresif belirtilerin artışı yordayabildiğini saptamışlardır. Reilly-Harrington ve arkadaşları (1999) ise hem bipolar hem de unipolar grupta depresojenik atıf stilinin negatif yaşam olaylarıyla birlikte depresif belirtilerin artışı yordarken, sadece bipolar grupta negatif bilişsel stilinin olumsuz yaşam olaylarıyla birlikte manik belirtilerdeki artışı yordadığını görmüşlerdir. (Hipo)manik belirtiler açısından yo-

rumlandığında, kişinin başından geçen olumlu olaylara dair olumlu değerlendirmeler yapması, olumlu sonuçlara odaklanması ve kendisiyle ilgili olumlu çıkarımlar yapması sonucunda umudu artar, aşırı neşeli duygudurum ve/ya diğer (hipo)manik belirtilere neden olabilir (Alloy ve ark., 2006).

II. Tepki Stilleri Kuramı. Tepki Stilleri Kuramı'na göre ise stresli bir yaşam olayı karşısında kişinin kullandığı duygu-düzenleme stratejileri (örn., ruminasyon) depresyon veya kaygı belirtilerinin gözlenmesinde etkilidir (Nolen-Hoeksema, 1991; 2000). Thomas ve Bentall (2002) bu kuramı bipolar bozukluk açısından ele almış, manik savunmanın depresyona karşı bir tepki stili olarak görülebileceğini, bu yolla kişide depresif belirtiler azalırken, hipomani veya mani riskinin arttığını belirtmiştir. Öğrenci örneğinde yaptıkları araştırmada depresyonun ruminatif tepki stiliyle, hipomaninin ise ruminasyon, dikkat dağıtma (distraction) tepki stili ve riskli davranışlarda bulunma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu bulgulardan hipomaninin olumsuz duygularla başa çıkmada kullanılan etkisiz (ineffective) tepki stillerinin sonucu olduğu çıkarımını yapmışlardır (Thomas ve Bentall, 2002). Knowles, Tai, Christensen ve Bentall (2005) ise ruminasyon ve risk almanın depresyon ve hipomani ile ilişkiliyken; hipomaninin hem depresyon hem de fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkili olduğunu saptamışlardır. Thomas, Knowles, Tai ve Bentall (2007) depresif ve manik dönemdeki katılımcılarla karşılaştırıldığında, sönme döneminde olanların ruminasyonu daha sık kullandıklarını bildirirken; Van der Gucht, Morriss, Lancaster, Kinderman ve Bentall (2009) mani ve sönme dönemindeki bipolar bozukluğu olan kişilere kıyasla, depresyonda olanların ruminasyonu daha sık kullandıklarını saptamışlardır. Johnson, McKenzie ve McMurrich (2008) hipomaniye yatkınlığı olan kişilerin gerek olumlu gerekse olumsuz duygulanıma ruminasyonla tepki verdiklerini, olumsuz duygulanıma ruminasyonla tepki verilmesinin depresif belirtileri yordadığını belirtmişlerdir. Bir grup araştırmacı ise bipolar grupta ruminasyonun daha çok kullanılırken, dikkat dağıtma tepki stilinin kullanılmadığını görmüşlerdir (Alloy ve ark., 2010). Son olarak, Green ve arkadaşları (2011) felaketleştirme, kendini suçlama ve bilişsel yeniden çerçevelemenin bipolar bozukluk için yatkınlaştırıcı faktörler olabileceği çıkarımını yapmışlardır.

III. Tepki Stilleri Kuramı. Beck'in bipolar bozukluğa uyarladığı bilişsel modelinde depresif üçlünün (Beck ve ark., 1979) yanı sıra kişinin kendisi, diğerleri ve dünya hakkında aşırı olumlu değerlendirmeler de yer almaktadır. Buna göre kişi kendini aşırı sevebilir, aşırı çekici ve güçlü görmektedir. Dünya muhteşem fırsatlar ve deneyimler sunar. Gelecek aşırı umut vericidir. Beck bu bağlamda, maninin depresyonun ayna imajı olabileceği önerisinde bulunmuştur. Bu aşırı olumlu düşün-

celer bilişsel çarpıtmalarla güçlendirilir. Örneğin kişi olumlu sonuçlara kapılarak, 'ben her şeyi yapabilirim' diye düşünebilir (Newman ve ark, 2002; Scott, 2001; Schwannauer, 2004). Beck'in kuramıyla ilişkili çalışmalara bakıldığında, örneğin Van der Gucht ve arkadaşları (2009) bipolar bozukluğun her döneminde sosyotropi ve otonominin yüksek olduğunu; Hammen, Ellicott ve Gitlin (1992) sosyotropik kişilik özellikleri daha baskın olan bipolar bozukluğu olan kişilerde kişilerarası yaşam olayı yüksek düzeyde strese sebep olmasa bile, belirtilerin yükseldiğini saptamışlardır.

Schwannauer (2004), hastaların fizyolojik etkinliklere (*activation*) ve çevresel tetikleyicilere karşı durumsal tepkiler geliştirdiklerini, diğer taraftan bazı düşünce süreçlerinin de uzun süreli yatkinlıklar şeklinde bir kişilik örüntüsü sergilediğini belirtmektedir. Ayrıca, duygudurum bozukluklarında yatkinlık-stres modeliyle ilişkili olarak, bazı önemli yaşam olaylarının ve çevresel stresörlerin maniyi tetiklediğini, diğerlerinin ise tetiklemediğini gözden kaçırmamak gerektiğini öne sürmektedir. Dolayısıyla bilişsel davranışçı yaklaşım bipolar bozukluğu çevresel etkenlerin ve içsel duyuların bilişsel yorumlanma şekliyle bağlantılı olarak ele almaktadır. Bu yaklaşımdaki kuramlar daha çok bu yorumlama şekillerini ve bunların nasıl işlediğini açıklama üzerine odaklanmaktadır (Mackali, 2012).

Lam ve Arkadaşlarının Bilişsel-Davranışçı Modeli

Bu modelde Lam, Jones, Hayward ve Bright (1999) bipolar bozukluğa biyolojik yatkinlığın sirkadyen ritimlerdeki düzensizlikle ilişkili olduğu kabulünden hareketle, kişinin uyku ve sosyal rutinde bozulmaların, düzensiz yaşam tarzının sirkadyen ritimde dengesizliğe yol açabileceğini belirtmişlerdir. Bu modelde sirkadyen ritimdeki bozulma strese neden olan akut bir olaydan kaynaklanabileceği gibi, kişinin kronikleşen düzensiz yaşam tarzı da (örn., geceleri çalışmak, gündüzleri uyumak) buna zemin sağlayabilir. Fakat bu alandaki bozulmalar atağa neden olmayabilirler. Ayrıca aşırı başarı-odaklı tutumların sirkadyen ritimde düzensizliğe ve başarı elde etmek için aşırı çaba gösterme davranışlarına neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Lam ve arkadaşlarının (1999) modelinde öne çıkan farklılık öncül (prodromal) dönemlere dikkat çekmelelidir. Araştırmacılar (örn., Jackson, Cavanagh ve Scott, 2003) manik veya depresif ataklar öncesi öncül dönemler yaşandığını vurgulamışlardır. Örneğin, davranışsal etkinleşme sistemindeki düzensizlik bipolar bozukluğu olan kişinin olumlu duygu durumuyla birlikte aşırı sosyalleşmesine, heyecan arayışına girmesine neden olabilir. Ayrıca ödüle duyarlılık hipomaninin öncül döneminde hedefe yönelik davranışlarda artış görülmesine sebep olmaktadır (Depue, Krauss ve Spont, 1987). Bu açıdan öncül dönemlerdeki süreçler dikkate alınarak, düşünce,

duygu, davranış alanlarında yapılacak müdahalelerin hastalığın gidişini (prognoz) olumlu yönde etkileyebileceğini belirtmişlerdir.

Lam ve arkadaşları (1999) Healy ve Williams'ın 1989 tarihli çalışmalarına gönderme yaparak, öncül dönemlerdeki bilişsel atıfların, belirtileri şiddetlendirerek, akut bir epizoda dönüştürebildiğinden bahsetmişlerdir. Kişinin bedensel belirtilerini kendi güçsüzlüğünden veya aşırı güçlülüğünden kaynaklandığı şeklinde çarpıtırsa, öncül dönem akut epizoda dönüşebilir. Ayrıca, çevreden duyguduruma uygun bilgilerin seçici soyutlanması da kısır döngüyü besleyebilir. Bilişsel modelde de bahsedildiği üzere (Beck ve ark., 1979) hastanın atak öncesi dönemdeki davranışları epizodun sürecini etkilemektedir. Örneğin, bir kişi manik öncül belirtiler yaşadığını fark edip ödüllendirici gördüğü hedefine yönelik davranışlara karşı durabilirse, akut epizot yaşamayabilir (Depue ve ark., 1987)

Bu modelin bir diğer önermesine göre, bir duygudurum epizodu olası başka stres faktörleri de yaratarak başka epizotların oluşumuna ortam hazırlamaktadır. Tekrarlayan ataklar kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Atak sırasında veya sonrasında kişinin yaşadığı evlilik problemleri, finansal sıkıntılar, statü ve prestij kaybı veya damgalanmanın getirdiği yükler bipolar bozukluğu olan hastaların başka epizotlar yaşamlarına neden olmaktadır (Lam ve ark., 1999).

Basco'nun Bilişsel-Davranışçı Modeli

Basco (2000) depresyon ve mani dönemlerinde düşünce ve duygularda meydana gelen değişimleri psikososyal işlevsellik üzerindeki etkilerini de kapsayan bir döngü içinde tanımlamıştır. Duygular aşırı neşeliklikten kaygı ve huzursuzluğa (irritability) veya sıkıntılı duyguduruma (dysphoria) doğru değişmektedir. Stresin artması duygusal dalgalanmaların daha da şiddetlenmesine neden olur, umutsuzluk, anksiyete ve öfkeye dönüşür. Duygusal alandaki değişimler hem düşünce akışına hem de düşünce içeriğine de yansır. Düşünce hızı depresyonda yavaşken, mani de çok hızlıdır. Düşünce içeriği depresyonda daha olumsuzken, mani dönemde daha olumlu veya paranoid sınırdadır. Duygu ve düşüncedeki değişimler davranışlara da etki eder. Olumsuz düşünce ve sıkıntılı duygudurum hareketsizliğe sebep olabilir. Tam tersine, olumlu düşünce aşırı hareketliliğe, başkalarıyla sık sık tartışmaya veya risk almaya neden olabilir. Bu üç alandaki değişimler psikososyal işlevselliği olumsuz etkiler. Örneğin, kişinin mani dönemdeki gereksiz alışverişler yaparak, aşırı para harcaması maddi sıkıntılara, borçlara yol açabilir, bu da evliliğinde sorunlara neden olabilir. Psikososyal işlevsellikte bozulmalardan kaynaklanan problemler uykusuzluk ve strese neden olur, bu durum da manik ataklara veya depresyonun daha da şiddetlenmesine ve kişinin kendini daha da

umutsuz ve çaresiz hissetmesine neden olabilir. Bu kendi kendini besleyen bir döngüdür (Basco, 2000).

Newman ve Arkadaşlarının Bilişsel-Davranışçı Modeli

Newman ve arkadaşları (2002), farklı yaşam olaylarının farklı duygudurum dönemlerine neden olduğu görüşünü desteklemişlerdir. Örneğin, final dönemleri gibi başarı elde etmeye yönelik olayların, bipolar I bozukluğu olan hastalarda depresif belirtileri değil, manik belirtileri arttırdığını bulmuşlardır (Johnson ve ark., 2000). Newman ve arkadaşlarının (2002) modelinde, orijinal modelden farklı olarak, şemalardan daha detaylı bahsedilmiştir. Şemalar “çift yönlü” olduklarından, duygudurum değişimleri ve yaşam olaylarıyla birlikte bir şemanın zıt kutbu da ortaya çıkabilir. Örneğin, kişi bir dönem kimsenin onu sevmediğini düşünse de bir dönem herkesin onu çok sevdiğini düşünebilir.

Newman ve arkadaşları (2002) bipolar bozukluğun bilişsel modelini yakın dönemde yeniden kavramsallaştırarak, “mod” kavramını eklemişlerdir. Modlar aşırı öğrenilmiş davranışlar ile başa çıkılması, yönetilmesi zor duyguların birleşimidir. Şemaların veya modların kişi için ne kadar ön planda olduğu kişinin bilişsel stillerinin nasıl oluştuğuna ve bu değerlendirmelerin geçmiş dönemlerdeki hangi olaylardan kaynaklandığına, belli bir durumda stres yaratan faktörlerin ne derece belirgin olduğuna ve biyolojik sistemin ne derece bozulduğuna bağlıdır (Newman ve ark., 2002) Bu şema ve modları, belirli yaşam olayları, sirkadyen ritmdeki bozulmalar veya başka tetikleyiciler aktive edebilir. Böyle bir durumda, duygu ve davranışlarda görülen aşırılıklar, yatkınlıklardan kaynaklanan tepkilerin ortaya çıkmasına neden olur.

Ayrıca kişilerin edindikleri deneyimler inanç sistemlerinin oluşmasında da etkili olur. Olaylar ve/ya stresörler bu inanç sistemi çerçevesinde değerlendirilir. Duygulanımlar ve davranışlar kişide var olan şemalar ve inançların etkinleşmesiyle ortaya çıkar. Ayrıca şemayla ilişkili bilgiler de şemalar ve inançlar yoluyla işlenir (Schwannauer, 2004). Örneğin manik dönemde pozitif değerlikli şemalar aktive olur, kişi özellikle başarılarıyla ilişkili olayları hatırlayabilir, başarı kazandığına inandığı olaylar üzerine odaklanabilir.

Colom ve Vieta'nın Hipomani için Bilişsel Modeli

Colom ve Vieta'nın (2007) Beck'in modelinden (1979) etkilenecek geliştirdikleri hipomaninin bilişsel model önermesinde, orijinalinden farklı olarak ‘pozitif’ bilişsel üçlü yer almaktadır. Buna göre kişi kendisine, dünyaya ve geleceğe aşırı iyimser bakış açısıyla bakmaktadır. Hipomanik nitelikteki otomatik düşünceler genellikle gerçekle uyumsuzlar. Colom ve Vieta (2007), depresyondaki katastrofik düşünmenin karşıtı olarak ‘anastrofik düşünme’ kavramını ortaya atmışlardır

Anastrofik düşünme kendine aşırı değer verme, gerçeğin olumlu şekilde yorumlanması ve herhangi bir yargıya, eleştiriye yer vermeyen aşırı iyimserlik anlamına gelmektedir. Bu kapsamda, Colom ve Vieta (2007) “aşırı neşe yaratan varsayımlar” (*elatogenic assumptions*) kavramını ortaya atmışlardır. Bu varsayımlar Beck'in “depresyon yordayıcısı varsayımlar”ına (*depressogenic assumptions*) benzemektedir. Bu varsayımlar sonucunda kişi anastrofik düşünceler geliştirmeye başlar. Bu durum kişinin anormal şekilde mutlu hissetmesine yol açar. Bu aşırı mutluluk hali biyolojik ritimde bozulmalara sebep olur. Örneğin manik dönemde kişi kendini hiç yorgun hissetmez, daha az uyur, daha fazla aktiviteye katılmaya çabalar. Uykusuzluk ve aşırı aktivite biyolojik ritimde bozulmaya neden olur ve hastalığı daha da şiddetlendirir bir kısır döngü oluşturur.

Colom ve Vieta (2007) modellerinde genetik yatkınlık, mevsimsel değişimler ve yaşam olaylarının etkilerini göz önüne almışlardır. Meydana gelen biyolojik değişimlerin duygularda nasıl bir değişime sebep olduğunu, bu değişimin de nasıl düşünce değişikliklerine neden olduğunu işlemişlerdir. Bu bağlamda “anastrofik düşünme” kavramının hipomanik yükselmeyi işaret ettiği söylenebilir.

Bütüncül Bilişsel Model (Integrative Cognitive Model)

Mansell, Morrison, Reid, Lowens ve Tai (2007) tarafından geliştirilen “Bütüncül Bilişsel Model”e göre, içsel durumlardaki değişimlere dair aşırı, birbiriyle çelişen ve kişiselleştirilmiş yorumlamalar duygudurum dalgalanmalarının oluşumunda önemli bir rol oynar. İçsel durumdaki değişimler duygusal, bilişsel veya fizyolojik olabilir. Fizyolojik değişimler huzursuzluk, yerinde duramazlık şeklinde yaşanırken, duygudurumdaki değişimler ‘üzgün’ veya ‘yükselmiş’ (*elevated*) şeklinde örneklendirilmiştir. İçsel durumlara dair değerlendirmeler aşırı olumlu veya aşırı olumsuz olabilir (Mansell ve ark., 2007). Kişi aşırı olumlu değerlendirmeler yaparak, duygudurumunda yükselmeye neden olabilir ve bu da yükselme davranışlarının (*ascent behaviors*) görülmesine sebep olabilir. Diğer taraftan, aşırı olumsuz değerlendirmeler çökme davranışlarını (*descent behaviors*) tetikleyebilir. Yükselme veya çökme davranışları kişinin durumu yeniden değerlendirmesine veya birbirleriyle çelişen içsel değerlendirmeler yaptığını fark etmesine engel olur. Örneğin, bir kişi aşırı aktif olmasını olumlu yönde değerlendirerek, enerjik olduğu zamanlar daha eğlenceli biri olduğunu düşünürse, mani tetiklenebilir (Mansell ve ark., 2011).

Hipo(mani)nin öncül döneminde kişi davranışlarını bu aşırı olumlu veya olumsuz değerlendirmelere göre belirler ve sosyal çevresinden gelen geribildirimleri dik-kate almaz. Hatta o kişilerin onu *engellemeye çalıştıklarını veya kıskandıklarını* düşünebilir. Manide görülen bu

karma değerlendirmeler bipolar bozukluğu olan kişinin diğerlerine kendini kanıtlamaya çalışmak için daha da çok çaba harcamasına, bir noktadan sonra kontrolünü kaybetmiş hisleri yaşamasına neden olabilir (Mansell, 2006; Mansell ve ark., 2011). Model kapsamında ele alınan yaşam deneyimleri üç seviyede tanımlanmıştır. Birinci seviyede erken dönemde yaşanan olaylar fonksiyonel olmayan inançlara neden olmaktadır. Örneğin, Fox anneleri tarafından ilgi ve korunma ihtiyaçları karşılanmayan kişilerin yaşam boyu mani yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Fox, 2005). İkinci seviyede yükselme ve çökme davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan ve içsel durumda değişime neden olan deneyimler yer almaktadır. Burada sirkadyen ritimde bozulmaya neden olan olaylar (örn., aşırı çalışmak) ve aile üyelerinin bipolar bozukluğu olan kişide gözledikleri davranışlara karşı eleştirel veya korumacı tutumları da kapsamıştır. Son seviyede ise atak döneminde veya atak sonrasında yaşanan olaylar (örn., damgalanma) ele alınmıştır (Mansell ve ark., 2007).

Farkındalık Odaklı Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT)

Üçüncü nesil bilişsel terapilerden olan Farkındalık Odaklı Bilişsel Terapi, BDT'nin depresyon modeli (Beck ve ark., 1979) ile Kabat-Zinn ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen "Farkındalık-Odaklı Stres Azaltma" modelinin bütünleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Bu yaklaşım da öncelikle unipolar depresyon için geliştirilmiştir ve depresif yinelemeleri önlemeye yöneliktir. Terapötik süreçte, depresif atakların sürmesine, tekrarlamasına neden olan, yatkınlık yaratan süreçler ele alınır ve danışanların düşüncelerini yargılamadan farkına varmalarını ve olumsuz düşüncelerini zihinlerinde akıp giden olaylar olarak görebilmelerini sağlamak hedeflenir (Williams ve ark., 2008) Bilişsel terapide olduğu gibi, bu yaklaşım da düşüncelerin 'gerçekleşmiş' gibi yaşanmasını önlemek ve depresif belirtilerin sürmesinde olumsuz otomatik düşüncelerin rolünün anlaşılmasını sağlamak ile ilgilenmektedir (Keng, Smoski ve Robins, 2011; Teasdale, Segal ve Williams, 1995; Teasdale ve ark., 2000). BT'den farklı olarak, düşünce içeriğinin ne kadar geçerli olduğuyla ilgilenmek yerine, kişinin farkındalığını ve farkındalık ile duygu ve düşünceler arasındaki bağlantıyı değiştirmeye odaklanır (Teasdale ve ark., 1995; 2000). Farkındalık-odaklı Bilişsel Terapi, hem duygulara uygulanabilen hem de farklı bilişsel beceri ve süreçleri kapsayan Birbirleriyle Etkileşen Bilişsel Alt Sistemler Yaklaşımı'ndan (*The Interacting Cognitive Subsystems Approach, ICS*) temellenmektedir. Bu yaklaşıma göre, biliş ve duygu arasında karmaşık ve birbirini etkileyen karşılıklı bir ilişki vardır. Duygu pek çok bilişsel alt sisteme dağılarak işlenmektedir. Durumdan duruma ve duygudan duyguya değişen bu süreç, bilişsel alt

sistemlerin yüksek-düzeyde bütünleşmesini ifade eder (Teasdale ve ark., 1995).

Depresyonda gerçekleşmiş bir olaya dair bilişsel önermeler ile daha örtük anlamlarla ifade edilen, daha genel ve bütüncül olan "şematik modeller" in *çeye çeye* geçtikleri düşünülür çünkü önermeler örtük olarak anlamlandırılan olumsuz öz-modellerin (*self-models*) sürekli olarak yeniden oluşması yönünde işlenir. Böylece benlik hakkındaki negatif önermeler bir döngü içerisinde daha alt düzeydeki bedensel durumlarla daha da güçlenen şematik modellerle desteklenerek oluşmaya devam ederler (Teasdale ve ark., 2000). Bir örnekle açıklamak gerekirse, "Ben değersizim" gibi çıkarımsal bir anlam kişide devamlı bir üzüntü hali ile olumsuz öz-değerlendirmeler, geleceğe dair umutsuzlukla ilişkili düşünceler gibi bilişsel temsillerin sentezlenmesine neden olabilir (Gillianders ve Fleming, 2006). Bu olumsuz anlamlar depresyon yordayıcısı şematik modellerin (*depressogenic schematic models*) oluşmasını sürdürür. Böylece Teasdale ve Barnard tarafından "depresif kilit" (*depressive interlock*) olarak tanımlanan durum oluşur (Teasdale ve Barnard, 1993). "Duyusal" döngüde ise, depresif duygulara yol açan depresyon yordayıcısı şematik modeller bedene üzgün bir yüz ifadesi veya kambur bir duruş ve benzeri olarak yansır. Bu alt sistemlerin çıktıları bedendeki depresif tepkilerin sürdürülmesini sağlar. Duyusal döngü "bilişsel" döngü ile birlikte 'depresif kilit' in sürmesine neden olur, böylece depresyon ortaya çıkar (Teasdale ve ark., 1995).

Barnard (2004) manideki bilgi işleme sürecinin depresyondakinin ayna imajı olduğunu belirtmiştir. Diğer bir deyişle, depresif dönemde "kilit" olan bilişsel önermeler ve çıkarımsal anlamlar, manik dönemde "kontrolden çıkmış durumdadır" (*runaway state*) (Power, 2005). Manide şematik modellerde çok hızlı bir değişim olmaktadır. Bu hızlı değişimde dikkat dağınıktır. Bu süreçte bilişler değerlendirilmeden işlenirken, şematik modeller olumlu veya karma şekilde işlenirler. Depresyonda belli anlamlara aşırı dikkat edilirken, manide genel anlamlara aşırı dikkat edilir. Manik dönemlerde çıkarımsal anlamlardaki hızlı değişim ve bu değişime orantılı olmayan dikkat karma durumlara ve benliğe dair çift kutuplu çıkarımların ortaya çıkmasına neden olur. Ayrıca, manik dönemde görülen hezeyanların bu dönemde bilgilerin çok hızlı işlenmesiyle birlikte önermesel ve şematik anlamların birbirleriyle uyumlu olamadığı ve bunun sonucunda diğer alt sistemlerden gelen bilgilerin de doğru olarak sentezlenememesiyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Barnard, 2004).

Bipolar Bozukluk için Şema Modeli

Şema yaklaşımın en önemli bileşeni olan "erken dönem uyumsuz şemalar" kişinin çocukluk veya ergenlik dönemlerinden temellenen, kendine veya diğerleriyle

le ilişkilerine dair genel ve yaygın örüntülerdir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bipolar bozuklukta şemalar yeni yeni araştırılmaya başlanan bir konudur. Hawke ve arkadaşları “Haklılık/Büyükleme” ve “Yetersiz Öz-Denetim” şemalarının bipolar bozukluk riskini olumlu yönde yordadığını, “Duyguları Bastırma” şemasının ise tersine yordadığını saptamışlardır (Hawke, Provencher ve Arntz, 2011). Ayrıca adı geçen üç şemayla birlikte “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık” şemasının yüksek riskli grupla kontrol grubunu ayırt ettiğini bulmuşlardır. Hawke ve Provencher ise erken dönem uyumsuz şemaları klinik grupta çalışmışlar, yukarıdaki bulgularla benzer sonuçlara ulaşmışlardır (Hawke ve Provencher, 2012). Türkiye’de Lapsekili ve Ak (2012) tarafından yapılan çalışmada ise “Güvensizlik/Suistimal Edilme” şeması bakımından gerek unipolar-bipolar gerekse unipolar-kontrol grupları arasında farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Nilsson, Jorgensen, Straarup ve Licht (2010) ise “Sosyal İzolasyon”, “Başarısızlık”, “Bağımlılık”, “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık”, “Duyguları Bastırma”, “Yetersiz Öz-Denetim” ve “Karamsarlık” şemalarının bipolar bozuklukta işlevsel bozulmayla ilişkili olduğu sonucunu elde etmiştir.

Bipolar bozuklukta şemaların varlığı Newman ve arkadaşları (2002) tarafından tartışılmaya başlansa da, şema-odaklı yaklaşım 2003 yılında Ball ve arkadaşları tarafından çalışılmaya başlanmıştır. Ball ve arkadaşlarının (2002) önerdikleri modelde, biyolojik faktörlerle birlikte mizaç, kişilik özellikleri ve gelişimsel deneyimleri de yatkınlştırıcı faktörler olarak tanımlamışlardır. Stres yaratan bir yaşam olayı bilişsel ve şematik yatkınlıklara göre filtrelenmekte ve sonucunda duygudurum dalgalanmaları tetiklenmektedir. Bu modelde şemalar gerek kişinin kendini, hastalığını ve işlevselliğini kabul etmesini engelleyen bilişler olarak tanımlanmakta gerekse hastalığına, travmasına ve yatkınlığına dair geçmiş deneyimleri nasıl özümstedikleri ve bunlardan nasıl anlamlar çıkardıklarıyla ilgili müdahalelere ışık tutmaktadır. Hawke, Provencher ve Parikh’in (2012) sunduğu model ise erken dönemlerdeki olumsuz yaşantıların uyumsuz bilişsel ve duygusal şemalara neden olduğu, bipolar bozuklukta bu şemaların yaşam olaylarıyla birlikte manik ve depresif belirtileri tetikleyerek hastalık sürecini olumsuz etkilediği önermesine dayanmaktadır. Görüldüğü üzere, bipolar bozuklukta şema yaklaşımı yakın dönemde çalışılmaya başlandığından, yaklaşımın olgunlaşması için çalışılmaya ve uygulanmaya ihtiyacı olduğu söylenebilir.

Bilişsel-Davranışçı Modelin Terapötik Doğurguları

Bu başlık altında bipolar bozuklukta bilişsel-davranışçı terapinin genel amaçlarından bahsedildikten sonra, yukarıda ele alınan modellerin terapötik süreçte vurguladıkları noktalara yer verilecektir. Scott’a göre bipolar bozukluğun başlangıcının ve sürecinin stres faktörleri

(fiziksel ve sosyal faktörler ile yaşam olayları), fizyolojik ve bilişsel yatkınlıklarla ilişkili olduğu araştırmalarla gösterildikçe, bipolar bozukluğun psikososyal tedavisinde BDT’nin rolü ve önemi kabul görmeye başlanmıştır (Scott, 2001).

Bipolar bozukluk farklı duygudurum dönemleriyle karakterize olduğundan, BDT temelli terapötik sürecin kişinin içinde bulunduğu döneme özgü olarak şekillendirilmesi önemlidir (Reilly-Harrington ve ark., 2007). Özellikle bu esnek yaklaşım hızlı-döngülü bipolar bozukluğa yönelik psikoterapi programları düzenlenirken, daha ön planda tutulmalıdır. Bipolar bozukluğun tedavi sürecinde BDT’nin amaçları 4 başlık altında toplanabilir: (1) İlaç tedavisine uyum, (2) erken tespit ve müdahale, (3) stres ve yaşam stili yönetimi, (4) komorbid durumların tedavisi (Otto, Reilly-Harrington ve Sachs, 2003). Genel anlamda, bilişsel-davranışçı yaklaşım bipolar bozukluğu olan hastalarda başa çıkma becerilerini geliştirmek, tedavi sürecinde öz-yeterlilik ve sorumluluğu pekiştirmek, psikososyal stres kaynaklarının belirlenmesi ve stresörlerle başa çıkma yollarının geliştirilmesi ve desteklenmesi, bilişsel ve davranışsal güçlüklerle ilgili stratejiler geliştirmek ve altta yatan şema ve temel inançları değiştirmek üzerine çalışmaktadır (Schwannauer, 2004).

Bilişsel-davranışçı terapide danışanların şikayetleriyle ilişkili öz-bildirim ölçekleri sıklıkla kullanılmaktadır. Klinisyenler (örn., Basco, 2000; Lam ve ark., 1999; Newman ve ark., 2002) bipolar bozukluğu bilişsel-davranışçı yaklaşım ile ele alırken de, birtakım ölçeklerin kullanılmasını (örn., Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, İçsel Durum Ölçeği - *Internal State Scale*) önermektedirler. Umutsuzluk ve intiharla ilişkili düşünceleri ve bu düşüncelerin şiddet düzeylerini saptamak için de Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Beck İntihar Düşünceleri Ölçeği’nin kullanılması önerilmektedir.

Lam ve arkadaşları (1999) terapi sürecini üç aşamaya bölerek tanımlamışlardır. Birinci aşama birinci ve beşinci seansları kapsamaktadır. Bu aşamada terapötik ittifakın kurulması, psikoeğitim, semptomların tarihesinin alınması, danışanın belirtilerini izlemesi/takip etmesi ve terapi amaçlarının belirlenmesiyle ilgilenilir. İkinci aşamada (beşinci ve onaltıncı seanslar) bilişsel ve davranışsal tekniklere geçilir. Aktivitelerin düzenlenmesi için danışandan günlük olarak duygudurumunu izlemesi ve derecelendirmesi ile aktivite kayıtları tutması istenir. Bu aşamada ayrıca düşünce takip ve değişim (*thought challenging*) kayıtları tutulması, davranışsal deneyler ve işlevsel olmayan inançların ele alınması üzerine çalışılır. Bunların yanı sıra, erken uyarı işaretleri ve ilaç tedavisine uyum üzerinde durulur. Üçüncü aşama (onaltıncı-yirminci seanslar) sürecin gözden geçirilmesi ve danışanın geçmiş öyküsü ve terapötik süreçte elde edilen bilgiler ışığında öz-yönetim becerileri kazanması (diyet-uyku-

aktivite düzeni, heyecan arama davranışları ve madde kullanımına yönelik risklerin gözden geçirilmesi) üzerine odaklanılır (Lam ve ark., 1999).

Basco (2000) da Lam ve arkadaşları (1999) gibi 20 seanslık bir terapötik süreç planlamış, fakat akışı farklı yapılandırmıştır. Birinci ve dördüncü seanslar hastalığın belirtileri, sürecin nasıl ilerlediği, tedavi seçenekleriyle ilgili, danışana ve ailesine verilen psikoeğitime ayrılmıştır. Beşinci ve altıncı seanslar belirtilerin tekrarlamasını engellenmeye yönelik erken uyarı sisteminin geliştirilmesine odaklanılır. Yedinci seansta farmakoterapiye uyum ele alınır. Sekizinci ve onüçüncü seanslar belirtilerin kontrol edilmesine yönelik BDT tekniklerinin uygulamasına ayrılır. Ondördüncü ile yirminci seanslarda ise problem çözme becerilerinin geliştirilmesi üzerine çalışılır.

Lam ve arkadaşlarının modeli (1999) yukarıda da belirtildiği üzere, öncül belirtileri ön plana çıkarmaktadır. “Erken Uyarı İşaretleri” yönteminde, önce hastaya öncül belirtiler ve yinelemenin erken belirtileri üzerine psikoeğitim verilir. Daha sonra bu belirtilerle başa çıkmak için davranışsal stratejilerin geliştirilmesi üzerine çalışılır (Lam ve Wong, 1997). Ayrıca, kişinin duyudurumunu takip etmesi, yaşadığı duyudurum dalgalanmalarıyla ilişkili işlevsel olmayan inançlarının “bilişsel yeniden adlandırma” veya “yönlendirerek keşif” yöntemleri ile çalışılması yinelemelerin önlenmesi adına faydalı tekniklerdir (Schwannauer, 2004). Bu noktada Basco (2000) hastaların duyudurumlarındaki ufak bir değişikliği bir atağın çalıştığı şeklinde yanlış yorumlamalarının üzerine çalışılması gerektiğini vurgulamaktadır. Hastaya özel duyudurum takip çizelgelerinin düzenlenmesi ve hastaların kendilerinde fark ettikleri öncül belirtiler ile çevresel stresörler ve olaylar arasındaki ilişkilere dikkat ederek değerlendirme yapmaları yönünde gerek psikoeğitim verilmesi gerekse bu konunun terapi görüşmeleri sırasında ele alınması gerektiğini belirtmiştir.

Newman ve arkadaşları (2002) hipomanik ve manik atakların etkilerini azaltmak için “İki kişiden geribildirim kuralı” ve “Hareket etmeden 48 saat bekleme kuralı”nı önermektedirler. Yazarlara göre, “verimli potansiyele karşı yıkıcı riskler” (“productive potential vs. destructive risk takings”) derecelendirmesi de yine bu dönemlerde riskleri ve zararları küçümseyen, önemsemeyen, eğlence veya faydaları ise olduğundan daha fazla gören hastalar ile çalışılırken kullanılabilir müdahale tekniklerindedir (Maçkalı ve Tosun, 2011).

Basco (2000) ve Newman ve arkadaşları (2002), bipolar bozuklukta stres yönetiminin terapötik süreçte ele alınması gerektiğini, bu kapsamda problem çözme becerileri, iletişim becerileri, bilişsel-yeniden yapılandırma çalışmalarına yer verilmesinin gerektiğini belirtmektedirler. Yazarlar ayrıca bipolar bozukluğu olan

kişinin hayatındaki düzenin, yaşam stiline terapötik müdahale kapsamında ele alınmasının gerektiğini, bu bağlamda uyku düzeni ile sosyal hayatın yeniden düzenlenmesinin önemini vurgulamaktadırlar. Müdahalenin hedefi, kişinin uyku düzeninin sağlanması, aktivitelerinde bir dengenin yakalanması ve aktivitelerindeki artışın takip edilmesidir (Maçkalı ve Tosun, 2011).

Bütüncül Bilişsel Model açısından, terapötik süreç değerlendirme, formülasyon ve danışanın güçlüklerini fark ederek, bunlarla başa çıkmasında yararlı olacak repertuarın geliştirilmesini kapsayan bir döngüdür. Formülasyon oluşturulurken, Bütüncül Bilişsel Model’in bileşenlerinin (örn., içsel durum değerlendirmeleri, yükseleme ve çökme davranışları, diğer insanların danışanın davranışlarına nasıl tepkiler verdikleri, danışanın bu tepkileri nasıl anlamlandırdığı, danışanın problem yaşadığı durumlar) ele alınması önemlidir. Formülasyonlar danışanla işbirliği içinde oluşturulur ve tartışılır. İçsel durumlara dair aşırı, kişisel, birbiriyle çelişen değerlendirmeler üzerine çalışılırken terapistin yetkinlikleri çerçevesinde her danışanın ihtiyacına yönelik farklı metodlar izlenebilir, örneğin bazı terapistler farkındalık odaklı yöntemlerden faydalanırken bazıları imgeleme ile çalışabilirler (Mansell, 2007). Terapide duyudurum takibinde İçsel Durum Ölçeği (Internal State Scale, ISS, Bauer ve ark., 1991) gibi bir ölçek kullanılabilir. Bunun yanı sıra, hem kişinin terapötik süreçle tanışması ve alışmasına yardımcı olmak hem de kişinin kendi inançlarıyla ilgili fikir edinmesi amacıyla Hipomanik Tutumlar ve Pozitif Yordamalar Ölçeği’nin (Mansell, 2006) kullanılabilirliği belirtilmiştir. Ayrıca, terapide rahatsız edici, farkındalığı ihlal eden (intrusif) imgeler ile anılar ve tekrarlayan değerlendirici düşünme (recurrent evaluative thinking) süreçlerinin değerlendirilmesi ve farkındalık kazandırılmasına önem verilmektedir. Son olarak, Bütüncül Bilişsel Model’e göre tekrarlayıcı düşünme (ruminasyon) kişinin aşırı kişisel değerlendirmeler yapmasına neden olur. Bu kapsamda endişe, kendini ve diğerlerini eleştiren düşünceler ile benliğe dair aşırı olumlu düşünceler ele alınmaktadır. Terapötik süreçte tekrarlayıcı düşüncelerin ne zaman, ne şekilde ortaya çıktığı ve sürdürülmesinin altındaki ihtiyacın anlaşılması üzerine çalışılır, bu sayede danışanın durumu kontrol edebileceğine dair inancının güçlendirilmesi sağlanır (Mansell, 2007).

Ball ve arkadaşları (2003) bipolar bozukluğa uyarladıkları şema-odaklı bilişsel terapi yaklaşımının özellikle distimik ve işlevselliği bozulmuş kişilerde faydalı bir alternatif olabileceğini savunmaktadırlar. Bu müdahale programının ilk aşamasında psikoeğitim, bilişsel-davranışçı terapi ve kişilerarası ve sosyal ritim terapisi yaklaşımlarının çeşitli tekniklerinden (örn., öncül belirtilerin tanınması ve yönetimi, depresyon, hipomani ve maniye yönelik tekniklerin kullanımı) hastaların bireysel ihtiyaçları doğrultusunda faydalanılmaktadır. Bu aşamada

amaç belirtilerin kontrol altına alınması, bipolar bozukluk tanısına sahip olmanın kişi için anlamının ne olduğunun çalışılması ve bu durumun kişinin hayatını nasıl etkilediğinin anlaşılmasıdır. Şematik düzeyde temel inançlar (özellikle onaylanma ihtiyacı, kusurluluk, başarı temelli değerlilik, yabancılaşma ve diğerlerine güvenme) ve psikolojik uyum ele alınmaktadır. Şemalar kişinin kendini, hastalığını ve işlevselliğindeki bozulmayı kabul etmesini engelleyen yatkınlık unsurlarıdır. Şemaların belirlenmesinde Young Şema Ölçeği kullanılmaktadır. Şemaların anlaşılması ve çalışılmasında duyguların işlenmesi önemlidir. Son aşamada, kişinin geçmiş yaşantılarından (geçmişteki hastalık deneyimleri, travmalar, vs.) nasıl anlamlar çıkarabileceği üzerine çalışılır. Kişilerarası ve mesleki işlevselliğini iyileştirmesine yardımcı olacak içgörü kazanılması üzerine odaklanılarak, kişinin daha sağlıklı bir kendilik algısı oluşturmasına yardım edilir (Ball ve ark., 2003).

Farkındalık-odaklı bilişsel terapi, grup halinde uygulanan, beceri kazandırmaya odaklanan, bir yaklaşımdır. Kabat-Zinn (1994) farkındalığı “dikkatin belli bir şekilde, bilerek, yargılamaksızın, şimdi ve burada’ya yönlendirilmesi” olarak tanımlamıştır (s. 4). Farkındalık eğitiminde kişiden kasıtlı olarak dikkatinin nötr bir uyarana, örneğin kendi nefesine, odaklaması istenmektedir. Kişiden aklına sorun yaratan düşünceler, endişeler, görüntüler gelse bile, zihnindeki düşüncelere izin vermesi, onları kabul etmesi ve onların süzülüp, gitmelerine izin vermeleri istenir. Burada amaç, dikkatin kasıtlı olarak farklı bir şeye yönlendirilerek, alternatif bir bilgi işleme süreci yaratmaktır (Teasdale, 1999). Program, katılımcıların düşüncelerinin, duygularının ve bedensel duyumlarının farkına varmalarını ve alışlagelmiş, fonksiyonel olmayan tutumlarından uzaklaşmalarını sağlamak üzere düzenlenmiştir (Teasdale ve ark., 2000). Dikkatin kontrol edilmesine yönelik eğitim, olumlu veya olumsuz duygulanımın hafif şiddette arttığı dönemde, duygudurumdaki yükselişin veya düşüşün farkına varılması ve yineleme yaşanmadan atağın engellenmesini amaçlar (Teasdale ve ark., 1995). Tedavi protokolü, bireysel oryantasyon seansının ardından, sekiz hafta süren, iki saatlik grup eğitim oturumları şeklinde planlanmıştır. Bu süre boyunca katılımcılardan günde 45 dakika meditasyon yapmaları ve düşüncelerini, duygularını ve bedensel tepkilerini yargılamadan, takılıp kalmadan, takip etmelerinin istendiği ev ödevleri verilmektedir. Programın en önemli teması, katılımcının güçlendirilmesi ve andaki deneyimin farkına varabilmesidir. Sekiz haftalık sürecin sonlarına doğru, yinelemeleri önlemeye yönelik stratejiler (örn., “erken uyarı” sistemine aile üyelerinin dahil edilmesi, yinelemenin gelişmesini engelleyen stratejilerin yazılı olarak verilmesi, olumsuz düşüncelerin takip edilmesi) üzerine çalışılır. Haftalık grup çalışmaları bitince, dört tane takip oturumu (1, 2, 3 ve 4 aylık aralıklarla) yapılır. Oturumlar

tedavi bütünlüğünün takibi açısından katılımcıların izniyle videoya çekilebilir. Williams ve arkadaşları (2008) bipolar bozukluğu olan hastalarla benzer bir protokol uygulamışlar, farklı olarak altıncı oturumdan sonra tüm gün süren meditasyon uygulamaları yapmışlardır. Weber ve arkadaşları da (2010) protokole hipomani ve maniyle ilgili bilgi veren dokümanlar eklemişler ve grup oturumlarında belirtiler üzerine tartışmalar yapmışlardır.

Tartışma ve Sonuç

Yukarıda bahsedilen yaklaşımların/modellerin tümü yatkınlık-stres modelini kabul etmektedirler. Yatkınlık, yani genetik geçiş ve diğer biyolojik özellikler (örn., biyokimyasal, nörolojik etmenler), strese karşı kırılganlık (*vulnerability*) yaratabilir. Stres, olumsuz duygular ve fizyolojik bir uyarılma yaratan dışsal olaylar kadar, kişinin bunlara verdiği içsel tepkileri de kapsar. Yatkınlık-stres etkileşimi içinde genetik, biyokimyasal, psikolojik ve sosyal faktörler çoklu ve karmaşık roller alırlar (Zuckerman, 1999). Bu etkileşim sistematüğinde bilişler ön plana çıkartıldığında, manik ve/ya depresif belirtilerin tetiklenmesinde biyolojik yatkınlığın ve bipolar bozukluğa özgü bilişsel stillerin birlikte etkili oldukları söylenebilir (Alloy ve ark., 2005). Bu bağlamda bilişsel stiller yatkınlılaştırıcı faktörler, stres veren yaşam olayları ise tetikleyicilerdir (Newman ve ark., 2002). Çeşitli araştırmacılar hedefe yönelik davranışları arttıran olayların (hipo)manik belirtileri ve atakları yordadığını (Johnson, Sandrow, Meyer, Winters ve Miller, 2000; Johnson ve ark., 2008; Meyer, Johnson ve Winters, 2001), bipolar bozukluğa yatkınlığı olan kişilerin küçük başarıları veya olumlu duygudurum değişimlerine daha fazla bilişsel tepkiler verdiklerini (Carver ve Johnson, 2009; Feldman, Joorman ve Johnson, 2008), daha fazla ödüle, amaca odaklı yaşam olayı tarifledikleri, bu tip olaylara daha duyarlı olduklarını (Urosevic ve ark., 2010) ifade etmişlerdir.

İncelenen literatür ışığında, bütün yaklaşımların ortak olarak vurguladıkları noktalardan biri yaşam olaylarının duygudurum atakları üzerindeki etkisidir. Yukarıda açıklanan modeller, yaşam olaylarının biyolojik ve bilişsel yatkınlıkla birlikte bipolar belirtilerin tetiklenmesine sebep olabildiklerini belirtmektedirler. Aynı zamanda modellerden temellenen terapötik yaklaşımların hepsinin Post ve arkadaşlarının (Post, 1992) Yaşam Çizelgesi (*Life Charts*) yöntemini kullanmaları rastlantı olmasa gerek. Bilindiği üzere, bu çizelgede ataklar, tedavi süreci (ne zaman başladığı- ne zamanlar kesintiye uğradığı, vb.) ve önemli yaşam olayları kapsamaktadır. Bu çizelge kişinin madde kullanımı veya psikotik belirtileri var ise, tanı sürecinde klinisyene de yardımcı olmaktadır. Bunun yanı sıra, kişinin hastalık süreci ve bu süreçte başından geçen olaylara, görsel olarak da, tanık olmasına ve kişinin ataklar ve ataklar arasındaki dönemlerde eşik

altı belirtilerle neredeyse kesintisiz devam eden bir bozukluğun yaşamına etkilerinin farkına varabilmesine de faydalı olmaktadır (Basco, 2000).

Yaşam olayları konusunda vurgulanması gereken bir başka nokta, hastalık sürecinin başında ataklar psikososyal stresörler tarafından tetiklenirken, yinelemelerin stresör olmaksızın atakların yaşanabilmesine sebep olmalarıdır (Post, 2004). Diğer bir deyişle, ataklara duyarlılaşan biyolojik sistem, psikososyal etmenlerin yokluğunda belirtilerin tetiklenmesine sebep olabilmektedir. Benzer şekilde, Lam ve arkadaşları (1999) atakların başka stres faktörleri yaratarak, başka atakların oluşumuna zemin hazırladığını ifade etmişlerdir. Teasdale ve arkadaşları (1999) bilgi işleme sistemi içinde sürekli olumsuz öngörüler üretmenin, döngüsellik içinde yeni olumsuz şemaların oluşmasına neden olduğunu belirtmişlerdir. Bir başka bakış açısıyla, Young da (2003) şemaların kişinin dünyayı, gerçekliği algılayışını belirleyen temsiller olarak, kişinin yaşamı boyunca karmaşıklaşarak, yinelenildiğini, aynı zamanda şemaların başka şemaların tetiklenmesine sebep olduğundan bahsetmiştir. Bütünüyle değerlendirildiğinde, biyolojik ve psikolojik sistemlerde benzer bir işleyiş olduğu görülebilir. Bu bağlamda yinelemeleri önlemeye yönelik terapötik müdahaleler düzenlenirken bu işleyişin de gözden kaçırılmaması gerekir. Kişinin atak yaşayabileceğine dair beklentileri, duygudurumundaki en ufak dalgalanmaları atak olarak yorumlaması, bozukluğu kişinin hayatının odağı haline getirmektedir. Bu açıdan kişinin bu merkezden uzaklaşması ve duygudurumunu nasıl düzenleyebileceğine dair güçlendirilmesi, başa çıkma repertuarının çeşitlendirilmesi psikososyal işlevselliği de olumlu etkileyebilir (Basco, 2000; Mansell ve ark., 2007; Post, 2007; Teasdale ve ark., 2000).

Genetik geçiş bipolar bozukluk için bir yatkınlık oluştursa da, sosyal çevre ile etkileşimler atak sıklığını ve zamanlamasını belirlemektedir (O'Connell, 1986). Bu bağlamda psikososyal etmenler hem tetikleyici hem de sürdürücü faktörler olabilmektedir. Derleme kapsamında bahsi geçen yaklaşımların (örn., Lam ve ark., 1999; Newman, 2002; Williams ve ark., 2008) evlilik süreçleri, çocukların bakımı, sosyal destek, aile ilişkileri, damgalanma, mesleki kayıp, kendini suçlama, kabul gibi psikososyal faktörleri daha detaylı ele aldıkları görülmüştür.

Johnson ve Roberts'ın da (1995) dikkat çektiği üzere, bipolar bozukluğun etiolojisinde yaşam olaylarının yeri ve önemi ele alınırken, öncül belirtilerle ilişkili olabilecek olayların (örneğin, kaygı ve huzursuzluk, hiperseksüelite) yarattığı kişilerarası zorlukların karıştırıcı etkisi göz ardı edilmemelidir. Taranabilen literatür ışığında, özellikle Lam ve arkadaşlarının (1999) yaklaşımında daha detaylı olarak yer alan bu konunun diğer klinisyenleri de etkilediği (örn., Basco, 2000; Williams

ve ark., 2008) görülmüştür. Bu bağlamda modellerin ve terapötik yaklaşımların bu etkileri kapsayacak ve ele alabilecek kapsamda olmalarının modelleri güçlendirdiği düşünülmektedir.

Modellere bakıldığında dikkat çeken noktalardan bir tanesi, yaklaşımların hemen hemen hepsinin öncelikle unipolar depresyonu açıklamak üzere geliştirilip, daha sonra bipolar bozukluğu açıklamak üzere genişletilmiş olmalarıdır. Unipolar depresyondaki yatkınlaştırıcı faktörler, stres etmenleri veya biyolojik ritimler bipolar bozuklukta benzer şekilde işlemektedir (Johnson ve Roberts, 1995). Örneğin, Alloy ve arkadaşları (2006) unipolar ve bipolar depresyonda benzer bilişsel yapıların ve yanlılıkların, özellikle başarısızlık veya kişilerarası reddedilmeye dair duyarlılık ve yüklem hatalarının olduğunu bulmuşlardır. Aradaki tek fark, bipolar bozuklukta düşünce içeriğinde aşırı değerlilik değişiminin olmasıdır. Bu nedenle, bipolar bozukluğun bilişsel modeli kişilerin çeşitli streslere verdikleri tepkilerin değişkenliğini vurgular. Buna göre bazı kişiler strese depresif belirtilerle, bazıları ise manik belirtilerle tepki verir. Bu durum bipolar bozukluğa özgü modellerin gelişimini gerekli kılmaktadır. Bipolar bozukluğu açıklamak üzere Mansell ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen ve halihazırda geliştirilmekte olan Bütüncül Bilişsel Model umut vaad etmektedir. Bu model biyolojik ve bilişsel yatkınlığın yaşam olaylarıyla birlikte bipolar belirtilerin (manik, depresif, hipomanik, karma) oluşumunu oldukça kapsamlı şekilde açıklayabilmektedir.

Kuramcıların pek çoğu bipolar bozuklukta depresif ve manik dönemleri, dönemlere has belirtilerle açıklasalar da, Healy ve Williams'ın (1989) işaret ettiği gibi aşırı neşeli duygudurum (*euphoria*) sıkıntılı duygudurumla (*dysphoria*) birlikte görülebilmektedir. İncelenen modeller arasında özellikle Mansell ve arkadaşlarının (2007) modelinde karma durumların gelişim sistematığı daha detaylı yer bulmuştur. Bu noktada Powers (2005) bipolar bozuklukta duyguları temel almanın bipolar bozukluğun etiolojisini daha kapsamlı bir şekilde açıklayabileceğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Ball ve arkadaşları da (2003) gerek şemaların oluşumunda gerekse şemalara dair müdahaleler sırasında duygulara odaklanmanın terapötik süreç açısından önemine değinmişlerdir. Bunların yanı sıra, Tepki Stilleri Kuramı (Nolen-Hoeksema, 1991; 2000) duygu-düzenleme stratejilerinin de göz önüne alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Bipolar bozukluk bağlamındaki çalışmalar (örn., Knowles ve ark., 2005; Thomas ve ark., 2007) özellikle ruminasyonun, ardından risk almanın daha yaygın olarak kullanıldığını göstermiştir. Ruminasyon başta olmak üzere, tepki stillerinin bipolar bozukluğun etiolojisindeki rolünün ileriki araştırmalarda irdelenmesinin, duygu-düşünce-davranış etkileşiminin içeriğini daha da zenginleştireceği düşünülmektedir.

Bipolar bozukluğun genetik kökenli olduğunun kabul edilmesi ve biyolojik faktörleri temel alan modeller içinde açıklanması, bu bozukluğa dair psikolojik ve sosyal faktörlerin uzun süre arka planda tutulmasına neden olmuştur. Bipolar bozukluğa ilişkin farmakolojik müdahaleler hem atak dönemlerinde belirtilerin sönmesini sağlamakta hem de atakların şiddetini ve sıklığını azaltarak, sönme dönemlerini uzatmaktadır. Fakat Clarkin ve arkadaşlarının (1990) belirttiği üzere, bipolar bozukluğu olan hastalar tedaviye uyum gösterebilir bile, ilaç tedavisinin sosyal işlevsellik üzerindeki etkileri kısıtlıdır. Belirtilerin hafiflemesi ve/ya tamamen ortadan kaldırılması ilaç tedavisi ile çoğu zaman sağlanabilir de, atak dönemlerinin öncesinde veya atak dönemleri boyunca meydana gelen yaşam olaylarının (Alloy ve ark., 1999) veya (hipo)mani veya depresyon ataklarına neden olan tutumların (Johnson ve ark., 2008, Reilly-Harrington ve ark., 2010; Scott ve Pope, 2003; Scott ve ark., 2000) psikoterapötik açıdan ele alınmasının psikososyal işlevselliğe olumlu katkısının olduğu bildirilmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada psikososyal stres faktörlerinden biri olarak kabul edilen duygu dışavurumunun bipolar bozuklukta yinelemeler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma örneklemini duygudurum kliniğinde izlem tedavisinde olan hastalardan oluşturulmuştur. Kocacıyık, Beştepe, Karşıdağ, Kükürt ve Alpay (2005) duygu dışavurumunun ve dışavurum düzeyinin yüksek olduğu grupta yineleme sayısı ile hastaneye yatış sayısının daha fazla, ilaç tedavisine uyumun ise daha düşük olduğunu saptamışlardır. Araştırma bulguları ilaç tedavisine uyumun psikososyal stresörlerden olumsuz etkilenebildiğini, psikoterapötik müdahaleler planlanırken, ailelerin de sürece dahil edilmesinin gerekliliğini işaret etmektedir.

Derleme kapsamında bahsi edilen yaklaşımlar ortak yönleri vurgulayarak yeniden çerçevelendirilmeye çalışıldığında, ilk olarak biyolojik yatkınlıkların, kişiyi psikolojik ve çevresel stresörlere karşı daha kırılgan hale getirdiğinin kabulüyle başlanabilir (Zuckerman, 1999). Post’un (2007) dile getirdiği üzere, hastalığın başlangıç dönemlerinde ataklar psikososyal stres faktörleri tarafından tetiklenirken, ilerleyen dönemlerde yinelemelerin sonucunda atakların kendisi sonraki atakları tetikler hale gelmekte ve ataklararası dönemlerin süresini kısaltmakta ve belirtilerin şiddeti artmaktadır. Stres, bipolar bozukluğu olan veya buna yatkınlığı olan kişilerde sirkadyen ritimlerde düzensizliğe neden olmaktadır. Bu durum kişinin uyku düzeninde değişikliğe, ayrıca sosyal aktivitelerinde artmaya/azalmaya sebep olmaktadır (Goodwin ve Jamison, 2007; Healy ve Williams, 1989). Sirkadyen ritimlerdeki bozulmalar kronikleşen bir yaşam düzeni veya akut bir yaşam olayından kaynaklanabilir (Lam ve ark., 1999). Kişinin biyolojik ritimdeki düzensizliğe, başından geçen stres veren bir yaşam olayına, kişilerarası ilişkilerinde yaşadığı bir probleme dair yaptığı çı-

karımları, atıfları, tutumları ve kurduğu bağlantılar ise kişiyi duygudurum dalgalanmalarına yatkın kılar (Basco, 2000; Lam ve ark., 1999; Newman ve ark., 2002) Bu değerlendirmeler, aşırı nitelikte, kişiselleştirilmiş olabilir, hatta birbirleriyle çelişebilir (Mansell ve ark., 2007). Öncül belirtiler, sönme dönemlerinde, mani veya depresyon atağı öncesinde şiddetleri giderek artabilen öncül belirtiler (duygusal-bilişsel-davranışsal-fizyolojik) olduklarından (Mansell ve Pedley, 2008) yinelemelerin önlenmesi adına bütün yaklaşımların vurguladığı önemli unsurlardır. “Erken uyarı işaretleri”nin (Lam ve Wong, 1997) fark edilmesi ve işlevsel şekilde başa çıkılması için terapötik müdahalelerin önemli parçalarıdır.

Ruh sağlığı alanındaki araştırmaların genelinde olduğu gibi, derleme kapsamına alınan modellerin de “bozukluk” ve “rahatsızlık” üzerine odaklandıkları dikkati çekmektedir. Yakın dönemli kavramsallaştırmalar (Wood ve Terrier, 2010) ise, negatif yaşam olaylarının etkisinin pozitif özelliklerin (memnuniyet, bilişsel esneklik, olumlu duygular) yokluğunda daha belirgin olduğunu, pozitif özelliklerin etkisinin göz ardı edildiğini savunmaktadırlar. Diğer bir deyişle, umutsuzluk arttıkça, intihar riski artar diyebilme için kişideki olumlu özelliklerin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım, bozukluğun gelişiminde negatif özelliklerin varlığının incelenmesi kadar pozitif özelliklerin yokluğuna da dikkat edilmesini vurgulamaktadır. Örneğin, bipolar bozukluk açısından işlevsel olmadığı kabul gören mü-kemmeliyetçi tutum kişinin kendine dair olumlu değerlendirmeler yapmasını engelleyebilir. Bu durum da kişideki depresif belirtilerin şiddetlenmesine neden olabilir. Halbuki, kişinin başından geçen bir olaya dair olumlu bir anlam çıkarması, hayata daha olumlu bir çerçeveden bakmasına ve başa çıkma potansiyelinin gelişmesine yardımcı olabilir. Bu da işlevselliğinin olumlu yönde değişmesine yol açabilir. Bu bağlamda, sözü edilen bakış açısı özellikle yatkınlığa sahip, eşik altı belirtilerin gözlemlendiği örneklerde dayanıklılığın (*resilience*) güçlendirilmesi ve koruyucu müdahale programlarının geliştirilmesi sırasında dikkate alınabilir.

Sonuç olarak, bipolar bozukluğa dair psikososyal yaklaşımların kapsamının genişleyerek, daha bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmakta olduğu gözlenmektedir. Bipolar bozukluğun klinik özelliklerine kategorik olarak değil, “karma”şık yapısını da içerecek bir perspektiften bakmak, müdahalelerin kapsamını zenginleştirecektir. Bipolar bozukluktaki bilgi işleme süreçlerini dikkate almak, bilişlerin nasıl oluştuğuna dair güçlü bir geriplan sağlayabilir. Böylece duygu-düşünce-davranış etkileşimi basit bir nedensellik ilişkisinden öte, geçmiş-şimdi-gelecek arasındaki bağlantılarla daha detaylı şekilde anlaşılabilir. Yaşam olaylarının yinelemeler üzerindeki etkisi kabul görse de yaşanan atak sayısı arttıkça biyolojik sistem ataklara ve olaylara duyarlı hale gelmektedir.

Bu noktada kişinin sadece erken belirtilerle başa çıkması yönünde değil, kişilerarası, mesleki ve toplumsal alanlardaki yerini, rolünü, kimliğini güçlendirmeye yönelik terapötik çalışmalar düşünülebilir. Son olarak, modellere pozitif psikoloji kavramları da eklenebilir. Böylece hastalık süreci sadece patoloji üzerinden tanımlanmak yerine iyilik hali de (kendini kabul, otonomi, hayattaki amaçlar, hastalık sonrasındaki değişim ve gelişim, vb.) (Ryff, 1989) kapsanarak genişletilebilir (Wood ve Terrier, 2010).

Kaynaklar

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. ve Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-2372.
- Alloy, B. L., Abramson, L. Y., Flynn, M., Liu, R. T., Grant, D. A., Jager-Hyman, S. ve ark. (2010). Self-focused cognitive styles and bipolar spectrum disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 354-375.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y. ve Walshaw, P. D. (2006). Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 726-755.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Tashman, N. A., Steinberg, D. L. ve ark. (1999). Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behavioral Research and Therapy*, 37, 503-531
- Alloy, L. B., Reilly-Harrington, N., Fresco, D. M., Whitehouse, W. G. ve Zechmeister, J. S. (1999). Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Therapy: An International Quarterly*, 13, 21-40.
- Ankers, D. ve Jones, S. H. (2009). Objective assessment of circadian activity and sleep patterns in individuals at behavioral risk of hypomania. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1071-1086.
- Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorn, A. ve Smith, M. (2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian-New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 41-48.
- Barnard, P. J. (2004). Bridging between basic theory and clinical practice. *Behavioral Research and Therapy*, 42, 977-1000
- Basco, R. M. (2000). Cognitive-behavior therapy for Bipolar I disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 14, 287-305
- Bauer, M., Crits-Christoph, P., Ball, W., Dewees, E., McAllister, T., Alahi, P. ve ark. (1991). Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. scale characteristics and implications for the study of mania. *Archives of General Psychiatry*, 48, 807-12.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: The Guildford Press.
- Carver, C. S. ve Johnson, S. L. (2009). Tendencies toward mania and tendencies toward depression have distinct motivational, affective and cognitive correlates. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 552-569.
- Clarkin, J. F., Glick, I. R., Haas, L. G., Spencer, J. H. ve Lewis, A. B. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention vs. results of affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 18, 17-28.
- Colom, F. ve Vieta, E. (2007). Sudden glory revisited: Cognitive content of hypomania. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 278-288.
- Çakır, S., Bensusan, R., Akça, Z. K. ve Yazıcı, O. (2009). Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 119, 190-193.
- Çakır, S. ve Özerdem, A. (2010). Bipolar bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: Sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 143-154.
- Depue, R. A., Krauss, S. ve Spoont, M. R. A. (1987). Two-dimensional threshold model of seasonal bipolar affective disorder. D. Magnusson ve A. Ohman, (Ed.), *In psychopathology: An interactional perspective*. New York: Academic Press,
- Feldman, G. C., Joermann, J. ve Johnson, S. L. (2008). Responses to positive affect: A selfreport measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 507-525.
- Fox, R. M. (2005). *A study of the relationship between childhood trauma and symptom profiles in bipolar disorder*. Yayınlanmamış doktora tezi, University of Lancaster, United Kingdom.
- Giglio, L. M., Magalhaes, P. V. S., Kapczinski, N. S., Walz, J. C. ve Kapczinski, F. (2010). Functional impact of biological rhythm disturbance in bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 220-223.
- Gillanders, D. ve Fleming, P. F. J. (2006). A test of the Interacting Cognitive Subsystems Model using a laboratory analogue of depressive interlock. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 297-305.
- Goodwin, F. K. ve Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression (2. baskı)*. New York: Oxford University Press.
- Green, M. J., Lino, B. J., Hwang, E. J., Sparks, A., James, C. ve Mitchell, P. B. (2011). Cognitive emotion regulation in bipolar disorder and unaffected biological relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 124, 307-316.
- Hammen, C., Ellicott, A. ve Gitlin, M. (1992). Stressors and sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 409-418.
- Hawke, L. D. ve Provencher, M. D. (2012). Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136, 803-811.
- Hawke, L. D., Provencher, M. D. ve Arntz, A. (2011). Early maladaptive schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 133, 428-236.
- Hawke, L. D., Provencher, M. D. ve Parikh, S. V. (2012). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.034>
- Healy, D. ve Williams, J. M. G. (1989). Moods, misattributions and mania: An interaction of biological and psychological factors in the pathogenesis of mania. *Psychiatric Developments*, 7, 49-70.
- Haeffel, G. J., Voeltz, Z. R. ve Joiner, T. E. (2007). Vulnerability to depressive symptoms: Clarifying the role of excessive reassurance-seeking and perceived social support in an interpersonal model of depression. *Cognition Emotion*, 21, 681-688.
- Jackson, A., Cavanagh, J. ve Scott, J. A. (2003). A systematic

- review of manic and depressive prodromes. *Journal of Affective Disorders*, 74, 209-217.
- Johnson, S. L., Cueller, A. K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R. ve Miller, I. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 268-277.
- Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I. ve ark. (2000). Increases in manic symptoms after life events involving goal attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 721-727.
- Johnson, S. L., McKenzie, G. ve 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.
- Johnson, S. L. ve Roberts, J. E. (1995). Life events and bipolar disorder: Implications from biological kurames. *Psychological Bulletin*, 117, 434-449.
- Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D. ve ark. (2000). Increases in manic symptoms after life events involving goal attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 721-727.
- Jones, S. (2001). Circadian Rhythms, multilevel models of emotion and bipolar disorder-an initial step towards integration. *Clinical Psychology and Review*, 21, 1193-1209.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schlettler, P. J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D. ve ark. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of Bipolar II Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 261-269.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schlettler, P. J., Endicott, J., Leon, A. C. ve Solomon, D. A. (2005). Psychosocial disability in the course of Bipolar I and II Disorders. A prospective, comparative, longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 6, 1322-1330.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J. ve Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology and Review*, 31, 1041-1056.
- Knowles, R., Tai, S., Christensen, I. ve Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 99-112.
- Kocabıyık, A., Beştepe, E., Karşıdağ, Ç., Kükürt, R. ve Alpay, N. (2005). Bipolar bozuklukta duygu dışavurumunun relaps üzerine etkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 18, 4-12.
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N. ve ark. (2001). Cognitive therapy for bipolar illness-a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503-520.
- Lam, D. H., Jones, S. H., Hayward, P. ve Bright, J. A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N. ve ark. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Lam, D. ve Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1091-1100.
- Lam, D., Wright, K. ve Sham, P. (2005). Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 35, 69-77.
- Lapsekili, N. ve Ak, M. (2012). Early maladaptive schemas related to unipolar and bipolar depression: Similarities and differences. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 1, 145-151.
- Lomax, C. L., Barnard, P. J. ve Lam, D. (2009). Cognitive processing in bipolar disorder conceptualized using the Interactive Cognitive Subsystems (ICS) model. *Psychological Medicine*, 39, 773-783.
- Mackali, Z. (2012). "Hipomanik tutumlar ve pozitif yordamalar ölçęği" kısa formunun Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul, Okan Üniversitesi.
- Maçkalı, Z. ve Tosun, A. (2011). Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Gıncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry)*, 3, 571-594.
- Mansell, W. (2007). An integrative formulation-based cognitive treatment of bipolar disorders: Application and Illustration. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63, 447-461.
- Mansell, W. (2006). The Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory (HAPPI). A pilot study to select cognitions that are elevated in individuals with bipolar disorder compared to non-clinical controls. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 467-476.
- Mansell, W., Morrison, A. P., Reid, G., Lowens, I. ve Tai, S. (2007). The interpretations of, and responses to, changes in internal states: An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Behavioral and Cognitive Therapy*, 35, 515-539.
- Mansell, W., Paszek, G., Seal, K., Pedley, R., Jones, S. A., Thomas, N. ve ark. (2011). Extreme appraisals of internal states in Bipolar I Disorder: A multiple control group study. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 87-97.
- Mansell, W. ve Pedley, R. (2008). The ascent into mania: A review of psychological processes associated with the development of manic symptoms. *Clinical Psychology and Review*, 28, 494-520.
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A. ve Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- Nilsson, A. K. K., Jorgensen, C. R., Straarup, K. N. ve Licht, R. M. (2010). Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 486-491.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- O'Connell, R. A. (1986). Psychosocial factors in a model of manic-depressive disease. *Integrative Psychiatry*, 4, 150-154.
- Otto, M. W., Reilly-Harrington, N. ve Sachs, G. S. (2003). Psy-

- hoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73, 171-181.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Post, R. M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity and tolerance phenomena. *Neuroscience and Biobehavioral Research*, 31, 858-873.
- Post, R. M. (2004). The status of the sensitization/Kindling hypothesis of bipolar disorder. *Current Psychosis & Therapeutics Reports*, 2, 135-141.
- Post, R. M., Rubinow, D. R. ve Ballenger, J. C. (1986). Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness. *British Journal of Psychiatry*, 149, 191-201.
- Power, M. J. (2005). Psychological approaches to bipolar disorders: A theoretical critique. *Clinical Psychology and Review*, 25, 1101-1122.
- Reilly-Harrington, N. A., Alloy, L. B., Fresco, D. M. ve Whitehouse, W. G. (1999). Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 567-578.
- Reilly-Harrington, N. A., Deckersbach, T., Knauz, R., Wu, Y., Tran, T., Eidelman, P. ve ark. (2007). Cognitive behavioral therapy for rapid-cycling bipolar disorder: A pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 291-297.
- Reilly-Harrington, N. A., Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Wisniewski, S. R., Thase, M. E. ve ark. (2010). Dysfunctional attitudes, attributional styles, and phase of illness in bipolar disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 24-34.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Schwannauer, M. (2004). Cognitive behavioral therapy for bipolar affective disorder. M. Power, (Ed.), *Mood disorders: a handbook of science and practice*. England: J. Wiley.
- Scott, J. (2001). Cognitive therapy as an adjunct to medication. *British Journal of Psychiatry*, 178, 164-168.
- Scott, J., Garland, A. ve Moorhead, A. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 31, 459-467.
- Scott, J. ve Pope, M. (2003). Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 33, 1081-1088.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A. ve Ferrier, I. N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 30, 467-472.
- Sütçügil, L. Ve Cansever, A. (2006). Bipolar bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal girişimler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2, 46-51.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D. ve Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. ve Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavioral Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. ve Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Thomas, J. ve Bentall, R. P. (2002). Hypomanic traits and response styles to depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 309-313.
- Thomas, J., Knowles, R., Tai, S. ve Bentall, R. P. (2007). Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 3, 249-252.
- Urošević, S., Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Nusslock, R., Harmon-Jones, E., Bender, R. ve ark. (2010). Increased rates of events that activate or deactivate the behavioral approach system, but not events related to goal attainment in bipolar spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 610-615.
- Weber, B., Fermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G. ve Aubry, J. M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *European Psychiatry*, 25, 334-337.
- Wehr, T. A., Sack, D. A. ve Rosenthal, N. E. (1987). Sleep reduction as a final common pathway in the genesis of mania. *American Journal of Psychiatry*, 144, 201-204.
- Williams, J. M. G., Alatiq, C., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V. ve ark. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.
- Wood, A. M. ve Terrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829.
- Van der Gucht, E., Morriss, R., Lancaster, G., Kinderman, P. ve Bentall, R. P. (2009). Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. *British Journal of Psychiatry*, 194, 146-151.
- Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Lahuerta, J. ve Zaragoza, S. (2008). Subsyndromal depressive symptoms in patients with bipolar and unipolar disorder during clinical remission. *Journal of Affective Disorders*, 107, 169-174.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guildford Press.
- Zaretsky, A. E., Rizvi, S. ve Parikh, S. V. (2007). How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 14-19.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.

Summary

Cognitive Vulnerability-Stress Theories in Bipolar Disorder

Zeynep Maçkalı
Hacettepe University

Bipolar disorder (BD) has fundamentally been explained by biological factors, and again it has been treated by biological interventions. Its chronic prognosis is characterized by recurrences and relapses which are mostly influential on psychosocial functioning. Several effectiveness studies regarding psychosocial interventions in BD have demonstrated that psychotherapeutic interventions improve cooperation for medical treatment, decrease subsyndromal symptoms, extend remission periods, and enhance quality of life. These results indicate that not just biological factors, but also psychological and social factors are prominent for bipolar disorder (e.g., Lam et al., 2001; Scott & Garland, 2001; Zaretsky, Rizvi, & Parikh, 2007). With regards to vulnerability-stress approach, bipolar disorder is arisen from complicated interactions among genetic, neuropsychological, biochemical, psychological and social factors (Zuckerman, 1999).

Several researchers (e.g., Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Nolen-Hoeksema, 1991) emphasized cognitions while explaining the relationship between biological vulnerability and mood swings. The "Cognitive Vulnerability-Stress Theories" argue that biological vulnerability leads manic and depressive symptoms to be triggered together with cognitive styles and dysfunctional attitudes which are specific to bipolar disorder (Alloy et al., 2006). In this regard, stressful life events can be considered as triggers, and cognitive styles can be seen as vulnerability factors (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, & Gyluai, 2002). In line with Alloy et al. (2006), these theories were examined under the headings of "Hopelessness Theory", "Response Styles Theory", and "Cognitive-Behavioral Model". However, in this review the cognitive-behavioral model were elaborated by different perspectives of Beck's followers also therapeutic implications of this model were included.

The Hopelessness Theory states that individuals who attribute permanent and general reasons to negative life events, who catastrophize the results of these events

and who consider themselves worthless and inadequate are more inclined to depression. Several researchers indicate that interactions between attributional styles and life events predict hypomanic and depressive symptoms (Alloy et al., 1999; 2006; Reilly-Harrington et al., 1999).

The Response Styles Theory indicates that emotion regulation abilities which are used for coping with stressful life event predict anxiety and depression symptoms. The findings of several researches have demonstrated that individuals with BD are more inclined to use rumination when compared with healthy controls (Knowles et al., 2005; Thomas ve Bentall, 2002; Thomas et al., 2007; Van der Gucht et al., 2009) and with a comparable level to individuals with unipolar depression (Johnson et al., 2008). Also, Green et al. (2011) inferred that catastrophizing, self-blame and cognitive restructuring could be vulnerability factors for BD.

The Cognitive-Behavioral Model emphasizes that specific thought patterns result in mood swings. This model examines how environmental factors and internal states are interpreted cognitively. Cognitive-behavioral theories mostly focus on interpretational styles and the way how they function in one's life. The original cognitive model (Beck et al., 1979) has been developed for depression, and later it has been extended for examining bipolar disorder. In the upcoming years, several clinicians/theoreticians have followed Beck's propositions and also have elaborated on this approach, for instance Newman et al. (2002) have added the concept of "mode" (combinations of over-learned habits and intense emotions) to their conceptualization. Although Beck's followers have shared common points, they emphasized different aspects, such as prodromal symptoms/early warning signs (Lam & Wong, 1997; Lam et al., 1999), or anastrophic thinking and elatogenic assumptions (Colom & Vieta, 2007).

According to Scott (2001), as researches have demonstrated that the onset and the prognosis of bipolar disorder are related to stress factors (physical and social factors and life events), physiological and cognitive

vulnerabilities, the role of CBT has gained importance as a psychosocial treatment for BD. Since BD is characterized with different mood episodes, it is important that CBT-based therapeutic process is shaped according to mood episode being experienced by the patient (Reilly-Harrington et al., 2007). During the treatment process of BD, the purposes of CBT can be grouped as: (1) adherence to medication, (2) early detection and intervention, (3) stress and life style management, (4) treatment of comorbidity (Otto, Reilly-Harrington, & Sachs, 2003). In general, cognitive-behavioral approach is about the development of coping abilities, enhancement of self-sufficiency and responsibility, identification of psychosocial stress factors, improvement and support of coping with stressors, strategy development for cognitive and behavioral difficulties, modifications of existing schemas (Schwannauer, 2004). Several groups of clinicians (Ball et al., 2003; Basco, 2000; Lam et al., 1999; Mansell et al., 2007; Newman et al., 2002; Williams et al., 2008) have planned the therapeutic process in terms of common aims like adherence to medication, early detection of prodromal symptoms, stress management and improvement of problem solving skills, enhancement of psychosocial functioning. However, the flow of the process and sometimes methods can be different.

Now, the approaches within the scope of this review are tried to be reframed by emphasizing their common points. Firstly, it is commonly accepted that biological vulnerabilities make a person more vulnerable to psychological and environmental stressors (Zuckerman, 1999). As mentioned by Post (2007), episodes can be triggered by psychosocial stress factors during the onset of the disorder. Resulting from multiple recurrences, episodes come into being triggered by following episodes and the duration of remission is decreased and intensity of symptoms is exacerbated. Stress results in dysregulation of circadian rhythms among people with BD or people who are inclined to this disorder (Goodwin & Jamison, 2007; Healy & Williams, 1989). This situation leads to change in sleep pattern and increase/decrease in social activities. Circadian rhythm irregularities can be arisen from chronic life style or acute life event (Lam

et al., 1999). Inferences, attributions, attitudes and associations of a person regarding dysregulation of biological rhythms, stressful life event or interpersonal problem make a person more vulnerable to mood swings (Basco, 2000; Lam et al., 1999; Newman et al., 2002). These evaluations can be extreme, personalized or even contradictory (Mansell et al., 2007). Since prodromal symptoms (emotional-cognitive-behavioral-physiological) are antecedent symptoms whose intensities are ever-increasing before manic or depressive episodes or during remission periods (Mansell & Pedley, 2008), they are emphasized by all approaches for the prevention of recurrences and relapses. Recognition of “early warning signs” and functional coping strategies are important parts of therapeutic interventions (Basco, 2000; Colom & Vieta, 2007; Lam et al., 1999; Mansell et al., 2007; Newman et al., 2002; Williams et al., 2008).

As a conclusion, it is observed that the scope of psychosocial approaches regarding bipolar disorder has been widened and has come up with more integrative viewpoint. Looking at the clinical features of bipolar disorder not categorically but by considering its complicated nature can enrich the scope of interventions. Taking information processing in BD into account may provide a strong background for understanding how cognitions have been formed. Thus, the interaction among emotion-cognition-behavior can be seen beyond simple causal relationships, so it can be understood through associations regarding past-present-future. Although the effects of life events on relapses/recurrences has been widely accepted, as the number of episodes is increased, biological system becomes more sensitive to episodes and events. Therefore, therapeutic interventions can be considered for strengthening of place, role and identity of a person in occupational, interpersonal and social areas, so not just for coping with early symptoms. Lastly, concepts from positive psychology can be integrated into these models. Thus, the process of illness may be widened by including well-being (self-acceptance, autonomy, purpose in life, personal growth, etc.; Ryff, 1989), instead of being defined only through pathology (Wood & Terrier, 2010).